

De la investigación ...

... a la acción



UNFPA

Entre Nous

LA REVISTA EUROPEA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL



EUROPE

N.º 50 -2001

Entre Nous es una publicación de:
El Servicio de las Mujeres y la Salud Reproductiva.
Oficina Regional Europea de la OMS.
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Dinamarca
Tel. (45) 3917 1451 ó 1426
Fax: (45) 3917 1850
Correo electrónico: entrenous@who.dk

Redactora jefe

Dr. Assia Brandrup-Lukanow

Redacción

Jeffrey V. Lazarus

Administración y redacción

Dominique Gundelach

Diseño

KGB Kommunikation, Aarhus.

Traducción al español

Mariano Peyrou y Florencia Peyrou

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague.
De *Entre Nous* salen tres números al año, publicados en inglés y francés por el Servicio de las Mujeres y la Salud Reproductiva de la Oficina Regional Europea de la OMS. La tirada actual es de 5400 ejemplares en inglés, 2550 en francés, 2000 en español, 2000 en portugués, 1000 en ruso y 500 en húngaro.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad en el marco de un proyecto del FNUAP.

En español: por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Condesa de Venadito, 34, 28027 Madrid, España.

En húngaro: por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen, Apartado de correos 37, Debrecen, Hungría.

En portugués: por la Dirección General de Cuidados Primarios de la Salud, Ministerio de Sanidad, Lisboa, Portugal.

En ruso: por el Centro de Información de la OMS para las Repúblicas de Asia Central, Kierskaya 27, Bihkek 729495, Kirgystán.

Las versiones española y portuguesa las distribuyen los representantes del FNUAP y las Oficinas regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa, sobre todo en África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier lengua nacional y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, siempre que se indique la fuente de información *Entre Nous*, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

Los artículos publicados expresan el punto de vista de sus autores y no representan necesariamente la opinión del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.

Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS y los correspondientes documentos, dirigirse a: Servicio de Sexualidad y Planificación Familiar, a la dirección previamente indicada.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá enviarse directamente al agente de ventas de cada país o a Distribución y Venta, OMS, 1211 Ginebra 27, Suiza.

ISSN 1017-8477

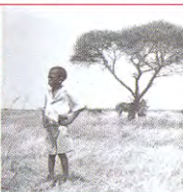
Editorial: De la investigación a la acción	3
La estrategia regional de la OMS en materia de salud reproductiva y sexual	4
Seminario de la OMS sobre evaluación de programas de salud reproductiva (implementación de programas)	7
Conocer mejor la salud reproductiva y sexual de adolescentes y jóvenes en Europa del Este y Asia central por Shireen Jejeebhoy	8
Promover la salud sexual por Adriane Martin Hilber	11
Sexología en Internet página web	13
Aumentar la seguridad durante el embarazo. Problemas y desafíos	14
Aplicar la perspectiva de género a la salud. La necesidad de seguir avanzando	16
Foro sobre política juvenil en Sofía. ¿Un modelo para desarrollar planes nacionales de acción juvenil en el sudeste de Europa?	19
La investigación sobre el SIDA: una perspectiva africana por Heidi Holland	20
Información disponible en Internet por Josh Gross	21
Información	22

Página 13

Página 14

Página 17

Página 20



MIEMBROS DEL CONSEJO DE REDACCIÓN

Dra. Malika Ladjali

Especialista Principal de Programa
Unesco
París (Francia)

Sra. Nell Rasmussen

Consejera Principal
Centro Danés para los Derechos Humanos

Sra. Lyn Thomas

Directora regional
Federación Internacional de Planificación Familiar- Región europea
Bruselas (Bélgica)

Robert Thompson

Salud y desarrollo adolescente
OMS-Oficina regional del Mediterráneo Oriental

Hevert Ketting

Escuela de Salud Pública de los Países Bajos
Utrecht (Países Bajos)



Durante la última década y, especialmente, después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, en Europa se ha avanzado mucho en las labores de mejora del estado de la salud reproductiva y sexual de la población. Sin embargo, todavía se sabe muy poco sobre cómo aumentar la calidad de los servicios, sobre todo en lo que se refiere a intervenciones y cuidados. Tampoco se sabe mucho sobre grupos especialmente vulnerables. Existe una necesidad evidente de realizar investigaciones de alto nivel que se centren en cuestiones biomédicas y en las formas de perfeccionar los medicamentos que se emplean en la salud reproductiva, pero también en temas como la mejora de las prácticas, la calidad de los cuidados y las políticas. Y una investigación de este tipo debe llevarse a cabo de forma simultánea a escala global, regional y en el contexto particular de cada estado miembro.

En Europa occidental, central y oriental todavía existen desigualdades inaceptables en cuanto a la situación de la salud reproductiva y sexual de la población. Los indicadores siguen mostrando unas tasas relativamente altas de mortalidad y morbilidad maternal e infantil, una creciente incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y una elevada tasa de abortos, unida a unos índices bastante bajos en el uso de anticonceptivos.

En este contexto, algunos grupos de población presentan una serie de riesgos especiales. El primer colectivo y más preocupante, son los jóvenes, debido sobre todo a los embarazos no deseados y las ITS. Los colectivos que incluyen la inmigración y prostitución constituyen grupos con un alto riesgo de morbilidad reproductiva. En estos grupos también existe una elevada tasa de violencia contra las mujeres, incluyendo las agresiones sexuales.

Por todo esto, la Organización Mundial de la Salud ha decidido crear un consejo regional europeo, que formará parte del departamento de salud reproductiva y sexual, y que cooperará con la OMS para determinar los puntos claves en la investigación. También ayudará a establecer relaciones entre los diversos programas de salud reproductiva y sexual. Este consejo regional se hará cargo del comité científico regional de formación e investigación en materia de salud reproductiva. La OMS y otros centros colaboradores ya han realizado grandes inversiones para extender el área de actuación, que comienzan a dar resultados interesantes.

La primera reunión del consejo regional europeo tuvo lugar en Copenhague en septiembre de 2001. Su objetivo era determinar prioridades en la obtención de datos científicos en materia de salud reproductiva y sexual. Pero esta tarea se ve dificultada por la gran desigualdad que existe en cuanto al acceso a los servicios, a los medicamentos básicos, a la planificación familiar y a los cuidados prenatales y obstétricos, que es perceptible en toda la región. Dicha desigualdad también es notable entre las diferentes clases sociales dentro de los países ricos.

En este número de *Entre Nous* se reseñan diversas iniciativas en investigación que han sido emprendidas por el consejo regional europeo. Entre ellas destaca un nuevo programa regional que consiste en aplicar la perspectiva de género a las políticas sanitarias, que ya ha

empezado a influir en la administración y beneficiará al estado de salud reproductiva y sexual de la población europea. En las páginas 16 a 18 aparece más información sobre este programa y los resultados de la reunión internacional celebrada en Madrid en septiembre.

Del mismo modo, y continuando con las directrices emitidas por la OMS, la oficina regional europea ha puesto en marcha un programa para aumentar la seguridad durante los embarazos. El consejero regional ha decidido realizar las primeras actividades del mismo en la República de Moldavia, mientras que se elabora un plan de acción para el resto de la región europea (ver páginas 14-15).

Ante la creciente incidencia de infecciones de transmisión sexual y de VIH-SIDA, la OMS ha decidido revisar su estrategia global para la salud sexual, que data de 1973 (ver páginas 11-13). La información proveniente de nuestra región desempeñará un papel muy importante a la hora de dar forma a este documento, que incluirá estrategias específicas para la promoción de la salud sexual a niveles nacionales. Además, el programa de salud reproductiva, embarazos y perspectiva de género, de la oficina regional europea, ha preparado una estrategia detallada para afrontar los problemas sexuales y reproductivos en función de la distinta incidencia de los mismos en cada estado miembro. En las próximas páginas aparece un resumen de dicha estrategia.

Esperamos que los lectores y las lectoras de la revista no duden en enviar sugerencias para abordar científicamente y resolver estos desafíos de la mejor manera posible.

Entre Nous va a contribuir a esta tarea aumentando su distribución en los países de habla rusa de la región. Además, estrenamos diseño y consejo editorial. Los próximos números incluirán un análisis de distintos aspectos relacionados con la salud reproductiva y sexual: la legislación, situaciones de emergencia, la adolescencia, la seguridad durante el embarazo y la perspectiva de género.

Dra. Assia Brandrup-Lukanov
(abr@who.dk)
Editora jefe

Jeffrey V. Lazarus
(jla@who.dk)
Editor

LA ESTRATEGIA REGIONAL DE LA OMS EN MATERIA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL

En los últimos años, el principal desafío de los y las responsables de las políticas y programas sanitarios ha sido mantener y mejorar los centros de salud ante una demanda en aumento y unos recursos cada vez más escasos. Las naciones se han visto obligadas a reaccionar, frente a iniciativas globales como «Salud para todos», La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) y la Conferencia sobre las Mujeres de Pekín de 1995. Así, se ha hecho necesaria la creación de marcos regionales que faciliten la puesta en marcha de políticas y estrategias para los diferentes programas sanitarios.

El objetivo de esta iniciativa es crear un modelo para los estados miembros que colaboran en la elaboración de políticas y programas destinados a mejorar la salud reproductiva y sexual (SRS) de sus poblaciones. La Oficina Regional Europea de la OMS recomienda el uso de este marco estratégico a los agentes e instituciones gubernamentales, intergubernamentales y no gubernamentales, a la hora de poner en marcha dichas políticas y programas en el campo de la SRS, estableciendo como prioridades la implementación y la cooperación técnica y las técnicas de evaluación de los progresos.

La salud reproductiva y sexual es un área que provoca especial preocupación en Europa, particularmente en las regiones centrales y, más aún, orientales. Durante los recientes procesos de transformación social y económica, varios países han sufrido un aumento del desempleo, pobreza, desintegración de las redes sociales e importantes recortes presupuestarios en el sector de las prestaciones sanitarias y sociales. Todo esto está teniendo un impacto devastador sobre la salud de la población. Al mismo tiempo, en toda Europa es urgente afrontar problemas como los embarazos en la adolescencia, los abusos sexuales, las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual de los refugiados, emigrantes y otros grupos vulnerables. Esta estrategia, por lo tanto, ha sido diseñada por y para los 51 estados miembros europeos.

PUNTOS CENTRALES DEL PROGRAMA

La estrategia comprende una serie de puntos centrales que el programa debe

observar en el campo de la salud reproductiva y sexual. Para cada punto se identifica un determinado número de objetivos y metas específicas para el período comprendido entre los años 2000 y 2010. Estas metas se diferencian en función de la severidad del problema en cada país. A continuación presentamos los puntos centrales del programa.

Mortalidad maternal: La tasa de mortalidad maternal en los Nuevos Estados Independientes (NEI) es aún de alrededor de 40 por cada 100 000 partos, frente a la tasa de la Unión Europea, que está por debajo de 10. Aunque el aborto es legal en casi toda Europa, muchas mujeres no tienen acceso a una intervención segura. Se estima que entre el 25% y el 30% de las muertes maternas en los NEI se deben a abortos realizados en malas condiciones. Más aún, la dificultad de acceso a unos cuidados obstétricos esenciales y la baja calidad de la prestación de servicios son la causa de unas muertes maternas que, en otras condiciones, serían evitables.

Mortalidad perinatal y neonatal: La mortalidad perinatal oscila en Europa de 5 a 20 por cada 1000 nacimientos. La mortalidad neonatal, por su parte, varía entre 6 y 21 por cada 1000 nacimientos en la región de los NEI; entre 3 y 7 en Europa central y oriental (ECO) y entre 2 y 5 en Europa occidental.

Abortos inducidos: En Europa central y oriental aparecen las tasas de aborto más altas del mundo. En la Federación Rusa, se declaran 2,8 millones de abortos al año. Hay que tener en cuenta que unas cifras tan elevadas subestiman la realidad, ya que el alcance de los métodos existentes para declarar dichos abortos está, en general, disminuyendo. En Armenia, por ejemplo, la tasa de abortos declarada en una reciente investigación llevada a cabo por la Oficina Regional Europea de la OMS fue cinco veces mayor que la tasa declarada al Ministerio de Sanidad.

Anticoncepción: La elevada tasa de abortos refleja el poco conocimiento que existe en materia de anticonceptivos modernos, el limitado acceso a los mismos y la poca calidad de los servicios. Los anticonceptivos modernos, por otro lado, son difícilmente asequibles para muchos sectores de la población de Europa central y oriental. El empleo de anticonceptivos en Europa oscila entre el 10% y el 70%.

Salud sexual y reproductiva de las adolescentes: Este es un asunto muy grave, tanto en las zonas central y oriental de Europa, como en la occidental. Por ejemplo, la tasa de embarazos entre las adolescentes actualmente tiende a situarse entre el 12 y el 25 (por cada 1000 chicas entre 15 y 19 años) en la mayoría de los

El programa de salud reproductiva y embarazo de la División de Apoyo Técnico y Desarrollo Estratégico, de la Oficina Regional Europea de la OMS, ha elaborado una estrategia en materia de salud reproductiva y sexual para los 51 estados miembros de la región europea. El objetivo de dicha estrategia es ayudar a los estados miembros a garantizar los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de conseguir una mejora sustancial del estado de la salud reproductiva y sexual de la población y de fomentar la solidaridad en Europa, reduciendo así las desigualdades entre las zonas occidental y centro-oriental. A continuación destacaremos algunos de los aspectos clave de esta estrategia.



países de Europa occidental, pero se eleva hasta el 47 en el Reino Unido, donde constituye una preocupación social y sanitaria especialmente importante. Sin embargo, esta tasa es menos de la mitad de la tasa declarada en la Federación Rusa (102 por 1000). Allí las adolescentes son sexualmente activas a edades más tempranas, pero carecen de una educación sexual y de unos servicios de salud sexual adecuados.

Infecciones de transmisión sexual (ITS):

En la última década, su incidencia ha aumentado de manera alarmante en muchas zonas de Europa central y oriental. Particularmente, la incidencia de la sífilis, que está muy bien documentada, es, en la actualidad, extremadamente elevada en muchos de los Nuevos Estados

Independientes: por ejemplo, en la Federación Rusa la tasa alcanza el 262 por 100 000 habitantes, y en Kazajistán, el 245 (mientras que en Europa occidental, la tasa es de 0,7). Los casos de sífilis congénita, que eran muy escasos, vuelven a ser bastante frecuentes. Las ITS, concretamente, son un problema grave entre los y las adolescentes. En efecto, en este sector de la población la tasa de infecciones suele ser incluso más alta que la media general.

VIH/SIDA: Un 90% de los nuevos casos de SIDA declarados a la Oficina Regional Europea de la OMS se dan en Europa occidental. Sin embargo, en Europa del Este el número de infecciones por VIH ha aumentado dramáticamente desde 1995, alcanzando una tasa de 124 por 100 000 habitantes en la Federación Rusa y de 115 en Ucrania. Siguen existiendo grandes dificultades para conseguir información fiable.

Cáncer cervical: El herpes vaginal tiene una importancia capital en la génesis del cáncer cervical. Debido, sobre todo, a que los análisis no son accesibles para buena parte de la población, la mortalidad relacionada con esta enfermedad ha aumentado en muchos países de Europa central y oriental.

Infertilidad: La OMS estimó en 1991 que la tasa de infertilidad en Europa del Este y en los Nuevos Estados Independientes era del 10% de la población, que es similar a la tasa de Europa occidental. Sin embargo, observaciones recientes permiten sospechar que hay una relación causal entre las Infecciones de Transmisión Sexual y las complicaciones post-abortivas, que han aumentado mucho durante la década de los 90, y la magnitud actual de la infertilidad en la región. También se está empezando a tener en cuenta el efecto de los riesgos medioambientales. Además, se ha tomado conciencia de la imperiosa necesidad de llevar a cabo nuevos estudios sobre las experiencias recientes para

solucionar el problema de la escasez de datos sobre el tema. Se ha sugerido la conveniencia de establecer un modelo estandarizado de tratamiento de parejas con problemas de infertilidad. Para ello será necesario que los diferentes países tomen la iniciativa de evaluar y hacerse cargo del problema. El elevado coste de los diagnósticos y de los tratamientos hace que sea aún más necesaria una intervención de la salud pública para prevenir la infertilidad.

Refugiados y desplazados: Durante los últimos 10 años, las guerras que han tenido lugar en nueve países europeos han provocado un gran aumento del número de personas refugiadas y desplazadas, dentro y fuera de sus países de origen. Una gran parte de ellas son mujeres, niños y niñas. Tradicionalmente, la asistencia humanitaria se ha centrado en alimentos, protección y prevención de enfermedades contagiosas. Sólo recientemente se ha comenzado a tener en cuenta las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual.

Immigrantes: Entre el 5% y el 10% de la población de Europa occidental es inmigrante. Las investigaciones sobre salud reproductiva y sexual indican que, en general, sus necesidades son mucho más acuciantes que las del resto de la población.

Abuso sexual, violencia contra las mujeres y tráfico de mujeres: Aunque estos siempre han sido problemas muy graves, hay pruebas que muestran que el empeoramiento de las condiciones sociales y económicas en una gran parte de Europa ha provocado el aumento de la violencia sexual, la prostitución y el tráfico de mujeres.

Salud reproductiva y sexual de la tercera edad: En la mayoría de los países de Europa, la proporción de personas ancianas con respecto a la población general está aumentando sustancialmente. Los servicios sanitarios deberían hacerse cargo de las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual de las personas de la tercera edad. Estas necesidades derivan de problemas relativos a la menopausia, a la andropausia y al cáncer que puede aparecer en edades avanzadas en los órganos reproductores. Además, una cobertura social insuficiente impide que mucha gente tome las medidas preventivas necesarias contra las complicaciones derivadas de las alteraciones hormonales.

Estrategias

La mejora de la salud reproductiva y sexual requiere una gran amplitud de acciones, que deben llevarse a cabo en diferentes niveles y a través de múltiples actores.

Además del sector sanitario tienen que involucrarse otros grupos sociales. Se recomiendan las siguientes estrategias:

1. Promoción de la salud

Desarrollo de la responsabilidad personal

Uno de los objetivos de la promoción de la salud es capacitar a las mujeres y a los hombres, a las niñas y a los niños, «para que tomen el control de su salud y puedan mejorarla» (Estatuto de Ottawa, 1986). Hay que preparar a la población, a través de la información y la educación, para adquirir y mantener unos hábitos de comportamiento beneficiosos para su propia salud reproductiva.

Reorientación de los servicios sanitarios

Los y las profesionales de la salud, la dirección de los centros sanitarios y los y las responsables de las políticas sanitarias deberían trabajar juntos para orientar el sistema sanitario tanto hacia la búsqueda de medidas que fomenten la salud reproductiva como hacia el tratamiento de los problemas sanitarios.

Desarrollo de la acción local

Conviene que las comunidades locales tengan la autonomía suficiente como para establecer sus propias prioridades, tomar decisiones y planificar y poner en marcha estrategias que les permitan conseguir un buen estado de salud reproductiva.

Creación de un entorno favorable

Habría que concienciar a la población para que la autoprotección sea una práctica habitual. En el caso de la salud reproductiva, las diferencias culturales son particularmente relevantes, por lo que es necesario tenerlas en cuenta.

Desarrollo de políticas públicas apropiadas

Los y las responsables políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, deberían tomar conciencia de las implicaciones que sus decisiones tienen para la salud reproductiva. También tendrían que procurar la mejora de las condiciones de vida y el estado de salud de las mujeres a través de medidas como la legislación sobre derechos humanos o las facilidades para obtener créditos financieros.

2. Desarrollo de los sistemas y servicios sanitarios

Reformas de los servicios sanitarios

El sistema sanitario precisa de dos tipos diferentes de reformas: unas relativas a la salud en general y otras que afecten a los servicios de salud reproductiva y sexual. Las medidas que se han tomado en el proceso de reforma de los centros sanitarios se han aplicado de manera desigual en los distintos países, pero sí se ha llevado a cabo globalmente la privatización y la descentralización de dichos servicios.

Lo más importante con respecto a la organización de los centros de salud reproductiva y sexual, es decidir si conviene o no unificar los diversos servicios. Concretamente, se debería reexaminar la tradicional separación de los servicios de planificación familiar de los de las Infecciones de Transmisión Sexual, con vistas a integrar ambos en un único establecimiento. Esto es particularmente apropiado ya que se está tratando de fomentar la protección dual (del embarazo no deseado y de las ITS). Del mismo modo, la planificación familiar debería formar parte de los mismos servicios que tratan el aborto. Esto requeriría una reorientación del personal actual y una cierta reforma de las instalaciones.

Habría que formar y reorientar al personal médico generalista, que hasta la fecha no está implicado en la prestación de servicios de salud reproductiva y sexual. Así los servicios de atención primaria asumirán una posición central tanto en el sistema sanitario como en la comunidad.

Reforma legal

La eficacia de los centros de salud suele depender de la legislación estatal, que puede, directa o indirectamente, facilitar u obstaculizar el acceso de la población a los mismos. Una de las primeras reformas que se deben realizar para mejorar la atención sanitaria es la eliminación de todas las trabas.

Accesibilidad y calidad de los servicios

El objetivo principal en este punto es asegurar y mantener el acceso de la población a una buena atención clínica, garantizando la privacidad y la confidencialidad, eliminando las barreras culturales y ofreciendo servicios específicos para los grupos más vulnerables como el de los y las adolescentes. Hay que revisar los diferentes tipos de tratamiento con vistas a optimizarlos. La OMS ha establecido las directrices para realizar dicha revisión. Tanto en el sector público como en el privado, es esencial ofrecer cursos de formación y reciclaje.

Información, educación y comunicación (IEC)

Es necesario prestar especial atención a la IEC, como parte de la estrategia de desarrollo de los sistemas y servicios de salud reproductiva y sexual. Hace mucho tiempo que se vienen introduciendo en las escuelas programas de educación sexual y reproductiva. Estos incluyen el empleo de diversas técnicas y tecnologías, como medios electrónicos, para difundir la

información y elevar considerablemente el conocimiento de la población sobre los problemas y soluciones en materia de salud reproductiva y sexual.

Capacitación y formación de profesionales

La necesidad de formar y reciclar a los y las profesionales, tanto en el área educativa como de salud, deriva de la misma reforma de los servicios de salud reproductiva, en particular de la unificación de la planificación familiar y el tratamiento de las ITS, y de la reubicación de los y las responsables de salud reproductiva y sexual en los servicios de atención primaria. Por lo tanto, los programas específicos de formación y reciclaje tendrán que incluir aspectos como los sistemas de recogida de

eficacia de los distintos programas, lo cual permitirá reformular, si es necesario, las políticas sanitarias.

3. Fomento de la cooperación

Sector público: una colaboración intersectorial

La colaboración para mejorar la salud reproductiva y sexual es especialmente importante, dentro del sector público, en el área de la educación. Se ha demostrado con creces que la educación es la clave para lograr la igualdad entre hombres y mujeres. La educación también garantiza el asesoramiento de los y las jóvenes, ya que son más vulnerables y receptivos, en materia de salud y desarrollo reproductivo y sexual. También se deberían implicar otros sectores, como son los servicios sociales y los ámbitos profesionales.

Sector privado

También tiene una gran importancia la colaboración del sector privado, incluyendo a las ONG's. Tanto la asistencia médica privada como las ONG's se han unido hace relativamente poco al sector sanitario en los Nuevos Estados Independientes.

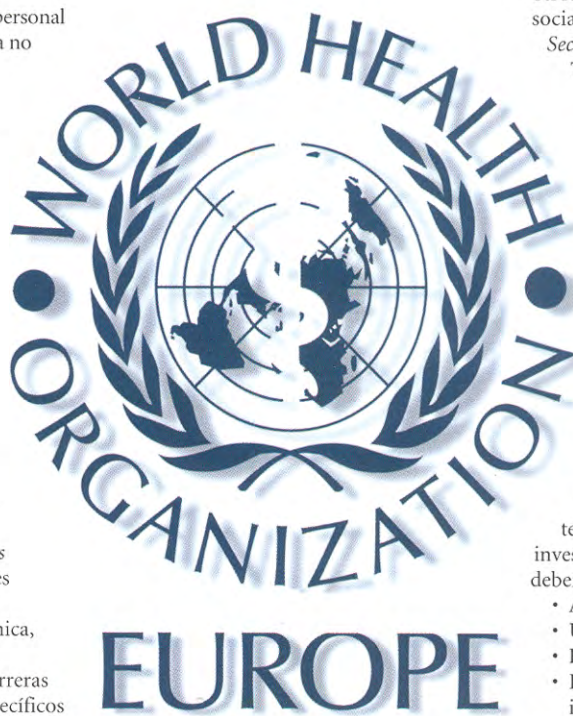
4. Investigación

La investigación es también esencial en estos programas destinados a mejorar la salud y la asistencia sanitaria. Se ha pedido a los Estados que analicen sus métodos de investigación sanitaria para desarrollar su nivel de conocimientos teóricos y prácticos. Un buen sistema de investigación en el campo de la salud debería lograr:

- Aumentar el nivel de conocimientos
- Un empleo apropiado de los mismos;
- Financiación de la investigación; y
- Formación de investigadores e investigadoras.

Afortunadamente, la infraestructura necesaria para la investigación es lo suficientemente moderna en la mayor parte de Europa, tanto occidental como oriental. Sin embargo, en algunas regiones hace falta mejorar la formación de investigadores. Habría que definir y solucionar los problemas y carencias en este campo.

Para obtener más información sobre la Estrategia Regional en materia de Salud Reproductiva y Sexual, pueden contactar con la doctora Assia Brandrup-Lukanow (abr@who.dk), Consejera Regional de la unidad de salud familiar y comunitaria de la oficina regional europea de la OMS.



datos de la salud pública, la práctica clínica y nuevos métodos de laboratorio.

Igualdad de género

Es necesario fomentar la igualdad de género para evitar desigualdades de este tipo en el tratamiento sanitario. Por ello, tanto la educación pública como los servicios de salud reproductiva tendrán que tener en cuenta las distintas necesidades de las mujeres y de los hombres.

Gestión y evaluación

Hace falta crear sistemas nacionales de gestión de todas estas reformas y realizar evaluaciones periódicas en todos los ámbitos de la salud reproductiva. De esta manera se podrá apreciar la efectividad y la

SEMINARIO DE LA OMS SOBRE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA (IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS)



El primer seminario sobre evaluación de programas de salud reproductiva de la OMS tuvo lugar en Targu Mures, Rumania, del 1 al 12 de octubre de 2001. Fue organizado por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS en Ginebra, Suiza, en colaboración con el Consejo de Población FRONTIERS PROJECT y el Instituto de Salud Reproductiva de Europa Oriental (ISREO), de Targu Mures, Rumania.

El objetivo del mismo era formar a los investigadores e investigadoras y responsables sanitarios de los países de Europa central y oriental, incluyendo a los Nuevos Estados Independientes (NEI), y a las repúblicas de Asia central (RAC), en el diseño y puesta en marcha de la implementación de programas (IP). La IP de salud reproductiva emplea técnicas de investigación sistemática provenientes de la economía, de las ciencias sociales y de la salud, con vistas a mejorar la eficacia, la calidad y la efectividad de los programas relativos a la reproducción. Se distingue de otro tipo de investigaciones porque estudia específicamente los factores controlados por los y las responsables de los programas. La IP sirve tanto para diseñar nuevos programas como para mejorar los servicios existentes. Los y las responsables de los programas participan en todas las fases de la investigación, desde la identificación de los problemas hasta la puesta en marcha de la solución a los mismos. El objetivo final es establecer uno o más centros en Europa central y oriental, los NEI y las RAC que sean capaces de llevar a cabo investigaciones de operaciones y de formar investigadores especializados en este campo.

Como dice Jim Foreit, del FRONTIERS PROJECT: «las naciones que han participado en el seminario están pasando de un modelo sanitario a otro. En este momento la IP puede serles de gran utilidad».

El principal objetivo del curso era preparar una propuesta detallada de implementación de programas en el ámbito de la salud reproductiva, para conseguir una posible financiación, como parte del programa de formación y creación de redes en Europa central y oriental, las Repúblicas de Asia central y los Nuevos Estados Independientes. Se contó con la asistencia de dos representantes de ocho países: la República Checa, Kazajistán, Letonia, Lituania, Moldavia, Rumania, la Federación Rusa y Ucrania (que sólo envió un representante). Los representantes de Kazajistán, por ejemplo, eran especialistas de la Escuela de Salud Pública de Kazajistán (ESPK). Saule Nukusheva, directora del Departamento de Salud Reproductiva de la ESPK, consideró que el contenido del seminario era «práctico» y que la

oportunidad de crear redes de colaboración con colegas internacionales resultaba muy estimulante. También comentó que «aunque el curso ha terminado, nuestro trabajo no ha hecho más que empezar porque tenemos que adaptar nuestro proyecto de educación para los y las adolescentes al formato establecido por la OMS y enviarlo a Ginebra antes del 30 de noviembre de 2001». Otros proyectos seleccionados fueron: reducción del número de cesáreas (República Checa); mejora de los servicios de salud reproductiva para los y las adolescentes (Letonia y República de Moldavia); un consultorio de salud sexual para adolescentes, ofertado por adolescentes (Lituania); introducción de las mejores técnicas obstétricas y perinatales (Federación Rusa); formación del personal médico de los servicios de atención primaria en el ámbito de lactancia materna (Rumania); dotar al personal médico de los servicios de atención primaria de la posibilidad de elegir entre los diferentes métodos de planificación familiar (Rumania); e introducción de programas en los servicios de obstetricia (Ucrania).

Este seminario de IP, el primero sobre el tema para muchos investigadores de la región, tuvo una duración de dos semanas, con tres sesiones diarias de noventa minutos cada una.

Principales temas abordados

1. ¿Qué es la implementación de programas?
2. Identificación de variables programáticas. Papel del director o directora en la IP.
3. Identificación del problema de un programa.
4. Diseños experimentales.
5. Procesos y contenidos de una propuesta de IP.
6. Cuestiones éticas en una propuesta de IP.
7. Presentación adecuada.
8. Introducción al análisis de costes.

Los proyectos serán analizados a fin de año, y los organizadores creen que es muy probable que la mayoría consiga una financiación duradera a comienzos de 2002. Una segunda parte del seminario ya está prevista para 2003 en Moscú (Federación Rusa).

Para obtener más información sobre la investigación de operaciones en salud reproductiva, visite la página web:

<http://www.popcouncil.org/frontiers/frontiers.html> o contacte con: Jim Foreit (jforeit@pcdc.org), FRONTIERS PROJECT y/o el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, Ginebra, Suiza.

CONOCER MEJOR

la salud reproductiva y sexual de adolescentes y jóvenes en Europa del este y Asia central

Por Shireen Jejeebhoy (jejeebhoy@who.ch)

Responsable técnica, OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación



Existen razones inexcusables para abordar las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual de los y las adolescentes y jóvenes —definidos por la OMS como los grupos de edad de entre 10 y 19 y de entre 10 y 24 años, respectivamente—. En términos generales, la adolescencia se considera una etapa de transición entre la infancia y la adultez, durante la cual, las personas experimentan una serie de cambios físicos, a partir de la pubertad, pero no asumen inmediatamente los roles, privilegios y responsabilidades de la edad adulta. La etapa de la adolescencia es tanto un período en el que se tienen muchas oportunidades y es necesario realizar elecciones, como uno de gran vulnerabilidad y riesgo. Los y las adolescentes pasan cada vez más tiempo en la escuela, viven la pubertad cada vez más pronto y se casan y tienen

descendencia cada vez más tarde. Se caracterizan por estar expuestos a muchos riesgos para la salud, especialmente aquellos relacionados con la actividad sexual no segura y sus consecuencias para la salud reproductiva, y los obstáculos que existen para acceder a fuentes de información adecuadas para tomar decisiones en este ámbito. Los y las adolescentes y jóvenes no forman un grupo homogéneo; sus formas de vida difieren enormemente en función de su edad, sexo, estado civil, clase social, lugar de procedencia y contexto cultural.

En Europa del Este viven 47,8 millones de adolescentes y 71,3 millones de jóvenes, que representan, respectivamente, el 16% y el 23% de la población de esta zona. Y en las cinco Repúblicas de Asia central, Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán, hay un total de 14,4 millones de adolescentes y 17,8 millones de jóvenes, que representan, respectivamente, el 25% y el 31% de la población global (datos de las Naciones Unidas, 2001). Los gobiernos y los centros de investigación de estas regiones están abandonando, poco a poco, su ya tradicional ambivalencia con respecto a la salud reproductiva y sexual de los y las jóvenes. A pesar de ello, sigue escaseando la información sobre las necesidades de los y las adolescentes en materia de salud reproductiva y sexual y sobre las estrategias más convenientes para establecer una infraestructura que minimice los riesgos ya

mencionados para los y las adolescentes y jóvenes.

En cualquier caso, se aceptan una serie de premisas, hechos que se demuestran en la síntesis reciente de trabajos de campo subvencionada por la OMS (Brown et al., 2001): una gran proporción de adolescentes solteras y solteros (especialmente estos últimos) han tenido sus primeras experiencias sexuales; muchos han tenido relaciones sexuales ocasionales y con varias parejas, especialmente entre los chicos; y el uso del preservativo es irregular. Los resultados de una investigación reciente llevada a cabo entre jóvenes adultos en Rumania también muestran la existencia de estos peligrosos hábitos.



© KGB Komouskashon

muchos países de esta región es igual o aún más elevada que la que declaran las mujeres más mayores (de 30 a 34 años).

A pesar de todo, hay muy pocos y pocas jóvenes que se consideran expuestas a riesgos de infecciones o a posibles embarazos no deseados. Parece que la información que se tiene sobre sexo seguro es muy superficial e incluso errónea, sobre todo en cuanto a las consecuencias del sexo no seguro.

Tanto en la actitud como en la conducta de los y las jóvenes, las desigualdades de género son evidentes y existe un doble rasero para juzgar la conducta sexual premarital de hombres y mujeres. Esta falta de equilibrio impide que las mujeres estén bien informadas a la hora de tomar decisiones y de tener relaciones sexuales con toda seguridad.

Cada vez se tiene más conciencia de que los y las adolescentes tienen relaciones sexuales poco seguras y, tal vez, indeseadas, pero todavía no se conocen bien los factores que contribuyen a este tipo de prácticas perjudiciales para la salud reproductiva y sexual. Para acabar con esta falta de información, es necesario realizar estudios en profundidad que exploren la naturaleza de las relaciones sexuales entre los y las jóvenes, y determinen los factores que pueden hacer que los y las adolescentes tengan relaciones sexuales poco seguras o indeseadas, o protegerlos ante las mismas. La investigación sobre temas que afectan a la sexualidad premarital entre la juventud es muy diferente de la que se centra en asuntos menos delicados sobre la población adulta. Este tipo de investigación requiere un diseño y metodología que permitan obtener respuestas fiables de los y las jóvenes, y debe garantizar la confidencialidad de las respuestas.

Por último, es necesario entablar relaciones con los y las responsables de las políticas.

Proyecto de investigación sobre la PRH

En 1999, en vista a la urgente necesidad de arrojar luz sobre estos temas, el UNDP/FNUAP/OMS/Programa especial del Banco Mundial de investigación, desarrollo y formación en reproducción humana elaboró un proyecto de investigación destinado a los países en vías de desarrollo, Europa del Este y Asia central. La iniciativa tuvo muy buena acogida, con más de 400 propuestas. Todas ellas han sido analizadas por una comisión científica, y se han concedido premios en función de la evaluación recibida. A finales de 2001, se había puesto en marcha un total de 42 proyectos en 29 países de África, Asia, Europa y América Latina, que abarcaban temas muy diversos: las conductas sexuales peligrosas

Actividad peligrosa entre jóvenes solteros y solteras entre 15 y 19 años. Rumania, 1996	Mujeres (%)	Hombres (%)
Ha tenido alguna experiencia sexual	19	39
Ha tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o antes	11	36
Ha usado preservativo en su primera relación sexual	13	16
Ha usado preservativo en su relación sexual más reciente	22	37
Ha tenido más de una pareja sexual en los últimos 3 meses	3	18

Fuente: Servanescu y Morris, 1998.

De la misma manera, un estudio de la Federación Rusa destaca que sólo el 39% de los y las jóvenes que tienen su primera experiencia sexual antes de los 18 años usa algún método anticonceptivo, mientras que alrededor de la mitad los que comienzan a tener relaciones a partir de los 18 años toman medidas protectoras (Datos del Centro Ruso para la Opinión Pública y la Investigación de Mercado, 1998).

Las consecuencias de una actividad sexual de alto riesgo son evidentes: embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y abortos practicados en malas condiciones. Además, hay que añadir que el riesgo de las ITS, incluyendo el VIH, es extremadamente alto entre los y las jóvenes de esta región. Por ejemplo, el 75% de los 33000 casos de VIH-SIDA registrados en Rusia son jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (Ketting et al.,

2001). También abundan los embarazos no deseados. Diversos informes procedentes de Rumania demuestran que un 4% de mujeres solteras de entre 15 y 24 años ha tenido uno o más embarazos, y que el 18% de ellas optó por dar a luz, mientras que el 71%, decidió abortar. El 76% declaró, al menos, un embarazo no deseado (Servanescu y Morris, 1998). Otro informe, de Bankole et al. (1999), muestra las tasas de abortos de 34 países y concluye que dicha práctica está muy extendida entre las jóvenes de esta región: de los 34 países de los que se dispone de información, la tasa de abortos entre las adolescentes es alta (más de un 30 por mil) en un total de 7 países, 4 de los cuales están en Europa del Este (Bulgaria, Hungría, Rumania y Federación Rusa). Lógicamente, la tasa de abortos entre las chicas de 20 a 24 años es considerablemente más alta que la que se declara entre las adolescentes, y en

Tasa de abortos entre mujeres jóvenes seleccionadas por grupos de edad y países (por 1000)	20 años	20 a 24 años	30 a 34 años
Bulgaria, 1995	32,7	85,4	60,1
República Checa, 1995	12,4	26,7	28,0
Hungría, 1996	30,4	46,8	43,5
Kazajistán, 1995	14,4	72,3	76,6
Kirguistán, 1997	4,9	50,8	79,4
Moldavia, 1994-99	12,0	74,0	81,0
Rumania, 1990-93	32,0	153,0	167,0
Rusia, 1995	44,0	144,0	94,0
Uzbekistán, 1996	1,4	18,2	34,7

Fuente: Bankole, Sing y Haas, 1999.

y las causas que las provocan; las conductas peligrosas de grupos vulnerables como personas inmigrantes y refugiadas; perspectivas sobre el doble riesgo de infección y embarazo y los métodos de protección; sexo no deseado y coerción sexual; roles de género y actitudes sexuales; fomento de la salud, calidad de los servicios y perspectiva de los responsables y profesionales; consecuencias del embarazo no deseado; y formas de renovar las estructuras de información y servicios para adolescentes.

Tres de estos proyectos funcionan actualmente en Croacia, Polonia y Turquía. Los tres investigan la naturaleza de las relaciones sexuales entre adolescentes y las condiciones que fomentan las relaciones sexuales poco seguras o no deseadas, y las que preservan a los y las adolescentes de las mismas, y los obstáculos existentes para el fomento de la salud. Sin embargo, cada uno tiene una perspectiva diferente.

Croacia

En Croacia, siguen teniendo vigencia los roles sexuales tradicionales; todavía persiste una actitud conservadora hacia el sexo y las mujeres, la educación sexual es poco frecuente, y hay muy pocas actividades destinadas a la juventud. Los desequilibrios de género fomentan prácticas sexuales peligrosas; y se ha constatado una gran falta de información sobre salud reproductiva y sexual. Se comienzan a tener relaciones sexuales a edades muy tempranas y abundan las prácticas de alto riesgo. Las investigaciones se centran en la percepción del género y en la actitud con respecto al sexo de los y las adolescentes de 16 y 17 años provenientes de cuatro ciudades, y las distintas maneras en las que estas dos variables influyen en las conductas sexuales peligrosas. El estudio combina métodos cualitativos y cuantitativos, y se centra en adolescentes que estudian en diferentes instituciones.

Con los resultados obtenidos se pretende elaborar una serie de programas educativos, especialmente centrados en la percepción de las relaciones de género y los comportamientos. El objetivo es concienciar a los y las jóvenes de que las actitudes asociadas al género pueden influir en los comportamientos sexuales peligrosos

y que deben aprender a protegerse frente a los riesgos del sexo no seguro.

Polonia

En Polonia los discursos dominantes relativos a la sexualidad son muy contradictorios: por un lado, los de la Iglesia y de los líderes políticos conservadores; por el otro, los de la cultura popular y juvenil. Este estudio investiga las formas en que los y las adolescentes asumen estos mensajes opuestos, y hasta qué punto esta confusión influye en sus perspectivas sobre la sexualidad y las prácticas sexuales de riesgo (iniciación temprana, multiplicidad de



© PhotoDisc

parejas y sexo sin protección). También analiza las fuentes, los contenidos y la credibilidad de dichos mensajes, el nivel de conciencia que se tiene de las contradicciones y su influencia en las conductas sexuales peligrosas, en la autoestima, en los roles de género y en los sentimientos de culpa. La investigación se ha realizado empleando métodos cualitativos con adolescentes de 16 a 18 años que estudian en escuelas de Varsovia. Se han incluido puntos de vista tanto de los y las adolescentes como de ciertas personas significativas, por ejemplo, sus familiares, el personal docente, representantes de la Iglesia y de los ministerios de Educación y

Sanidad, celebridades de los medios de comunicación y representantes juveniles.

Turquía

En Turquía todavía no hay servicios de salud reproductiva y sexual a disposición de los y las estudiantes universitarios. Actualmente se está investigando sobre las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual de los y las estudiantes de primer curso de la Universidad, y sobre el funcionamiento de los servicios públicos y privados destinados a estudiantes en dos provincias: Ankara y Diyarbakir. El objetivo es identificar las conductas de riesgo, las distintas

percepciones y actitudes relacionadas con la sexualidad, y los factores socioculturales que las fomentan. También se pretende evaluar el funcionamiento de los centros de salud reproductiva y sexual, y analizar las actitudes y las prácticas del personal sanitario que atiende habitualmente a los estudiantes. El estudio combina métodos cualitativos y cuantitativos. Los resultados que se obtengan, constituirán la base de un programa para establecer centros de salud adaptados a las necesidades de la juventud.

Sin duda, en esta región hace falta investigar muchas otras cuestiones pendientes. En la actualidad, se sabe muy poco sobre las necesidades y los comportamientos de los y las adolescentes y jóvenes de los países de Asia central en materia de salud reproductiva y sexual. Pero, en cualquier caso, lo que se conoce tanto de Europa del Este como de Asia central demuestra que demasiados y demasiadas adolescentes han tenido experiencias relacionadas con las ITS, embarazos no deseados y abortos. Por lo tanto, las principales áreas de investigación son: (a) los factores que aumentan las posibilidades de los y las adolescentes realizar elecciones en cuestiones sexuales y reproductivas, y la importancia, en este punto, del apoyo familiar y la autoestima; (b) los embarazos no deseados y las diferentes formas que las adolescentes tienen de abortar; y (c) los obstáculos que los y las jóvenes deben superar para adquirir información y acudir a los centros de salud, y la calidad de la atención que reciben en dichos centros.

Para obtener más información, contactar con la autora.

PROMOVER LA SALUD SEXUAL

Por Adriane Martin Hilber (*martinhilber @ who. ch*)

Responsable técnica

OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación



Adriane
Martin
Hilber

Este año, la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (AMS) ha comenzado un proceso conjunto de revisión de un célebre informe de la OMS de 1975 titulado «Educación y tratamiento de la sexualidad humana: la formación de los profesionales de la salud». Este informe, que fue el resultado de una convención organizada por la OMS en Ginebra en 1974 tuvo una gran repercusión y ayudó a fomentar la educación y la formación de los profesionales sanitarios en el campo de la sexualidad humana a lo largo del último cuarto del siglo XX. El nuevo documento aportará una definición actualizada por la OMS del concepto de salud sexual, que pasa a ser considerado como un desafío para la sanidad pública. Además se tratan cuestiones como los problemas de la salud sexual, los obstáculos para la prevención y la atención, y algunas estrategias específicas para fomentar la salud sexual a nivel nacional.

Salud sexual

En el documento de 1974, la salud sexual se define de la siguiente manera: «la salud sexual integra los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, con el fin de fomentar el desarrollo de la personalidad, la comunicación y el amor. El derecho a la información sexual y al placer son elementos esenciales de este concepto. Por tanto, éste incluye tres puntos básicos:

1. La capacidad para disfrutar y para controlar las prácticas sexuales y reproductivas de acuerdo con una ética social y personal;
2. La liberación del miedo, la vergüenza, la culpa, las creencias falsas y otros factores psicológicos que inhiben el deseo y desequilibran las relaciones entre los sexos.
3. La prevención de los desórdenes orgánicos, las enfermedades y las deficiencias que perturban las funciones sexuales y reproductivas.

Esta original definición de la salud sexual, realizada por la OMS, implica, afirma el documento, «una aproximación positiva a la sexualidad humana. El propósito de los programas de salud sexual debería ser la mejora de la calidad de vida y de las relaciones, y no meramente el tratamiento de la salud reproductiva y de las enfermedades de transmisión sexual».

Organización Mundial de la Salud, 1974

El nuevo documento trata de reflejar la diversidad de perspectivas sobre la sexualidad y la salud sexual a través de un amplio proceso de colaboración entre la OMS de Ginebra, las oficinas regionales de la OMS, y las organizaciones y asociaciones civiles que se dedican a promover la salud sexual. Los puntos de vista nacionales y regionales se han unificado gracias a un amplio proceso de consultas, en el que se tuvo en cuenta la literatura ya existente y los aportes de grupos de discusión regionales. Esta colaboración culminará en enero de 2002 con una reunión técnica sobre salud sexual que se celebrará en la oficina de la OMS en Ginebra, en la que se examinará el nuevo documento de consenso.

Tener en cuenta los puntos de vista regionales

Expertas de Turquía, Letonia y la Federación Rusa han escrito una serie de artículos basados en documentos previos destinados a identificar los principales problemas de salud sexual de sus países o regiones, las causas subyacentes de los mismos (sociales, culturales, etc.) y los factores que influyen en la conducta y las actitudes sexuales, como la globalización, los medios de comunicación, la religión o la pobreza. Estos artículos señalan algunas barreras específicas que dificultan la solución de los problemas, y proponen las estrategias adecuadas para superarlas. Junto con estos artículos, la OMS ha recopilado una gran cantidad de información de otros países europeos que constituye un material básico para realizar una revisión crítica de los problemas más importantes de la región, que aparecerán reseñados en el estudio monográfico global.

En el reciente encuentro sobre la salud reproductiva y sexual de la Comisión Consultiva Regional (CCR), celebrado en Copenhague los días 20 y 21 de septiembre de 2001, la región europea discutió estas cuestiones como preparación para la reunión global de enero. Los autores y autoras de los artículos, la consejera especial, dra. Larissa Remennick, de la Federación Rusa, y otros dos miembros del CCR, la dra. Ayse Akin, de Turquía, y la dra. Gunta Lazdane, de Lituania, presentaron informes del estado de la salud sexual en sus regiones.

La Federación Rusa: glamour y comercio

La dra. Remennick resumió lo que, en su opinión, son los obstáculos más importantes para el fomento de la salud sexual en la Rusia actual. En primer lugar, la quiebra, e incluso inversión, de los roles de género tradicionales desde la disolución

de la antigua Unión Soviética. La inestabilidad económica y el aumento de la pobreza en algunas regiones ha incrementado el comercio sexual. La apertura de la frontera cultural entre el este y el oeste es otra de las causas del comercio sexual y del glamour que éste conlleva, lo cual hace que la prostitución sea más aceptable socialmente y, en muchos casos, incluso deseable como carrera profesional. Recientes investigaciones indican que el comercio sexual (tanto la prostitución de alto nivel como los servicios de compañía) ocupa un lugar muy importante entre las profesiones más deseadas por las mujeres jóvenes. La dra. Remennick concluye que esta identificación de las mujeres con objetos sexuales es uno de las características más impactantes de la era post-comunista.

La creciente libertad sexual de que goza la gente joven dentro y fuera del matrimonio tradicional está íntimamente relacionada con la comercialización del sexo, pero no se limita a ella. Por ejemplo, un reciente estudio realizado con jóvenes de Leningrado indica que el 80% de los chicos y las chicas tienen relaciones sexuales antes del matrimonio. Sin embargo, todas estas nuevas formas de iniciación sexual no van acompañadas por un aumento del conocimiento y la comprensión de los riesgos asociados con unas prácticas sexuales no seguras. Remennick señala que este «analfabetismo sexual» se agrava por la falta de comunicación que existe en el seno de las familias y de la sociedad en general sobre temas como la conducta sexual, las funciones del cuerpo y las prácticas sexuales responsables. Un reciente estudio (Ketting et al., 2001), que muestra que entre el 15% y el 20% de las familias nunca han hablado de sexo con sus hijos e hijas, pone en evidencia el abismo creciente que separa, en lo que se refiere a actitudes y comportamientos sexuales, a miembros de distintas generaciones.

Remennick resume todos estos cambios de la siguiente manera: «los resultados de diversas investigaciones consecutivas sobre la juventud rusa —estudiantes de instituto y de universidad (Golod, 1996; Cherviakov y Kon, 1998, 2000; Ketting et al., 2001)— han confirmado que los patrones de conducta sexual son muy similares a aquellos que tenían vigencia en los Estados Unidos y en Europa occidental hace dos o tres décadas. La diferencia fundamental es que los cambios graduales en las normas y prácticas sexuales, que se extendieron a lo largo de varias décadas en occidente, están teniendo lugar en pocos años, sino meses, en Rusia. Por esto, la sociedad rusa ha tenido muy poco tiempo para asimilar e incorporar estas modificaciones fundamentales del estilo de vida de sus generaciones más jóvenes».

Este abismo generacional, concluye la dra. Remennick, no sólo ha dejado a la gente joven sin información suficiente para tomar las decisiones apropiadas, sino que también ha servido como un catalizador para las voces políticas y religiosas más conservadoras contra lo que ven cómo la proliferación de «valores occidentales en la gente joven». Esta corriente que existe en la Rusia actual ha obstaculizado los esfuerzos a gran escala que se estaban haciendo para introducir la educación sexual en las escuelas, tildándola de concepto inapropiado y occidental. Además, la investigación de problemas de salud sexual como la sífilis o el VIH- SIDA también ha conocido resistencias similares a pesar de que el número de infecciones está creciendo cada año.

La dra. Remennick afirma que sólo a través de una amplia coalición pública para la promoción de la educación sexual se pueden erradicar los mensajes sexistas populares que abundan en los medios de comunicación. Considerando las actuales dificultades para la defensa de una educación sexual generalizada, podría ser mejor comenzar por la formación de los y las profesionales de la salud y la educación, para que puedan tratar estos temas adecuadamente con pacientes y estudiantes. Por último, la dra. subraya la necesidad de apoyar en los aspectos técnico y financiero a las ONG's nacionales y a las asociaciones profesionales para que puedan trabajar con mayor efectividad fuera de los espacios tradicionales.

Turquía: tabúes y creencias tradicionales

La doctora Ayse Akin destacó que tras la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, en la que Turquía participó, el gobierno comenzó la reorganización del Departamento de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Sanidad con vistas a integrar el área de salud reproductiva y sexual. Sin embargo, a pesar de esta iniciativa, en el plan estratégico nacional solo se menciona la salud sexual cuando se habla de prevención de enfermedades. La dra. Akin señaló que esta «omisión» muestra que los responsables de las políticas sanitarias y los profesionales de la misma siguen teniendo dificultades para abordar este tipo de temas. Los tabúes tradicionales que rodean la cuestión de la sexualidad tienen como consecuencia la escasez de centros de salud sexual.

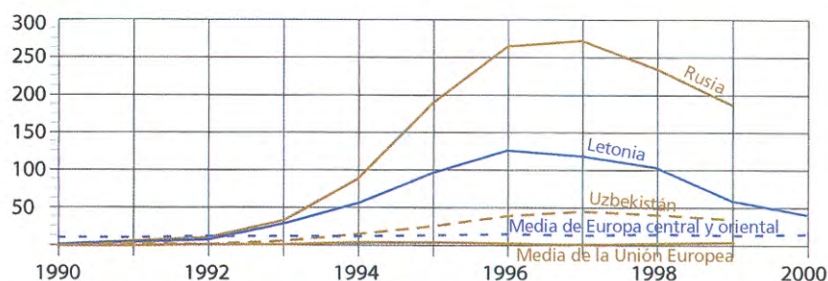
La dra. Akin afirmó que la falta de información y de comunicación sobre sexualidad y salud sexual es un importante obstáculo para la promoción de la misma, y atribuyó el silencio que reina en este campo a las tradicionales desigualdades de género, que

TABLA 1
Edad media de la iniciación sexual entre los y las jóvenes de Rusia y algunos países Europeos

País y muestra	Chicos (Edad en el momento de la entrevista)	Chicas (Edad en el momento de la entrevista)	Diferencia (entre chicas y chicos)
Federación Rusa, estudiantes de Universidad, 18-23	17,7	18,9	1,2
Italia, estudiantes de Universidad, 18-30	19,5	20,4	0,9
Francia, estudiantes de Universidad, 15-30	18,1	18,8	0,6
Reino Unido, población general, 19-27	17,9	18,0	0,1
Noruega, población general, 18-25	18,3	17,2	-1,1

Fuente: Denissenko y Dalla Zuanna, 1999.

TABLA 2
Incidencia de la sífilis por 100 000



Fuente: base de datos de Health for All.

hasta ahora no han perdido su vigencia. Por ejemplo, en Turquía, el matrimonio temprano y forzoso, las pruebas de virginidad antes del mismo y la poligamia son prácticas muy comunes en las zonas rurales y no del todo desconocidas en los centros urbanos. La dra. Akin también apuntó que todavía existen los «crímenes de honor», que, en su opinión, son casi imposibles de erradicar allí donde existe un limitado conocimiento de los derechos y las responsabilidades y donde escasean los medios de información, educación y comunicación.

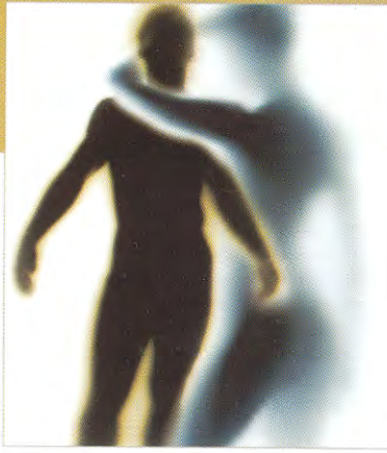
La doctora subrayó que «como la sexualidad es un tema tabú, la mayoría de los progenitores, sean de la clase social que sean y aunque provengan de diferentes ambientes culturales y étnicos, mantienen las creencias tradicionales en relación con los y las adolescentes y no hablan de sexo con éstos. El silencio reina también en las escuelas. Los y las adolescentes no tienen acceso a una información adecuada durante la etapa escolar».

Las estrategias para superar estos obstáculos son las siguientes:

1. Concienciación pública de los derechos sexuales;
2. Reforzar el poder de las mujeres mediante cambios legislativos que les otorguen más derechos;
3. Elaborar directrices nacionales para establecer indicadores tangibles;
4. Organizar programas de educación sexual con el apoyo de la clase política;
5. Crear medios de información, educación y comunicación a través de la red de servicios de atención primaria.

Letonia: canciones populares «picantes»

La doctora Gunta Lazdane señaló que, a pesar de lo que creen algunos, en su región los valores culturales y sociales y las conductas relativas a la sexualidad no siempre han sido tradicionales y conservadores. Lazdane destacó que existe una serie de canciones populares tradicionales letonas de los siglos XI-XIII en las que se perciben actitudes muy positivas con respecto al sexo y a la sexualidad. Estas canciones comenzaron a calificarse como «canciones picantes» mucho después, lo cual refleja claramente el cambio de costumbres y valores sociales. También subrayó que la actitud positiva respecto a la sexualidad que era frecuente en el pasado fue eliminada primero por la Iglesia y, mucho tiempo más tarde, por el comunismo. La doctora escribe: «las personas que ya estaban casadas cantaban estas canciones durante una boda mientras



acompañaban a la joven pareja a su dormitorio. En estas canciones se llamaba a todos los órganos genitales por sus nombres. Estas canciones tenían una gran cantidad de información útil, como las diferentes formas de atraer al sexo opuesto, los diferentes tamaños de los genitales y su función durante el acto sexual, las posibles posturas durante dicho acto, la prostitución, etc.».

La doctora Lazdane también destacó que las actuales dificultades económicas de la región han supuesto un increíble presión para que tanto los hombres como las mujeres busquen nuevas fuentes de ingresos. La consecuencia de esto ha sido el aumento del comercio sexual de todo tipo, incluyendo el tráfico de mujeres. Lazdane sugirió que la única manera razonable de afrontar estos problemas es comenzar por la formación y equipamiento de los y las profesionales de la salud y de la educación.

Hacia un documento global

Todavía no hay mucha información sobre importantes cuestiones de salud sexual como la infertilidad. Un reciente estudio de población muestra que un tercio del total de mujeres en edad fértil declaran que creen que son estériles, aunque se piensa que esto es sólo una estrategia para evitar usar

anticonceptivos y tener que hablar de ellos. Pero una hipótesis así sólo podrá comprobarse cuando existan suficientes datos cualitativos, y esto es una cuestión que la OMS debería tener en cuenta en un futuro. Otro asunto de especial interés en Europa es cómo tratar el tema de la sexualidad en las escuelas. Ante todo hay que decidir qué personas son las más adecuadas para impartir los cursos y a qué grupos de edad deben ir dirigidos. Se ha sugerido que, ya que el personal médico y docente suele ser muy conservador, es necesario que ONG's, familiares, asociaciones juveniles, organizaciones religiosas y representantes gubernamentales colaboren para impulsar este tipo de proyectos.

Es importante que las estrategias de acción se hagan a medida de las necesidades culturales y sociales de los países en los que se van a poner en marcha. Un asunto tan

delicado como el de el abuso sexual y la violencia contra las mujeres debe afrontarse con el mayor de los cuidados. Una de las preocupaciones principales es cómo presentar el problema sin herir la sensibilidad de las generaciones mayores (familiares, personal médico y docente, líderes religiosos, etc.), que continúan defendiendo unos puntos de vista muy conservadores en lo que a la sexualidad se refiere, especialmente cuando los expresan ante la gente más joven. Dada la prevalencia de las ITS y del VIH-SIDA en Europa, la OMS debe tomar medidas para defender y desarrollar las estrategias más apropiadas para la promoción, prevención y el cuidado de la salud sexual, tanto de los y las adolescentes como de la población adulta. El programa de la oficina regional europea de la OMS para la salud reproductiva y sexual, que fue aprobado por la comisión en la sesión final de la CCR, establece una serie de estrategias diseñadas para la región que, el grupo concluyó, deben incorporarse en el documento global (para más información, véanse las páginas 5 y 6). Está previsto que el documento final está disponible a mediados de 2002 para su distribución regional.

Para más información, contactar con la autora del artículo.

SEXOLOGÍA EN INTERNET

La página web del archivo de sexología

www.sexology.cjb.net

La página web del Archivo de Sexología de Berlín es la mejor forma, la más rápida y la más económica para acceder a la información que existe sobre este tema.

Entre otras cosas, contiene un directorio mundial de instituciones sexológicas, organizaciones, centros de investigación, publicaciones científicas y programas de formación (incluyendo los planes de

estudios de la mujer, cuestiones de género, religión e historia cultural, hasta salud reproductiva, ITS y violencia sexual. De momento, la página ofrece esta información tanto en castellano como en inglés, pero se están preparando versiones en alemán y en turco. Si se obtiene la financiación necesaria, se ampliará el número de idiomas.

Desde el primer momento, este archivo ha seguido las recomendaciones de un informe de la OMS de 1975 sobre la formación en sexología del personal sanitario (este texto completo está disponible en la página web). Todo esto ha sido posible gracias al Robert Koch Institute, un centro de investigación alemán sobre enfermedades infecciosas y no infecciosas.

Para más información, contactar con HaerberleE@rki.de

AUMENTAR LA SEGURIDAD DURANTE EL EMBARAZO

Problemas y desafíos



De los, aproximadamente, 180 millones de mujeres que se quedan embarazadas cada año, más de 20 millones sufren problemas de salud relacionados con su embarazo, y algunas nunca se recuperan de los mismos. La vida de 8 millones de mujeres está en peligro, y hay cerca de 600 000 mujeres que mueren como consecuencia de embarazos o partos. De ellas, 117 000 son adolescentes. Las mujeres de las regiones más pobres del mundo (con ingresos de menos de un dólar por día) son, al menos, 300 veces más propensas a sufrir este tipo de problemas que las de las regiones más prósperas. Alrededor de 3 millones de bebés mueren durante su primera semana de vida y más de 3 millones nacen sin vida.

relacionadas con el embarazo y el parto, se necesitan elementos muy específicos, por ejemplo, un partógrafo, una atención obstétrica básica que garantice la presencia en todos los partos de asistencia cualificada y un equipamiento adecuado para hacer frente a las posibles complicaciones.

Hay que notar que un número muy significativo de muertes de mujeres embarazadas todavía deriva de abortos realizados en malas condiciones. Por lo tanto, es urgente poner en marcha mecanismos para prevenir los embarazos no deseados (promover los métodos anticonceptivos), y las complicaciones que pueden surgir con los abortos, mejorando las condiciones en que se practican y legalizándolos. También es necesario mejorar la calidad de la atención clínica para poder paliar dichas complicaciones.



© Hanne Ravn Hermansen

Una iniciativa para reforzar la seguridad de los embarazos

La iniciativa «Por un embarazo seguro» (PES), puesta en marcha por la OMS en marzo de 1999, confirma el fuerte apoyo que dicha organización ha prestado siempre al movimiento por la Maternidad sin riesgos. Su objetivo es replantear las estrategias y esfuerzos de la OMS relativas a la Maternidad sin riesgos y mantener estas cuestiones en la agenda de los programas de desarrollo internacional.

Alberta Bacci, coordinadora de PES de la Oficina regional europea de la OMS, explica que «en términos generales, los objetivos de la iniciativa PES y del movimiento por la Maternidad sin riesgos son los mismos: la protección y el fomento de los derechos humanos y reproductivos a través de la erradicación de las enfermedades evitables a nivel mundial y de los problemas y las muertes relacionados con el embarazo, el parto y el post parto. Sin embargo la iniciativa PES de la OMS trabajará específicamente con el sector de la salud, subrayando la necesidad de mejorar la calidad de la atención, desarrollando los sistemas sanitarios nacionales y las actividades en el nivel regional».

Un tratamiento apropiado de las mujeres embarazadas es vital para terminar con esta terrible situación. Aunque no existan las instituciones de atención sanitaria verdaderamente adecuadas, se podría evitar la mayoría de estas muertes y enfermedades mediante programas de acción a nivel nacional y regional que no son demasiado costosos. Los intensos esfuerzos realizados durante los últimos 10 años han producido mejoras muy significativas, pero el resultado final es limitado. Hay que garantizar que los embarazos sean deseados en todos los casos y que las mujeres puedan obtener la atención apropiada en el momento en que la necesiten.

Como resultado de los cambios en las formas de gobierno y del sistema tributario, el crecimiento del sector privado y el deterioro de la calidad de la atención sanitaria, tanto en el sector público como en el privado, muchas naciones europeas están intentando realizar reformas en este último ámbito. Estas transformaciones han tenido un profundo impacto en el desarrollo y el uso de los recursos, y en la calidad de los servicios, inclusive aquellos dedicados a reforzar la seguridad durante el embarazo, especialmente para los grupos de población más desfavorecidos.

Para reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones

Las principales actividades que lleva a cabo la iniciativa PES son:

- Prevención y tratamiento de los embarazos no deseados y de los abortos realizados en malas condiciones;
- Atención de calidad durante el embarazo y el parto;
- Acceso a las unidades de cuidados intensivos cuando aparecen las complicaciones.



Concretamente, la OMS colaborará con las naciones para reducir la mortalidad materna y perinatal de la siguiente forma:

- Coordinando el apoyo financiero de las diferentes instituciones en los niveles nacional, regional y local, con el objetivo de incrementar los recursos y promover políticas adecuadas, éticas y realistas;
- Fomentando la colaboración activa entre los y las diferentes agentes nacionales, regionales y locales, con el fin de maximizar los recursos disponibles y asegurar un mejor funcionamiento de los programas destinados a los y las bebés que acaban de nacer;
- Garantizando un apoyo técnico y político, y ayudando a los distintos gobiernos a planificar, diseñar e implementar programas de desarrollo técnico y sanitario efectivos y realistas, y a organizar en el nivel local las actividades necesarias para mejorar la salud materna e infantil;
- Actualizando las políticas y las instituciones nacionales de atención materno-infantil (que incluyen los cuidados post-aborto) y de planificación familiar, así como las clínicas abortivas (donde sean legales). También se trata de desarrollar el equipamiento necesario para el cuidado de la salud materno-infantil, y apoyar a las naciones y a los distintos agentes para que se adapten a las costumbres locales y a las circunstancias especiales;
- Fomentando y coordinando la investigación y publicando los descubrimientos en los aspectos cruciales que mejoren la salud materno-infantil; y
- Evaluando los resultados de los trabajos y los programas de salud materno-infantil.

En resumen, la OMS pretende que en el año 2015 la incidencia mortalidad materna se reduzca en un 75% en relación con la tasa de 1990, y que la mortalidad infantil disminuya en un 35 por 1000. Además, quiere garantizar que en el año 2005 haya asistencia cualificada en el 80% de los partos.

Como resultado de la ayuda de la OMS, se espera que 20 países (de los cuales dos o tres son europeos) desarrollen:

- Planes coordinados para promover los embarazos sin riesgos. Estos planes tendrán que ser evaluados;
- Políticas, estrategias y planes coordinados para aumentar la calidad de los sistemas sanitarios, de los recursos humanos y de los métodos de supervisión, con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal;
- La calidad y el alcance de la atención sanitaria materna y perinatal, mediante planes de acción realistas; y
- Un sistema informativo que llegue a las familias y pequeñas comunidades, centrado

en la mejora de la salud materna y perinatal y en la regulación de la fertilidad.

Desafíos específicos de la región europea

La región europea se enfrenta a unos desafíos particulares debido a la heterogeneidad de sus sistemas de atención sanitaria. Según los datos oficiales, la mortalidad materna en Europa occidental en 1998 era de alrededor de 16 fallecimientos por cada 100 000 partos, mientras que en Europa oriental y en las Repúblicas de Asia central era de, aproximadamente, 40 por 100 000. En algunos países las cifras se elevan hasta 50 por 100 000.

La tasa de mortalidad perinatal del mismo año fue, en Europa occidental, de 7 por cada 1000 nacimientos vivos, mientras que en Europa oriental y en las Repúblicas de Asia central, fue de 13 por 1000. En algunos países se alcanzaba el 20 por 1000.

Los principales problemas con que se encuentra la región europea son:

- La falta de igualdad (dentro de los países y entre ellos);
- La elevada tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal;
- La escasez de centros de atención;
- Las restricciones legislativas;
- La insuficiente descentralización y la inexistencia de una red que integre los diferentes niveles de atención;
- La ausencia de una perspectiva interdisciplinaria en lo que se refiere a los cuidados perinatales;
- El exceso de medicalización (se toman medidas apresuradas que resultan inapropiadas); y
- El uso inadecuado de medicamentos y de recursos tecnológicos.

Por lo tanto, los trabajos deben priorizar las zonas de Europa central y oriental y los Nuevos Estados Independientes. El primer país en el que se puso en marcha la iniciativa PES fue la República de Moldavia y quedan por elegir dos o tres países europeos para llevarla a cabo durante los años 2002 y 2003. Los criterios para realizar dicha elección son los siguientes: una elevada tasa de mortalidad materna y perinatal, la posibilidad de desarrollar una colaboración bilateral y la existencia previa en el país del movimiento Maternidad sin riesgos y de actividades similares.

El trabajo en Moldavia comenzó en el otoño de 2001. Una de las primeras actividades fue la revisión de casos clínicos obstétricos para determinar el mejor modo

de aumentar la calidad de los servicios, pero aún hacen falta investigaciones adicionales. Algunos de los puntos básicos que todavía hay que explorar, después de haber evaluado la situación y organizado seminarios a nivel nacional, son:

- Decidir en qué casos está indicada la práctica de cesáreas, elaborar unos modelos de intervención basados en la experiencia científica y analizar casos clínicos;
- Evaluar los diferentes métodos para realizar cesáreas, incluyendo el método Misgav-Ladach (como comparación con los métodos tradicionales);
- Realizar una discusión con grupos clínicos sobre el uso apropiado de medicamentos en el periodo perinatal (creando modelos, revisando las prácticas, estableciendo reformas y realizando evaluaciones);
- De acuerdo con las últimas investigaciones publicadas por un estudio de la OMS sobre los cuidados prenatales en la revista *Lancet* (4 de Junio de 1994, 343 (8910):1399-404; «World Health Organization Partograph in management of labour»), y teniendo en cuenta el número y los motivos de las visitas a los servicios de atención prenatal y sus resultados, es necesario reformar dichos servicios;
- Cómo reducir eficazmente la frecuencia del recurso al aborto;
- Una investigación cuantitativa y cualitativa sobre el recurso a los métodos anticonceptivos de emergencia en algunos sectores de la población, incluyendo a los y las adolescentes. Esta investigación también se ocupará del tema de la anticoncepción de emergencia entre las víctimas de violación y del nivel de concienciación, en este tema, del personal sanitario y la policía en situaciones de emergencia.

Para más información, contactar con:
Doctora Alberta Bacci (aba @ who.dk)
Coordinadora Regional de la Iniciativa
«Por un Embarazo Seguro»
Organización Mundial de la Salud,
Oficina Regional Europea.

APLICAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LA SALUD:

La necesidad de seguir avanzando

«Estamos comprometidos con los conceptos éticos de igualdad, solidaridad y justicia social, y con la adopción de una perspectiva de género en nuestros programas y estrategias».

Declaración mundial de la salud, mayo de 1998.

La ONU está difundiendo la idea de que hace falta extender la perspectiva de género a todas las políticas y programas. En el ámbito de la salud, el objetivo de esta perspectiva es hacer frente a las desigualdades de género que tienen lugar en el campo de la atención sanitaria. Actualmente, algunos programas de la OMS prevén la adopción de una perspectiva de género, pero esto siempre ha dependido mucho más de las iniciativas individuales que de las políticas y los mecanismos institucionales. Se puede decir lo mismo, con algunas excepciones, de lo que ocurre en los Estados miembros.

Reconociendo la necesidad de avanzar desde el compromiso hasta la implementación, la Oficina Regional Europea de la OMS, junto con el Ministerio de Sanidad y el Instituto de la Mujer españoles, coorganizó un seminario sobre salud y perspectiva de género que tuvo lugar el 14 de septiembre en Madrid. Representantes de más de 30 países europeos y de algunas instituciones europeas relevantes se reunieron en esta ciudad para intercambiar puntos de vista acerca de la situación actual del género y la salud.

Gracias al seminario se alcanzó un consenso sobre la necesidad de progresar y de ponerse de acuerdo en los pasos que hay que dar para extender la perspectiva de género en las políticas sanitarias en nuestra región. También fue una oportunidad única para discutir los aspectos técnicos de la perspectiva de género con los y las responsables de las políticas y los representantes de los ministerios de sanidad. El principal resultado del seminario fue la Declaración de Madrid, que incluye recomendaciones específicas a la OMS y a sus estados miembros para adoptar una perspectiva de género en sus políticas sanitarias.

Género - La palabra «género» se usa para describir las características de las mujeres y los hombres que son construidas socialmente, mientras que «sexo» se refiere a aquéllas determinadas biológicamente. Partiendo de unas características biológicas masculinas o femeninas, las personas aprenden a ser chicas o chicos, y se convierten en mujeres y hombres. Esta conducta aprendida constituye la identidad de género y determina los roles de género.

Los beneficios de la perspectiva de género

«¿Por qué, a pesar del compromiso político con las declaraciones universales, en Europa la perspectiva de género no es una realidad en las políticas y programas de salud?»

Aplicar la perspectiva de género a la salud - La integración de la perspectiva de género implica analizar, formular y evaluar las políticas, programas y proyectos destinados a garantizar que mujeres y hombres tengan acceso a la mejor sanidad posible. Este tipo de estrategia no prioriza las iniciativas destinadas específicamente a las mujeres ni a la igualdad entre mujeres y hombres. Este tipo de iniciativas son positivas y necesarias, y complementan a la perspectiva de género.

Hay muchos ejemplos de la distancia existente entre el compromiso internacional y su establecimiento efectivo en el nivel nacional. El principal desafío es la reducción de esta distancia.

En primer lugar hay que comprender el beneficio que aporta la perspectiva de género a nuestras políticas y programas, desde el punto de vista de la igualdad, de los derechos humanos, de los resultados en materia de salud y de la eficacia. Las estrategias pueden variar, pero el objetivo siempre es el mismo: integrar los problemas de género en el análisis, formulación y evaluación de las políticas, los programas y los proyectos, con el objetivo de garantizar que las mujeres y los hombres puedan disfrutar de un sistema sanitario del más alto nivel.

En la mayoría de los países de Europa, los y las responsables de las políticas y el personal sanitario no ven la relación que existe entre el género y su campo de trabajo. Habría que difundir las pruebas que demuestran la relación entre género y salud.

¿Cómo difundir la perspectiva de género?

Es necesario elaborar un plan de acción para difundir la perspectiva de género a nivel nacional. El hecho de que ésta se convierta en una política formal o no dependerá de las necesidades o los recursos de cada país y de las distintas instituciones. ¿Por qué? Porque la difusión de la perspectiva de género

- Requiere un compromiso político;
- Necesita una determinada cantidad de recursos, incluyendo financiación;
- Involucra a diferentes sectores que han de coordinarse para alcanzar un objetivo común;
- Precisa unos mecanismos estructurados para la puesta en marcha y la evaluación;
- Tiene que ser un proceso transparente.

La política global de género de la OMS tiene el objetivo de garantizar que todas las investigaciones, políticas, programas y proyectos se elaboren sistemáticamente con una perspectiva de género. Esto supondrá, en contrapartida, un aumento de la efectividad de los servicios sanitarios, y contribuirá a elevar el grado de igualdad y de justicia social, lo cual permitirá que la OMS siga siendo el principal agente sanitario del mundo.

Uno de los objetivos específicos de esta estrategia global es asegurar que las políticas, los programas y los proyectos de la OMS informen y asesoren a los estados miembros sobre la influencia del género en la salud y la atención sanitaria, basándose tanto en datos cuantitativos como cualitativos.

¿Contamos con las herramientas adecuadas para difundir la perspectiva de género?

Debido a que en sus orígenes el género fue una estrategia de desarrollo, una buena parte del trabajo realizado en lo que se refiere a la difusión de esta perspectiva ha tenido lugar en países en vías de desarrollo. Por lo tanto, es absolutamente necesario adaptar los métodos que se han empleado en dichos países al sector sanitario de la región europea.

Sin embargo, algunos de estos métodos ya se pueden aplicar en nuestra región, sobre todo en lo que se refiere al análisis de género. Este examina las diferencias que existen entre los roles que desempeñan las mujeres y los hombres, los desequilibrios de



poder en sus relaciones, sus diferentes necesidades, las restricciones y distintas oportunidades con que se encuentran y la influencia de todas estas desigualdades en sus vidas. En el ámbito de la salud, el análisis de género examina cómo estas diferencias generan distintos grados de exposición a los factores de riesgo y explora, por un lado, las formas, la gravedad y la frecuencia de las enfermedades, y por otro, las consecuencias sociales y culturales de las mismas.

También subraya las desigualdades que existen en el acceso a los beneficios de la tecnología, de la información, de los recursos y de la atención sanitaria, y en la materialización de los derechos abstractos. Un análisis de género se debe realizar en todas las etapas de un programa, desde el momento en que se fijan las prioridades y se recoge la información, hasta el diseño, puesta en marcha y evaluación del mismo.

La OMS ha realizado un documento en el que figuran todos los métodos necesarios para la difusión de la perspectiva de género, y en el que se explica el modo de aplicarlos al terreno de la salud. Una próxima publicación reseñará aquellos que demuestren ser los más útiles y mostrará cómo aplicarlos a los diferentes problemas sanitarios. La Guía: Gender and Health Equity Resource Guide (Gender and Health Equity Network, abril de 2001), contiene los recursos para la igualdad de género y salud, con una lista enorme de los métodos existentes. Esta guía se puede consultar en internet en la siguiente dirección: <http://www.ids.ac.uk/ids/>

¿Podemos evaluar los progresos y sus consecuencias?

Hay tres prerequisites principales imprescindibles para poder evaluar el progreso de la difusión de la perspectiva de

género en las políticas, y sus consecuencias en el terreno de la salud:

- Información diferenciada por sexos: para comprender la situación específica de mujeres y hombres y para elaborar planes que tomen en consideración las desigualdades que existen entre ambos, hay que realizar estadísticas diferenciadas por sexos. Para ello, es necesario prestar atención tanto a la recogida de datos (morbilidad, mortalidad, determinantes de la salud), como a su análisis y a su presentación (informes sanitarios);
- La existencia de información relevante sobre el género en la recogida rutinaria de datos (indicadores sensibles al género);
- El personal sanitario y los responsables de las políticas deben ser conscientes de la gran importancia del género en su trabajo.

«En relación con otras áreas de la salud, el empleo de indicadores sobre la igualdad de género es relativamente nuevo y aún no está desarrollado»

En relación con otras áreas de la salud, el uso de indicadores sobre la igualdad de género es relativamente nuevo y aún no está desarrollado. Muchos de estos indicadores aún no han demostrado que pueden mostrar los cambios a lo largo del tiempo. Habría que adaptarlos a las distintas situaciones sanitarias de cada país, en función de la cantidad de información disponible. Es imprescindible que los compendios internacionales de estadísticas relativas a la salud sean comparables, y por eso se suele emplear un pequeño grupo de indicadores muy bien definidos y útiles para cualquier lugar. Pero las naciones habitualmente disponen de una cantidad de información mucho mayor que debería utilizarse en la mayor medida posible.

Los indicadores son muy útiles para describir la situación de un país en lo que se refiere a las políticas sanitarias, a la situación de la salud, a los recursos que se destinan a esta última y al funcionamiento de los servicios de atención sanitaria. Pero es importante darse cuenta de que sólo son herramientas descriptivas, que sirven para detectar patrones de conducta. Pero los indicadores no pueden explicar las causas de los comportamientos observados. Se necesita un análisis en profundidad para comprenderlas.

La relación entre la voluntad política y la realidad

La difusión de la perspectiva de género es tanto un proceso técnico como uno político. Para pasar de la toma de conciencia a la puesta en marcha de

políticas sensibles al género, los y las responsables de las mismas y de la salud y el personal sanitario deben tener bien claro cuáles son las implicaciones positivas de adoptar una perspectiva de género en su trabajo. En tanto esto no suceda, sólo tendrán lugar experiencias aisladas derivadas de compromisos individuales.

Es necesario hacer un esfuerzo para convencer a los y las responsables de la sanidad. La mejor manera de concienciar a estas personas es mostrarles pruebas de la importancia de esta perspectiva desde un punto de vista científico.

Esto tendrá un doble efecto sobre las políticas. Por un lado, servirá para garantizar el compromiso político y la financiación. Por otro, fomentará políticas eficaces y realistas. Si las políticas se basan en unos hechos irrefutables, los análisis realizados desde una perspectiva de género deben ser parte de esos hechos.

¿Disponemos de pruebas de la importancia de una perspectiva de género?

Para paliar las deficiencias en las políticas sanitarias, la OMS debe ser capaz de difundir las pruebas de que dispone: datos sobre desigualdades e injusticias de género; sobre experiencias positivas y métodos innovadores relativos a la importancia de la perspectiva de género; y sobre las mejoras en la salud y en el acceso a los centros sanitarios como consecuencia de lo anterior.

Igualdad de género - Inexistencia de discriminación basada en el sexo de una persona, relativa a las oportunidades y acceso a los recursos, beneficios y servicios.

Los países y los programas de salud deben comenzar por decidir que áreas sanitarias van a priorizar en los análisis de género.

¿También se debe investigar desde una perspectiva de género?

Todos los campos de la investigación sanitaria, tanto en sus aspectos biomédicos como sociales, muestran de forma cada vez más irrefutable que los factores de riesgo, los mecanismos biológicos, las manifestaciones clínicas, las causas, las consecuencias y el tratamiento de las enfermedades son diferentes en los hombres y en las mujeres. Por lo tanto, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación deben adaptarse a las necesidades de cada sexo. Si esto no ocurre,



las consecuencias pueden ser muy negativas para la salud de mujeres y hombres. Por lo tanto, es crucial que se lleven a cabo investigaciones que muestren las diferencias de los sexos en lo que se refiere a la salud y a la enfermedad. Además, hay que asumir la necesidad de métodos de investigación cualitativa para explorar y documentar algunos de los aspectos más estructurales de las desigualdades de género con respecto a la salud. Hay que lograr que se incluyan mujeres en los experimentos clínicos. Para ello hace falta revisar atentamente el diseño de los mismos y el empleo de los recursos financieros, para garantizar que los resultados tengan relevancia para ambos sexos.

También es necesario incluir la perspectiva masculina en la investigación de género, así como las distintas interacciones del género con otras categorías como la edad, etnia y clase social.

La Plataforma Europea para la Difusión de una Perspectiva de Género en la Salud

En los países europeos cada vez es mayor la necesidad de comprender los métodos y objetivos de la difusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Así lo han demostrado los informes de varios representantes nacionales del sector sanitario. También se constata una necesidad clara de definir un proyecto común europeo que nos permita avanzar y superar el abismo que existe entre los compromisos internacionales y la puesta en marcha de los mismos a nivel nacional.

Para hacer frente a estas cuestiones, en febrero de 2001 se creó la Plataforma Europea para la Difusión de la Perspectiva de Género, que se reunió por primera vez en Basilea en

junio de 2001. En este primer encuentro participaron representantes de siete países europeos, de seis instituciones de la región que se dedican a problemas de género y la Oficina Regional Europea de la OMS.

La Plataforma Europea para la Difusión de la Perspectiva de Género designó como prioritarias para el análisis de género a las siguientes cuestiones:

- Diferencias de género en las conductas de riesgo: consumo de tabaco, drogas y alcohol, alimentación, violencia, etc;
- Efectos intergeneracionales de los programas sanitarios realizados desde una perspectiva de género (por ejemplo: prevención del tabaquismo en mujeres jóvenes);
- Causas de la elevada mortalidad masculina prematura;
- Salud reproductiva y sexual: protección de la fertilidad; salud reproductiva y sexual de las mujeres; y prevención y tratamiento de las ITS;
- Consecuencias diferenciadas de los cambios socioeconómicos en hombres y mujeres;
- Diferencias de género en los comportamientos relacionados con la salud y en el uso de drogas;
- Género y familia de origen y consecuencias sanitarias de esta relación.
- Impacto de los roles profesionales y reproductivos de hombres y mujeres en la salud;
- Calidad de vida de personas mayores y género;
- Violencia de género; y
- Diferencias de género en la salud mental y acceso a los servicios.

La necesidad de avanzar más

Necesitamos tener clara la forma de proceder para difundir la necesidad de adoptar una perspectiva de género en las políticas sanitarias europeas. Aunque las directrices han de elaborarse en el nivel nacional, el proceso se verá facilitado si se alcanza un consenso en cuanto a las medidas que hay que tomar en el nivel europeo.

No es cuestión de dar a la perspectiva de género un lugar prioritario en las agendas sanitarias; lo importante es que se empiece a considerar al género como un determinante de la salud tan importante como la etnia o la situación socioeconómica.

Un requisito para que se adopte la perspectiva de género es que tanto mujeres como hombres se involucren activamente en la difusión de la misma y en la elaboración, puesta en marcha y evaluación de los programas sanitarios.

Términos de referencia de la Plataforma Europea para la Difusión de la Perspectiva de Género

En febrero de 2001, se creó la Plataforma Europea para la Difusión de la Perspectiva de Género con el fin de asesorar a los Estados Miembros y a la Oficina Regional Europea de la OMS en las cuestiones siguientes:

- Definición de un nuevo enfoque sobre género y salud, que subraye los beneficios de la difusión de la perspectiva de género;
- Desarrollo de un marco práctico y flexible para dicha difusión en el área de la salud en el ámbito nacional;
- Identificación de las características fundamentales de la salud de hombres y mujeres a través de distintos programas;
- Elaboración de una lista de ejemplos de las mejores formas de poner en práctica dicha perspectiva en los niveles nacional y regional. Esto enriquecería el marco anteriormente mencionado;
- Experimentación de los nuevos enfoques sobre género y salud;
- Colaboración en el intercambio de experiencias y enfoques entre países europeos;
- Desarrollo de un conjunto genérico de métodos para la difusión de la perspectiva de género en el área de la salud a través de programas a nivel nacional, incluyendo directrices para los y las responsables de las políticas y el personal sanitario; y
- Desarrollo de un conjunto de indicadores fundamentales para el género y la salud.

**Para más información, contactar con Isabel Yordi
Perspectiva de género
División de apoyo técnico
Oficina Regional Europea de la OMS**

Este artículo proviene de una comunicación presentada en el seminario sobre Perspectivas de Género en las Políticas Sanitarias Europeas que tuvo lugar el 14 de septiembre de 2001. Está basado en los documentos de la OMS «Global Policy on Mainstreaming Gender in Health» (Política global para difundir la perspectiva de género en el área de la salud, 1999) y «Gender and Health Technical Paper» (Documento técnico sobre género y salud, 1998).

FORO SOBRE POLÍTICA JUVENIL EN SOFÍA

¿Un modelo para desarrollar planes nacionales de acción juvenil en el sudeste de Europa?



© European Youth Forum

Se reunieron 150 representantes de gobiernos, ONG's juveniles nacionales e internacionales, y otras organizaciones en Sofía, Bulgaria, a comienzos de octubre, en el marco del Foro sobre Política Juvenil; organizado por el Foro Juvenil Europeo en colaboración con la Comisión Europea, el Consejo de Europa y UNICEF. El Consejo Nacional de la Juventud de Bulgaria y la Agencia Estatal de la Juventud y el Deporte del mismo país fueron los anfitriones. El objetivo de esta reunión era «alentar a los y las responsables de las decisiones gubernamentales para que cooperen con las organizaciones juveniles y los y las jóvenes en general en la creación de políticas de juventud en el sudeste de Europa».

Los y las participantes se esforzaron por determinar los elementos clave de los planes nacionales de acción juvenil, teniendo en cuenta las necesidades y las características especiales de la región del sudeste europeo. Para lograr este objetivo se dividieron en cinco grupos de trabajo, cada uno con un tema de discusión diferente: participación e inclusión juvenil, juventud y empleo, fomento de formas de vida saludables, educación y el desarrollo de la juventud, independencia individual y vivienda. Estos grupos de trabajo identificaron los principales problemas con los que se enfrenta la juventud del sudeste de Europa y propusieron a los gobiernos y a las organizaciones juveniles algunas posibles soluciones de los mismos. En el encuentro se mostró claramente que, a pesar de algunas diferencias, los y las jóvenes del sudeste europeo tienen problemas similares.

Tras haber especificado las cuestiones que deben incluirse en los planes de acción

nacional, los y las participantes pasaron a determinar las funciones que los diferentes actores deben ejercer en la puesta en marcha de los programas juveniles. La conclusión fue que los y las representantes de los gobiernos, las organizaciones juveniles y los organismos internacionales deben cooperar durante el proceso de creación e implantación de los planes de acción juvenil nacionales. Como es evidente, se puso un énfasis especial en la participación de la juventud en todo este proceso.

Marta Diavolova, responsable de programas del FNUAP en Bulgaria, opinó que el foro era una oportunidad única para tratar las cuestiones relativas a la salud reproductiva y sexual de la juventud de hoy en día: «el tema de la participación y la inclusión juvenil es vital para cualquier política de salud reproductiva. Los y las jóvenes deben no sólo ser el objetivo de estos programas, sino que también tendrían que contribuir a su elaboración. Bulgaria, uno de los países de Europa con una tasa de embarazos adolescentes más altas, necesita medidas urgentes. El FNUAP está ayudando al gobierno de Bulgaria a hacerse cargo de las necesidades de la gente joven mediante el programa educativo SRS (Salud reproductiva y sexual), fomentando una educación igualitaria, diversos cursos de formación del profesorado y distintos servicios destinados a la juventud».

Durante el último día del foro, los y las participantes tenían que presentar sus puntos de vista sobre el estado actual de las políticas juveniles. Lachezara Stoeva, una participante búlgara, afirmó que «los planes de acción juvenil nacionales sólo pueden hacerse realidad si hay una voluntad política seria. Y, para garantizar que estas políticas tienen en cuenta las necesidades de la gente joven, las organizaciones juveniles nacionales deben involucrarse activamente tanto en su elaboración como en su puesta en marcha».

La elaboración de planes de acción nacionales y políticas juveniles en los países del sudeste de Europa y su puesta en marcha constituirán un proceso de larga duración. El Foro sobre Política Juvenil aportó las ideas y los puntos de vista necesarios para que esto pueda hacerse; y es a los gobernantes de la región a quienes ahora corresponde tomar la iniciativa.

Para más información, consultar:
www.youthforum.org

LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL SIDA:

Una perspectiva africana

Por Heidi Holland

A pesar de los millones de muertes derivadas de la pandemia, las investigaciones sobre el SIDA en África no se han ocupado suficientemente, por no herir sensibilidades, de varias cuestiones de vital importancia. Por ejemplo, salvo notables excepciones, muy poca gente está investigando el problema de los niños y niñas huérfanos que deja el SIDA y, en el esfuerzo para comprender y modificar las conductas sexuales en este continente, no se suele utilizar la psicología ni la antropología médica intercultural. Hay que tener en cuenta que en Sudáfrica, por ejemplo, una de cada nueve personas es seropositiva.

El problema de los huérfanos y las huérfanas en África

A pesar de que en el año 2005 en África habrá 40 millones de huérfanos y huérfanas debido al SIDA, la opinión que prevalece entre la mayoría de los proveedores de fondos y de los y las activistas de la salud pública del extranjero es que las abuelas africanas lograrán, de algún modo, hacerse cargo de la situación. Este punto de vista no se expresa abiertamente, pero se infiere del escaso número de proyectos destinados a crear estructuras familiares alternativas, y de los elogios occidentales del modelo de familia extensa africano.

El fuerte comunitarismo que existe en África es, sin duda, un valor espiritual, pero las abuelas de este continente no cuentan con los medios apropiados para hacerse cargo de los problemas de los huérfanos y las huérfanas. Se necesita apoyo económico, ideas creativas y apoyo psicológico.

No basta con llevarse las manos a la cabeza cada vez que nos acordamos de esos 40 millones de huérfanos y huérfanas sin amor que van a convertirse en 40 millones de adultos y adultas sin esperanza y, probablemente, con deseos de venganza. Como dice Emma Guest, autora de «Children of Aids» (Hijos del SIDA): «Después del SIDA África se va a convertir en una tierra imprevisible. ¿Qué ocurrirá con toda una generación que va a crecer sola, pobre y avergonzada por el estigma de una enfermedad que mató a sus progenitores? Algunas personas sufrirán depresiones, otras, ira».



Para pagar sus estudios en la escuela de Maupye, un pueblo cercano a Pietersburg, en Sudáfrica, el niño de nueve años Elvis Lerale, huérfano debido al SIDA, vigila el ganado vacuno todas las tardes mientras sus amigos juegan al fútbol.

Comprender la conducta sexual

Algunas iniciativas para comprender los comportamientos sexuales de los africanos y africanas han ido más allá de la investigación estadística y la distribución de preservativos, pero, demasiado a menudo se trata de epidemiólogos que parecen querer reconvertirse en investigadores sociales. En occidente debe haber multitud de excelentes especialistas en psicología cultural y antropología, mucho mejor preparados para descubrir por qué la gente se comporta como lo hace en lo que a la sexualidad con riesgos se refiere. Este es, probablemente, un tema de investigación muy complejo en la estela de la post modernidad. Pero los investigadores e investigadoras de otras culturas deben intentar ver las cosas desde dentro si quieren modificar las conductas. Determinadas reformas que se intentan llevar a cabo en la lucha contra el SIDA en África podrían ser consideradas algún día como actos de genocidio cultural.

La occidentalización del problema

Uno de los motivos por los cuales los occidentales fracasan en la investigación sobre el SIDA en África deriva de su necesidad de occidentalizar el problema. Este proceso intelectual tal vez ayude al investigador a situar las preguntas en un marco teórico, pero no proporciona necesariamente las respuestas correctas.

Necesidad urgente de ayuda

Aunque el gobierno norteamericano considera que el SIDA se puede tratar con medicamentos combinados, la organización USAID no está dispuesta a invertir su dinero en dichos medicamentos, ya que se ha constatado que la distribución de los mismos por parte del personal médico africano y de los propios pacientes no se ha realizado de manera satisfactoria.

En un momento en el que se han librado y ganado importantes batallas contra los gigantes de la industria farmacéutica para garantizar el acceso a los tratamientos contra el SIDA, la falta de infraestructura para hacer llegar las medicinas a las personas necesitadas sigue siendo un inmenso obstáculo. Teniendo en cuenta las dimensiones de la catástrofe provocada por el SIDA, es necesario encontrar soluciones aunque haya que realizar el transporte y la entrega de los medicamentos con bicicletas o burros. Un proyecto contra la malaria que funciona en KwaZulu-Natal ha recurrido a personas en paro para que transporten en bicicleta los medicamentos hasta pueblos remotos de la región.

Heidi Holland, escritora y periodista sudafricana, dirige The Melville House, un B&B de Johannesburgo. Informalmente conocido como «La casa de la salud reproductiva», su establecimiento atrae a profesionales de todo el mundo que trabajan en ONGs, academias y medios de comunicación.

UNAIDS, La Colaboración Internacional Contra el SIDA en África

Los esfuerzos para detener la epidemia del SIDA en África sencillamente no han ido al ritmo de la expansión de la enfermedad. Para muchas personas, la solución está en la Colaboración Internacional contra el SIDA en África, donde un grupo de agentes que ha decidido cooperar en la lucha contra el VIH-SIDA en dicho continente, para reducir sus consecuencias y detener el desastre humano, social y económico. Nunca en la historia de la cooperación internacional para el desarrollo ha

habido un grupo de personas provenientes de tantos sectores distintos unido con el fin de combatir una única enfermedad. Los gobiernos africanos, mediante su liderazgo a nivel nacional, han prestado un gran apoyo a la búsqueda de soluciones. Diversos organismos de las Naciones Unidas están coordinando un plan de acción global y se han sumado a los esfuerzos nacionales, con un apoyo económico y asistencia en la elaboración de los programas. Algunos gobiernos también han hecho

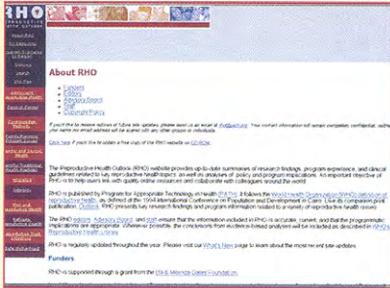
donaciones, tanto financieras como de bienes y servicios, para impulsar la acción en todos los niveles. El sector privado, por su parte, ha ofrecido su experiencia y sus recursos para ayudar a detener la epidemia. Finalmente, el sector local está trabajando para que la cooperación internacional llegue a la sociedad civil y para reforzar las redes de comunicación regionales y nacionales.

Ver <http://www.unaids.org/africapartnership/index.html>

INFORMACIÓN DISPONIBLE EN INTERNET

Realizado por Josh Gross, editor de páginas web

The Reproductive Health Outlook (Perspectivas sobre la salud reproductiva)



www.rho.org

Esta página web contiene resúmenes actualizados de los últimos resultados de las investigaciones, de diversas experiencias en la elaboración de programas y de las normativa clínica relacionada con la salud reproductiva. También se pueden encontrar análisis de los efectos de las políticas y de los programas. Uno de los principales objetivos de RHO es ayudar a los usuarios y usuarias a encontrar recursos de alto nivel en la red y a entrar en contacto con colegas de todo el mundo. Es una excelente fuente de información sobre todos los aspectos de la salud reproductiva. Incluye una página de enlaces muy buena.

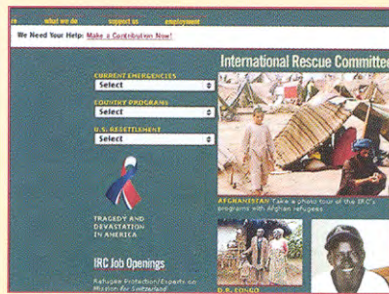
Reproductive Health Gateway (El portal de la salud reproductiva) www.rhgateway.org

RHG ofrece un acceso rápido a información relevante y precisa sobre salud reproductiva en la red. Este portal permite encontrar una serie de páginas cuidadosamente escogidas por su precisión, su alto nivel y su importancia de una manera mucho más rápida, fácil y fiable que los buscadores ordinarios, que suelen incluir también muchas páginas irrelevantes o poco fiables, y que una lenta y fatigosa búsqueda página por página. Es un excelente portal que abarca todas las áreas de la salud reproductiva. Tiene un motor de búsqueda rápido y muy adecuado que permite al usuario y a la usuaria encontrar enlaces con páginas web de gran interés. También puede realizar búsquedas avanzadas y multitemáticas.

The european NGOs For Sexual and Reproductive Health and Rights, Population and Development (ONGs europeas dedicadas a la salud reproductiva y sexual y a los derechos, la población y el desarrollo) www.eurongos.org

Esta página es bastante confusa y tiene un diseño muy deficiente, pero incluye muchos enlaces útiles con las organizaciones miembros.

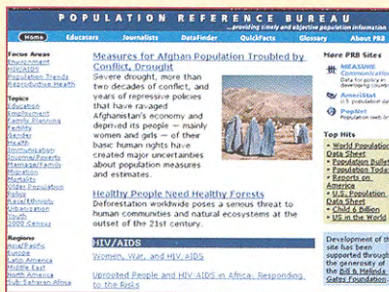
International Rescue Committee (Comité internacional de rescate)



www.intrescom.org

La organización ánimo de lucro IRC se dedica a ayudar, proteger y realojar a personas refugiadas y víctimas de la opresión y conflictos violentos, y es miembro fundador del Consorcio de Salud Reproductiva para los Refugiados. Vale la pena echar un vistazo a los informes de campo que analizan los problemas y los logros de algunos de los programas de salud reproductiva del IRC (www.intrescom.org/health/publications.cfm). Estos informes suelen aparecer en formato PDF y tienen un material gráfico de alto nivel.

Population Reference Bureau (Oficina de información poblacional)



www.prb.org

La Population Reference Bureau es la fuente de información puntual y objetiva más importante sobre los movimientos de población y sus consecuencias en Estados Unidos y el resto del mundo. Es un interesante portal que contiene informes y estadísticas puestos al día. Es muy fácil de usar y tiene un diseño muy sencillo para el usuario o usuaria. Es interesante consultar las páginas sobre la población mundial del PBA. «Data finder» contiene información sobre 85 variables demográficas para 221 países y 28 regiones y sub-regiones de todo el mundo.

ARTÍCULOS E INFORMES ESPECÍFICOS:

Family Health International-Russian Federation Programme Overview (Salud familiar internacional: una mirada al programa de la Federación Rusa) Fuente: www.fhi.org

En 1996 la FHI tradujo al ruso, gracias a la financiación de la compañía Pharmacia & Upjohn, su programa de formación sobre anticonceptivos por vía intravenosa. Esta página contiene una sinopsis del programa de la FHI de la Federación Rusa. También se encuentran unas pocas estadísticas actualizadas de este país.

The Emergent Contraception for Diverse Communities Project (El informe sobre métodos anticonceptivos de emergencia para distintas comunidades) Fuente: www.path.org

La organización PATH presentó este excelente informe sobre métodos anticonceptivos de emergencia destinado a proveedores clínicos y no clínicos. La información está en formato PDF y hay algunas presentaciones en Power Point que se pueden descargar gratis. Este material está pensado para los Estados Unidos, pero la argumentación e información práctica que contiene es universal.

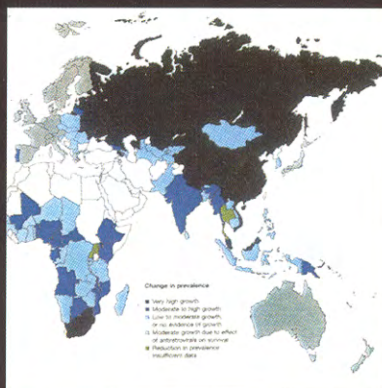
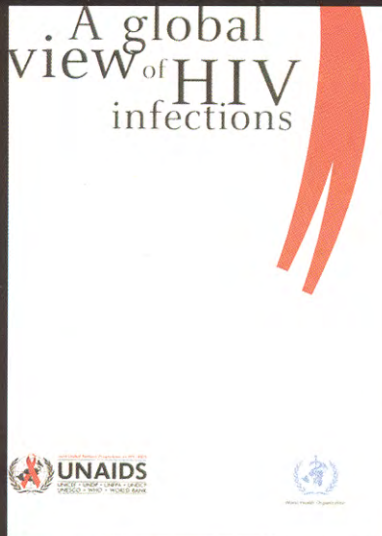
Tres números de la revista on-line Choices, publicada por The International Planned Parenthood Federation European Network (Red europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar)

www.ippf.org/regions/europe/choices/index.html

Choices es una publicación excelente sobre salud sexual y planificación familiar en Europa. Los números siguientes contienen estadísticas actualizadas:

- Volumen 28, número 1, 2000: Salud reproductiva y sexual en la Europa actual.
- Volumen 28, número 2, 2000: El aborto en Europa.
- Volumen 27, número 1, 1999: Nuevas funciones de las asociaciones de planificación familiar en Europa.

Una visión global del VIH-SIDA

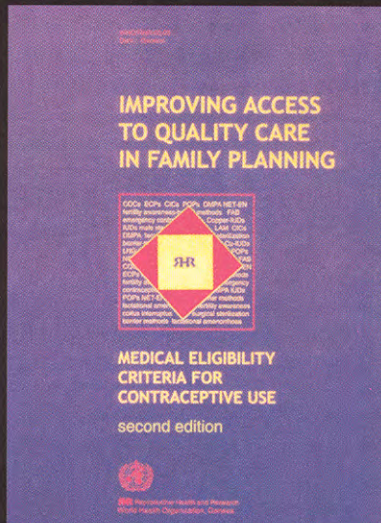


Este póster, realizado por UNAIDS y la OMS, contiene tres mapas. Cada uno representa la situación de la epidemia de VIH-SIDA en tres regiones del mundo, y juntos, presentan una imagen esclarecedora de la magnitud, el impacto y las últimas tendencias en la expansión de esta enfermedad en distintas regiones, países y sociedades.

Para obtener una copia u otra información sobre el VIH-SIDA, contactar con:

UNAIDS
20, Avenue Appia
CH- 1211 Ginebra 27
Suiza
Tel: (+ 41 22) 791 36 66
www.unaids.org

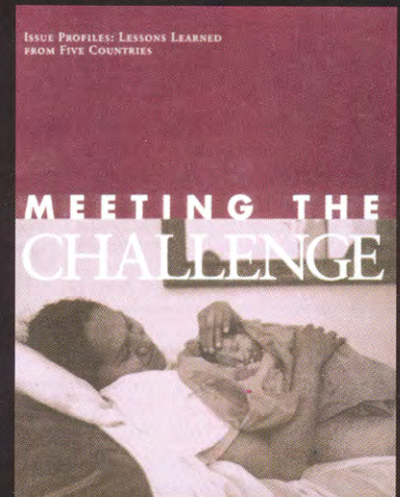
Mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar: *Criterios médicos de elección de métodos anticonceptivos*



Este documento es muy útil para elevar la calidad de los servicios de planificación familiar, ya que analiza los criterios médicos de elección de métodos anticonceptivos. Recomienda que dichos criterios estén basados en los últimos datos clínicos y epidemiológicos, y está destinado a los y las responsables de las políticas y de los programas de planificación familiar y la comunidad científica en general. Su objetivo es orientar sobre la mejor manera de realizar la distribución de anticonceptivos. El documento ha sido realizado gracias a la colaboración entre el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS y un gran número de agencias y organizaciones internacionales.

Para más información o para obtener una copia del documento, contactar con:
Dr. QM Islam (rhrpublications@who.int)
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS
Tel: (+ 41) 22 791 44 47

«Hacer frente al desafío»: Asegurando la distribución de anticonceptivos

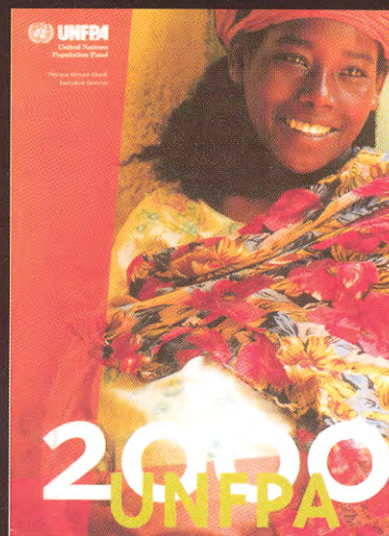


«Hacer frente al desafío» es un conjunto de textos que indagan las causas de las dificultades que existen a la hora de acceder a los servicios de salud reproductiva. Su objetivo es impulsar las acciones efectivas y una colaboración significativa entre los proveedores de fondos, los gobiernos nacionales y otros agentes implicados. Aquí se pueden leer nueve estudios sobre temas como: proveedores de fondos, previsión de las necesidades futuras, estudios de casos nacionales, opciones de financiación y diferentes actitudes con respecto al déficit de anticonceptivos. Es un trabajo realizado por: John Snow, Inc., Population Action International, PATH y la Fundación Wallace Global.

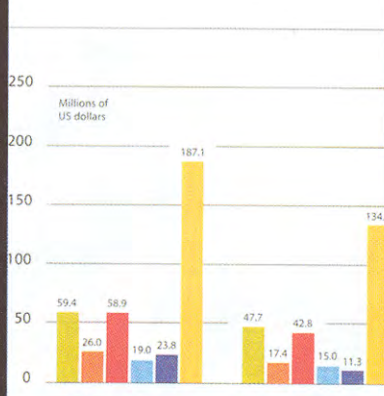
Para obtener más información, dirigirse a: www.nostockouts.org



FNUAP 2000



UNFPA ASSISTANCE BY GEOGRAPHICAL REGION



TOP 20 GOVERNMENT DONORS TO UNFPA IN 2000 (IN US \$)

Government	Contribution to General Resources	Contribution to Supplementary Resources
Netherlands	50,583,784	52,544,641
Japan	48,285,000	1,000,000
United Kingdom	22,290,673	4,589,496
Norway	22,994,053	3,473,847
Denmark	23,884,919	1,536,994
United States	21,500,000	1,179,000

El informe del FNUAP para el año 2000 señala que durante este año se ha dado una prioridad especial al desarrollo de una nueva estrategia global para fomentar la seguridad de todo lo que concierne a la salud reproductiva. A escala internacional, se ha decidido que para el 2015 todas las personas deberían poder disfrutar de una buena salud reproductiva. Para lograr este objetivo, y para prevenir el embarazo no deseado y la difusión del VIH-SIDA, todavía hay

que avanzar en las cuestiones materiales. También se indica que durante este año se han tenido que multiplicar los servicios de salud reproductiva de emergencia como consecuencia de los enormes movimientos de población que han derivado de distintos conflictos armados y catástrofes naturales. Este informe, de 30 páginas, incluye una reseña de la labor de la FNUAP por regiones y cantidad y calidad de los servicios prestados.

Para obtener una copia de este informe, contactar con:

FNUAP
Información, Comité Ejecutivo y División de Movilización de Recursos
220 East 42nd St.
New York NY 10017, Estados Unidos de América
www.unfpa.org
ISBN 0- 89714- 600- x

Una aproximación práctica a la violencia de género: guía para personal sanitario y gerente

Se trata de una guía que muestra los pasos que los centros de salud reproductiva deben seguir para poner en marcha sus propios proyectos contra la violencia de género. Se sabe que una importante proporción de mujeres sufre agresiones domésticas. A pesar de ello, son pocos los y las profesionales de la salud que han sido formados para enfrentarse a estas complejas cuestiones y actuar con sensibilidad y eficacia. Esta guía también pretende ayudar a todas las personas que la lean a comprender las relaciones entre la salud reproductiva y sexual y la violencia. Aunque va dirigida principalmente a los y las profesionales de la salud, también puede ser muy útil como libro de divulgación. Las ideas que en ella aparecen se van a poner en práctica en Rumania y Lituania.

La guía está disponible en la siguiente dirección: www.unfpa.org

Aprendiendo a vivir: examen y evaluación de los programas contra el VIH-SIDA para jóvenes

Este libro, de 219 páginas, constituye una guía práctica para el desarrollo, el examen y la evaluación de los programas contra el VIH-SIDA dirigidos a la gente joven. Está basado en los hallazgos más recientes provenientes de los proyectos destinados a la juventud y centrados en la educación igualitaria, en la sensibilización en las escuelas, en la prestación de servicios clínicos, etc. Se incluyen algunos ejemplos de prácticas que han obtenido buenos resultados. Este manual puede ser de gran utilidad para las personas que trabajan en los diversos programas de lucha contra el VIH-SIDA.

Disponible en :
Save de Children Publications
17, Grove Lane
Londres, SE5 8RD
Reino Unido
www.savethechildren.org.uk

Las relaciones sexuales entre los y las jóvenes de los países en vías de desarrollo: resultados de los estudios realizados por la OMS

Por Ann Denise Brown, Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah, Kathryn M. Yount.

A pesar de que este artículo trata de jóvenes que no pertenecen a Europa, muchos de sus hallazgos podrían aplicarse a nuestra región. Por ejemplo, la actividad sexual comienza, para muchos y muchas jóvenes, durante la adolescencia y suele caracterizarse por las conductas de riesgo y el mal uso de los métodos anticonceptivos. Este artículo analiza las consecuencias que estos descubrimientos pueden tener en las políticas y los programas y pone de manifiesto las lagunas existentes en la investigación.

Disponible en:
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS
CH- 1211 Ginebra 27
Suiza
e-mail: [rhrpublications@ who.int](mailto:rhrpublications@who.int)

FORMACIÓN

Curso avanzado sobre salud reproductiva y sexual (Utrecht, Países Bajos, del 18 al 30 de marzo de 2002). Organizado por la Escuela Holandesa de Salud Pública, el Grupo Rutgers-NISSO (Incentivos para la juventud), la Fundación Mundial de la Población y la Fundación Holandesa para el Control de las ITS. Grupos a los que va dirigido: Dirigentes y personal de los programas salud reproductiva y sexual (dos módulos opcionales).

El curso se centra en las necesidades de los y las jóvenes.

Matrícula: 2995 euros (aprox. 2650 \$); con alojamiento y manutención. No incluye el desplazamiento a los Países Bajos e incidentes imprevistos.

Para obtener más información y el formulario de inscripción:
www.nsp.nl/eng/education/index.htm
Contacto: Secretaria del curso sobre salud reproductiva y sexual del WPF (Fundación Mundial de la Población):
Martha Roes
Ampèrestraat 10
1221 GJ Hilversum
Países Bajos
Tel: (+31) 35 642 23 04
Fax: (+31) 35 642 37 13
e-mail: projects@wfp.org

Entre Nous

*La Revista Europea
de Salud Reproductiva y Sexual*

Oficina Regional Europea de la OMS
Unidad de Salud de la Familia y la Comunidad
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Dinamarca
Tel. (45) 3917 1451 ó 1426
Fax: (45) 3917 1850
Correo electrónico: entrenous@who.dk



Entre Nous