



VIH/SIDA
La pandemia
continúa



UNFPA

Entre Nous

REVISTA EUROPEA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NÚM. 53 - 2002



EUROPA

Entre Nous lo publica:

El programa de *mainstreaming* de género y embarazo y salud reproductiva de la Oficina Regional para Europa de la OMS.
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Dinamarca
Tel.: (+45) 3917 1341
Fax: (+45) 3917 1850
Correo-e: entrenous@who.dk

Editora Jefe

Assia Brandrup-Lukanov

Editor

Jeffrey V. Lazarus

Ayudante editorial

Dominique Gundelach

Maquetación

To om bord, Aarhus. www.toombord.dk

Imprenta

Central tryk Hobro a/s

Entre Nous lo financia el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FUNAP), Nueva York, con la colaboración de la Oficina Regional para Europa de la OMS, Copenhague, Dinamarca.

Se publica tres veces al año. Las cifras actuales de distribución son: 3.000 en inglés, 2.000 en español, 2.000 en portugués, 1.000 en búlgaro, 1.000 en ruso y 500 en húngaro.

Entre Nous lo presenta en:

Búlgaro el Ministerio de Sanidad de Bulgaria, como parte del proyecto financiado por el FUNAP.

Español el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, C/Condesa de Venadito, 34, ES-28027 Madrid, España.

Hungría el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Debrecen, CP 37, Debrecen, Hungría.

Portugués el Consejo General de Sanidad, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056 Lisboa, Portugal.

Ruso el Centro de Información de la OMS para la Salud en las Repúblicas del Asia Central

Las ediciones española y portuguesa se distribuyen directamente a través de los/las representantes y las oficinas regionales de la OMS para los países luso e hispanohablantes.

El material de *Entre Nous* puede traducirse gratuitamente a cualquier lengua nacional y reimprimir en publicaciones, revistas y periódicos, así como colgarse en Internet, siempre que se mencione debidamente a *Entre Nous*, el FUNAP, y la Oficina Regional para Europa de la OMS.

Los artículos que aparecen en *Entre Nous* no reflejan necesariamente las opiniones de la OMS o el FUNAP. Rogamos dirijan sus preguntas a los/las autores/as de los artículos.

Para información sobre las actividades respaldadas por la OMS y documentos de la OMS, rogamos se pongan en contacto con la Unidad de salud familiar y comunitaria en la dirección indicada anteriormente.

Rogamos soliciten las publicaciones de la OMS directamente al agente de ventas en cada país, o a Marketing and Dissemination, WHO, CH-1211. Ginebra 27, Suiza.

ISSN: 1014-8485

NIPO: 207-03-012-8

Editorial por Assia Brandrup-Lukanov y Jeffrey V. Lazarus	3
Infecciones de transmisión sexual en la región europea por Ulrich-Laukam-Josten y Srdan Matic	4
El Comité de SIDA de Kosovo por Xhewat Jakupi	6
PSI y Love Plus	6
Vulnerabilidad de las profesionales del sexo en los países de la comunidad de estados independientes por Irina Eramova	7
La protección de la infancia ante la infección por VIH: el papel de la lactancia materna por Cécile Knai y Viviana Mangiaterra	8
Promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos humanos de la población joven y adolescente en los Balcanes por Liusk Sanna	10
El Fondo Mundial: ¿Cuánto debe cada país? por Tim France, Gorik Ooms y Bernard Rivers	12
Reducción de las infecciones de transmisión sexual entre las profesionales del sexo en Armenia por K.R. Babayan	14
El VIH/SIDA y la construcción de la paz en Oriente Medio por Avital Erez y Inon Schenker	15
Mortalidad materna en Tayikistán por Rima Stepanova, Zuhra Ahmedova, Vladimir Schigolev y Umedjon Ibraniqov	16
Promoción de la salud reproductiva en la población adolescente por Gordana Rajin	18
La Conferencia de Barcelona: un paso más ante el VIH-SIDA por Heather M. Robinson	19
Conservación de la cultura de la vida por Frances Kissling	20
Recursos	21
Recursos de Internet por Josh Gross	22

Pág. 6



Pág. 10



Pág. 15



Pág. 20



Pág. 21

EL EQUIPO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Evert Ketting

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

Malika Ladjali

Especialista principal de programas UNESCO. París (Francia)

Nell Rasmussen

Asesora Principal
Centro Danés para los Derechos Humanos

Lyn Thomas

Directora regional
Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) Red Europea

Robert Thompson

FUNAP Egipto

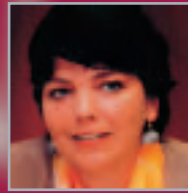
Alanna Armitage

Directora de programas, Europa y Asia Central,
División de los Países Árabes y Europa,
FUNAP Nueva York

EDITORIAL

VIH/SIDA: La pandemia continúa

Por Assia Brandup-Lukanov y Jeffrey V. Lazarus



Assia
Brandup-
Lukanov



Jeffrey V.
Lazarus

© Fran Lazarus

A la luz de las recientes cumbres internacionales y decisiones sobre financiación, la revista *Entre Nous* dedica uno de sus números al VIH/SIDA. La mayoría de los/las profesionales sanitarios y políticos/as son plenamente conscientes de la desoladora situación que el VIH/SIDA ha creado en el mundo. Esta es la razón por la que la OMS y el FUNAP tienen programas para afrontar el desafío que supone su propagación y se creó el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Asimismo, este es el motivo por el que se celebró el Congreso de Barcelona el pasado mes de julio. Sin embargo, la abundante información disponible hemos de transformarla en compromisos y acciones

los patrones de infección han cambiado, incidiendo sobre grupos vulnerables que no se protegen o no pueden protegerse. Desde 1998, los nuevos diagnósticos de VIH casi se han duplicado en esta región y, según ONUSIDA, en julio de 2002, Europa Oriental experimentará el aumento más rápido de la incidencia de SIDA en la historia de la epidemia. No obstante, Ulrich Lauckham-Josten señala al abordar la perspectiva general sobre el VIH/SIDA en Europa que la epidemia todavía se halla en un estadio temprano.

Ante el debate actual sobre cómo actuar ante el VIH/SIDA hay dos posiciones: la que apoya la prevención y la que pide tratamiento. En la reunión de Barcelona se transmitió un mensaje clave: que tanto la prevención como el tratamiento son igualmente importantes como medios para reducir el impacto del VIH/SIDA. Sin embargo, mientras que, en los años 80, había muy poca información sobre el VIH/SIDA, y muchas creencias infundadas; ahora, tenemos evidencias científicas sobre la prevención y tratamiento, pero todavía existen muchas zonas, incluso en Europa, donde ni estas evidencias, ni los medios de protección, se han divulgado adecuadamente.

En todo el mundo, la TMI es la principal vía de infección entre menores de 10 años, y se estima que más de 5 millones de niños/as están infectados/as. Mientras que las cifras de niños/as infectados/as por el VIH/SIDA en los países de Europa Oriental y Central todavía son bajas, hay motivos para prever un aumento considerable de estos datos. En la página 9 se trata la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH como una intervención actualmente viable para afrontar la epidemia de VIH en Europa. Las autoras de dicho artículo recomiendan que se forme al personal sanitario para que posibiliten que las madres portadoras del VIH decidan de forma informada y responsable sobre los métodos para alimentar a sus bebés, apoyarlas en sus decisiones y asesorar a las madres no portadoras del VIH, o que desconocen su situación serológica, sobre la lactancia y la realización voluntaria de la prueba. Ayudar a una mujer no portadora del VIH a prevenir la infección continúa siendo la forma más eficaz para evitar la transmisión materno-infantil.

Además, la estrategia anterior de priorizar el suministro de preservativos ha de reanudarse e incrementarse, como en el caso de Kosovo, donde Population Services International con la ayuda del FUNAP ha podido subvencionar el coste de los preservativos. No obstante, las actividades de este tipo han de realizarse asegurando que las estructuras estén consolidadas para que el

suministro continúe una vez finalice la ayuda.

Frances Kissling señala, en su artículo de la página 20, que han de proporcionarse preservativos y no soluciones ideológicas, como la abstinencia. Kissling afirma que a los 100.000 hospitales católicos y las 200.000 agencias de servicios sociales distribuidos por todo el mundo que se hallan bajo la jurisdicción del Vaticano se les ha prohibido distribuir preservativos y capacitación en sexo seguro, incluso para aquellas personas que no son católicas. Como resultado, muchas personas continúan muriendo de SIDA cuando existe una estrategia comprobada de prevención.

Entre Nous espera que tanto los/las donantes de dinero como los gobiernos afectados reconozcan la epidemia e incrementen las actuaciones para hacerle frente en Europa Oriental y Central. En las páginas 12 y 13 se presenta una propuesta de financiación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA (*Global Fund to Fight AIDS*). ¿Acaso no es responsabilidad de todos los países asumir una mayor carga económica para hacer frente al SIDA? Desde aquí se anima a quienes lean estas páginas a demandar una mayor implicación por parte de sus gobiernos.

Mientras enviamos este número para su publicación, acaba de terminar una reunión mundial de los consejeros y las consejeras regionales de la OMS sobre salud sexual y reproductiva y de personal técnico experto, que se centró específicamente en cómo las reformas del sector sanitario habían repercutido en la salud sexual y reproductiva. Este asunto será el tema del próximo número de *Entre Nous*, respecto al cual pueden contactarnos para informarnos sobre sus experiencias, preocupaciones e investigaciones.

Assia Brandup-Lukanov
[abr@who.dk]
Editora jefa

Jeffrey V. Lazarus
[jla@who.dk]
Editor

adecuadas. La última iniciativa importante, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, todavía necesitaría una financiación aproximada de ocho billones de dólares estadounidenses.

En este número de *Entre Nous*, abordamos los cambios que se están produciendo en cuanto a la epidemia de VIH/SIDA. En un tiempo se consideró una enfermedad de varones homosexuales; ahora, la transmisión entre heterosexuales, en muchos casos a través de profesionales del sexo, va en aumento. En Europa Oriental y Central, la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH se ha intensificado y los/las usuarios/as de drogas por vía parenteral (UDVP) en toda la región europea representan un elevado porcentaje de las personas que viven con SIDA. En resumen,

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA REGIÓN EUROPEA

Por Ulrich Laukamm-Josten y Srdan Matic

El SIDA es la enfermedad de mayor magnitud a la que se ha tenido que enfrentar la humanidad. ONUSIDA estima que hacia finales del año 2001, casi 1,6 millones de personas resultaron infectadas por el VIH/SIDA en Europa. Mientras que el número de personas que viven con el VIH o SIDA en la región europea es menor que en otras regiones de la OMS, Europa Oriental continúa experimentando la progresión más rápida de la epidemia en el mundo (en algunos de estos países, el número de personas infectadas se duplica cada nueve o doce meses); además, hay datos recientes que confirman que las tasas de infección por VIH en Europa

demia todavía se halla en un estadio temprano. De los nuevos diagnósticos de infección por VIH, un 75% son usuarios/as de drogas por vía parenteral (UDVP); el 77% son varones y el 84% son menores de 30 años. Este patrón de transmisión del VIH concurrente con las epidemias de ITS supone el potencial suficiente para la aparición de brotes masivos de infecciones por VIH transmitidas por vía sexual en un futuro próximo. Esta situación, puede desembocar, dentro de pocos años, en una epidemia de VIH/SIDA generalizada y a gran escala.

El reconocimiento de esta situación debe acompañarse consecuentemente de respuestas adecuadas a nivel nacional e internacional.

Usuarios/as de drogas por vía parenteral

En Europa Oriental, la propagación de la epidemia de VIH fue lenta y sólo resultó evidente a finales de los años noventa. Ahora, la infección por VIH está aumentando más rápidamente que en cualquier otro lugar del mundo, principalmente a causa de un gran incremento en el consumo de drogas por vía parenteral. Desde 1998, los nuevos diagnósticos de infección por el VIH casi se han duplicado en esta región. El consumo de drogas por vía parenteral se ha generalizado entre la juventud, especialmente entre los varones. Se cree que el 1% de la población de la Federación Rusa y otros países de los estados de reciente independencia (ERI) son UDVP. Entre las personas que consumen drogas por vía parenteral, compartir las jeringuillas es una práctica habitual, así como una vía frecuente de transmisión del VIH.

La magnitud de las ITS en Europa

Las altas tasas actuales de ITS en Europa Oriental y Asia Central suponen por sí solas un importante problema de salud pública y un cofactor potencialmente importante de la transmisión sexual del VIH.

Mientras que en Europa Occidental la incidencia de casos de sífilis registrados es inferior al 2 por 100.000 y la de gonorrea es inferior al 20 por 100.000, en Europa Oriental y Asia Central se han alcanzado niveles epidémicos.

Aunque la incidencia registrada de sífilis se estabilizó o disminuyó en muchos países de Europa Oriental y Asia Central (ver figuras 1 y 2), las tendencias son diferentes dentro de cada país y, así, se observan incrementos en las zonas rurales o sistemas penitenciarios. Las altísimas cifras sirven de ejemplo: hasta 1.400 por 100.000, según informan desde las regiones remotas de la Federación Rusa. La sífilis congénita continuó aumentando en casi todos los países, lo que indica que cada vez más mujeres no son diagnosticadas y tratadas de sífilis durante el embarazo.

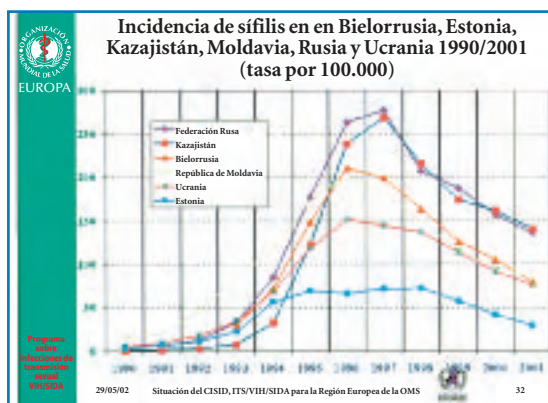
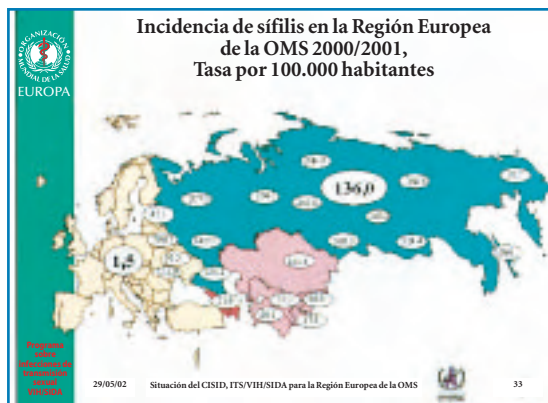
Figuras 1 y 2: Sífilis en la región europea de la OMS y en países seleccionados (una presentación completa sobre la situación del VIH/SIDA/ITS puede descargarse en la página web <http://cisid.who.dk/HIV/STI/>).

Los cambios en los protocolos de atención, en la utilización de los servicios, en los registros así como en la detección activa de casos (screening y notificación a la pareja), seguramente influirán en las tendencias observadas de los casos de sífilis declarados. Las personas que padecen una ITS, incluyendo la sífilis, demandan, cada vez más, atención en el sector privado, el cual crece rápidamente, tanto en los centros oficiales como en los que no lo son. En especial, es poco probable que los grupos de población que tienen más riesgo de contraer ITS, tales como la población joven y los grupos marginales (por ejemplo, personas sin techo, personas desempleadas, profesionales del sexo y niños/as de la calle) confíen en el sistema gubernamental debido a su historia marcada por la estigmatización y la sanción social.

Los países de la Región han comenzado a adoptar las políticas y prácticas recomendadas por la OMS respecto a la prevención y atención de las ITS, de modo que gradualmente se están abandonando las posturas coercitivas y punitivas por la implantación de servicios con una atención más próxima a los/as usuarios/as. Sin embargo, estos cambios se producen lentamente y no se han implementado de una forma lo suficientemente generalizada para que redunde en una reducción relevante de la transmisión de la sífilis u otras ITS. Por ello, hay una necesidad acuciante de una reforma más amplia del sistema de prevención y atención a las ITS, lo que requiere un compromiso continuo y consolidado por parte de los gobiernos y organizaciones internacionales que proporcionan asistencia.

En resumen, tres factores contribuyen a que el patrón de transmisión del VIH por vía sexual sea potencialmente muy relevante en Europa Central y Oriental:

1. La epidemia actual de otras ITS, lo que indica una práctica generalizada de comportamientos sexuales de riesgo y la escasa cobertura de los servicios de asistencia sanitaria.
2. La extensión de forma generalizada del uso de drogas por vía parenteral entre los varones jóvenes, motivada por el tráfico de drogas en la región (principalmente por el opio y la heroína de Afganistán) y por políticas erróneas en materia penal y de salud pública.
3. Los factores socioeconómicos imperantes, que llevan a situaciones bien conocidas de incremento del riesgo de la transmisión por vía sexual del VIH (como la pobreza, la comercialización del sexo, el tráfico de



Occidental están creciendo. El número de personas seropositivas en la región se incrementó en más de un 1.300% entre 1996 y 2001. Este hecho, junto con algunas de las mayores tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) en un número importante de países de Europa Oriental, que además tienen tasas muy altas de consumo de drogas por vía parenteral, así como tasas muy importantes de infección por tuberculosis (incluye la multirresistencia a los medicamentos antituberculosos), indican claramente que se espera que la epidemia de VIH/SIDA crezca considerablemente en los próximos años, así como sus consecuencias en un gran número de zonas geográficas.

A pesar de su rápida propagación, la epi-

mujeres, el comercio sexual, la emigración y la falta de cohesión social). Conviene recordar que en Europa Central y Oriental hay diez países que pertenecen al grupo de países con ingresos bajos (es decir, que el PNB per cápita es inferior a 1.000 dólares estadounidenses, también llamados «países en vías de desarrollo»), nueve se hallan entre los países con ingresos medio-bajos (PNB per cápita entre 1.000 y 3.000 dólares estadounidenses), y sólo siete países tienen un PNB superior a 3.000 dólares estadounidenses. Además, los servicios de atención médica y salud pública a menudo son poco eficientes y cuentan con pocos recursos.

Una epidemia que se extiende rápidamente

Según datos recientes, Ucrania ha alcanzado el nivel suficiente para considerar la epidemia de VIH/SIDA como generalizada, es decir, que la seroprevalencia es superior al 1% en la población general y superior al 5% en los grupos de alto riesgo. Otros países están avanzando con ritmo regular hacia este nivel.

Desde el inicio de la epidemia hasta final de 2001, en Europa Oriental, se registraron aproximadamente 235.000 nuevos diagnósticos de infección por VIH, lo que supone más casos que en el resto de la región europea. Más de dos tercios de estos casos corresponden a personas UDVP. Las cifras de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas relativas a los varones tienen relaciones sexuales con varones (MSM) y a transfusiones de sangre son relativamente pequeñas y similares a lo largo de los años; sin embargo, las cifras de nuevas infecciones diagnosticadas debidas a relaciones heterosexuales y a la transmisión maternoinfantil (v. artículo en página 9) aumentan progresivamente.

Se cree que al menos el 1% de la población de los estados de reciente independencia (ERI) (de una población total de aproximadamente 290 millones) se inyecta drogas, y el colectivo de UDVP representa una contundente mayoría entre las personas que viven con el VIH/SIDA (PLWHA) en Europa Oriental. Los datos recientes muestran que los/las UDVP constituyen entre el 70 y el 90% de todas las PLWHA en Azerbaiyán, Bielorrusia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Moldavia, la Federación Rusa, Ucrania y Uzbekistán, y esa parte importante de la población de UDVP ya es seropositiva (hasta el 19% en Armenia, 8% en Letonia y de un 20 a más de un 50% en ciudades de Bielorrusia, la Federación Rusa y Ucrania, por ejemplo).

Respecto al número de profesionales del sexo en Europa Central y Oriental, las cifras existentes no son fiables. Por ejemplo, el trabajo realizado recientemente por la Oficina Regional para Europa de la OMS con la fina-

lidad de obtener este tipo de información tuvo como resultado, teniendo en cuenta sólo la región de Moscú, unas cifras comprendidas entre 7.000 y 70.000 profesionales del sexo. Por otro lado, otros estudios mostraron que el 25% de los/las profesionales del sexo en Vilna (capital de Lituania) son UDVP, mientras que de los/las profesionales del sexo contabilizados/as en Moscú el 31% son UDVP. Tanto los/las profesionales del sexo como las parejas de los/las UDVP representan una vía frecuente de transmisión del VIH en la población general.

Otra tendencia de Europa Central y Oriental es que un número creciente de gente muy joven sea UDVP o portador del VIH, o, con frecuencia, ambos. Más del 2% de todos los nuevos diagnósticos de infección por VIH en los ERI durante los seis primeros meses del 2001 eran menores de 13 años, y casi el 20% tenían edades comprendidas entre los 13 y 19 años. Más del 50% de la totalidad de UDVP en los ERI son menores de 25 años.

Los/las profesionales del sexo en la región son incluso más jóvenes que los/las UDVP. Algunas fuentes sugieren que hasta el ochenta por ciento de la totalidad de profesionales del sexo son menores de 25 años, y esas cifras son incluso más elevadas entre las minorías étnicas, como es el caso de la etnia romaní.

La situación sanitaria en las instituciones penitenciarias de algunos ERI es alarmantemente deficiente; de modo que, a menudo, las epidemias de VIH/SIDA, ITS y tuberculosis son más graves que en la población general. Además, la Federación Rusa tiene el mayor número de personas reclusas per cápita del mundo y las condiciones en algunas prisiones son, desde una perspectiva sanitaria, terriblemente deficientes. Los estudios de los últimos años, por ejemplo, estimaron la seroprevalencia en las prisiones ucranianas en un 6%.

Aunque existen muy pocos datos, el consumo de drogas por vía parenteral es un grave problema en los sistemas penitenciarios; asimismo, los porcentajes de ITS también son mucho más elevados en estos centros.

La epidemia invisible

Europa occidental está siendo testigo de cifras y tasas muy altas de nuevos diagnósticos de infecciones por VIH, mientras que en estos momentos las cifras de los casos de SIDA todavía son relativamente bajas. Esta situación hace que la epidemia sea bastante «invisible» y que, por ello, sea necesaria una respuesta en este momento actual para preparar a los países de esa región así como a sus sectores sanitarios para la crisis que sobrevendrá. Se espera que las cifras y tasas de los casos de SIDA comiencen a aumentar rápi-

damente en un futuro próximo, lo que originará una importante presión en los gobiernos nacionales para responder apropiadamente a las crecientes consecuencias de la epidemia en los ámbitos sanitario, económico, social y político.

En Europa, esta epidemia que se prevé de gran magnitud, se está originando principalmente dentro de los llamados colectivos «vulnerables» o «marginales», como el de UDVP y profesionales del sexo, aunque también se halla presente entre las personas que cumplen condena en instituciones penitenciarias, migrantes y otros colectivos. Sin crear un impacto visible en la población general y dominante, las medidas efectivas de prevención, tales como la educación sexual, el intercambio de jeringuillas, la distribución de lejía a los/las internos/as, el tratamiento con metadona, o el suministro gratuito de las terapias antirretrovirales de alta eficacia «tan caras» a personas que pueden ser consideradas «indignas», problemáticas o incluso delincuentes, resultan bastante controvertidas en muchos países. No obstante, el proporcionar servicios adecuados, con cargo a los fondos públicos, a las personas UDVP, alcohólicas, sin techo, personas reclusas o a profesionales del sexo, es la única inversión efectiva disponible en estos momentos para la salud en general y la única herramienta posible para reducir, de una vez por todas, el crecimiento de la epidemia.

Desafíos actuales en la región europea

Europa Occidental

- Mantener un comportamiento preventivo
- Favorecer el acceso a pruebas diagnósticas y cuidado a las personas infectadas

Europa Central

- Mantener bajo el nivel de transmisión

Europa Oriental

- Controlar las epidemias actuales entre los/las UDVP
- Prevenir la transmisión por vía sexual del VIH
- Proporcionar acceso a pruebas diagnósticas y atención a las personas infectadas

Para más información:

Ulrich Laukamm-Josten

[ulj@who.dk]

Coordinador de la Oficina de ITS

Equipo para la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual en Europa Oriental y Asia Central
Oficina Regional para Europa de la OMS

EL COMITÉ DE SIDA DE KOSOVO

Por Xhewat Jakupi

PSI Y LOVE PLUS

Por Population Services Internacional y Love Plus

Durante los últimos años, la situación del VIH/SIDA en Kosovo se ha caracterizado por una información poco fiable, la carencia de programas de prevención y un aumento del riesgo de infección. Varios factores contribuyen a este aumento del nivel de riesgo de infección: el incremento en el consumo de drogas, la afluencia de profesionales del sexo provenientes de países con tasas elevadas de infección por VIH, la repatriación de miles de kosovares que vivieron durante años en países de más riesgo, el cambio de las normas sociales y la poca conciencia del VIH/SIDA entre la juventud kosovar.

Para controlar el riesgo creciente en el país de una epidemia de SIDA, la OMS y el Instituto de Salud Pública de Kosovo (ISP) decidieron desarrollar un plan de acción integral para la prevención del VIH en septiembre de 2000. Al trabajar estrechamente con otras instituciones sanitarias kosovares, las organizaciones establecieron un comité de VIH/SIDA/ITS dentro del ISP. El 1 de diciembre de 2000, se encargó formalmente al Comité del SIDA en Kosovo (CSK) el desarrollo de un programa nacional de prevención del VIH/SIDA.

El CSK se amplió pronto para incluir representantes de distintos departamentos de la misión de la ONU en Kosovo (UNMIK), organismos británicos, ONG nacionales e internacionales y el Cuerpo de Protección de Kosovo (CPK).

Después de intensas consultas con todos los/las participantes, el CPK decidió, en febrero de 2001, centrarse, en principio, en tres objetivos:

- Incrementar la conciencia sobre el VIH/SIDA entre la población, especialmente entre la juventud.
- Desarrollar una estrategia para la realización de pruebas fiables de diagnóstico del VIH, con asesoramiento de carácter voluntario previo y posterior a las pruebas.
- Establecer un servicio de seguimiento del VIH/SIDA.

En diciembre de 2001, el CSK inició una campaña de concienciación nacional con numerosas actividades. En la campaña, financiada principalmente por el Ministerio de Sanidad Kosovar, participan todos los grupos representados en el Comité. La agencia de la OMS en Kosovo trasladó allí a numeroso personal experto externo. Asimismo, trasladó al Ministerio de

Sanidad a una persona del funcionariado nacional experta en VIH/SIDA para dirigir el CSK y el Departamento de SIDA del Ministerio. En marzo de 2002, contrató a una epidemióloga del CDC (Centro de Control de Enfermedades) para hacerse cargo del seguimiento de la formación de un segundo grupo seleccionado de profesionales de la salud kosovares. A continuación, se contrató a una persona especialista en asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para que impartiera formación al mismo grupo en mayo.

Desde la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la organización Save the Children (USAID/SC) también se han donado 750.000 dólares estadounidenses al PSI con el fin de que se proporcionasen 15 meses de ayuda técnica avanzada al CSK para, entre otras cosas, revisar y desarrollar su plan a medio plazo sobre el VIH/SIDA. En calidad de miembros del grupo del ONUSIDA, UNICEF y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) también proporcionan una ayuda inestimable a todas las actividades del CSK.

A pesar de que Kosovo todavía es una zona con baja seroprevalencia, un enfoque preventivo adecuado, implementado con carácter urgente, disminuirá los índices de infección por VIH. Por tanto, el gobierno y las agencias de la ONU contemplan el VIH/SIDA como una prioridad para la reconstrucción y restablecimiento de las instituciones gubernamentales. Los avances positivos incluyen: el Departamento del SIDA en el Ministerio de Sanidad, un programa de prevención especial en el Ministerio de Cultura, Juventud, Deportes y el Comité Multisectorial del SIDA de Asuntos no Residenciales, así como una implicación activa por parte del Ministerio de Educación.

Xhewat Jakupi, Médico, responsable de VIH/SIDA, Ministerio de Sanidad, Autogobierno Provisional de Kosovo
Tel.: (+377) 44 174 698
(+ 381) 38 512 383, extensión 106
Correo-e: xhewat@hotmail.com

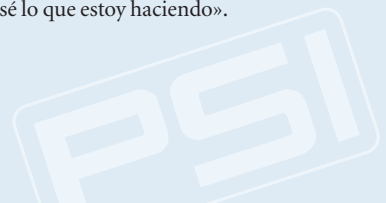
PSI es una organización no gubernamental que emplea la mercadotecnia social para tratar problemas de salud en más de 50 países. Los programas de PSI se centran en la salud de las madres y de sus hijos/as, el espacio de los nacimientos y la prevención del VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. En Kosovo, los proyectos de PSI afrontan la mortalidad materna e infantil, los embarazos en población joven y adolescente o embarazos no deseados, el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Para fomentar la conciencia sobre las ITS, PSI ha llevado a cabo una extensa campaña promocional en radio, televisión y prensa. Asimismo, PSI ha educado a los/las estudiantes de enseñanza secundaria, profesorado y miembros del CPK sobre las vías de transmisión y las medidas de protección ante estas enfermedades.

Para que estas medidas de protección estén disponibles de un modo más generalizado, PSI introdujo en el mercado un preservativo llamado «Love Plus» en abril de 2001 y lo distribuyó no sólo en los lugares habituales (farmacias), sino también en quioscos y supermercados. En la actualidad, Love Plus puede adquirirse en numerosos comercios de todo el país, así como en más del 90% de las farmacias.

Las ventas totales desde abril a diciembre de 2001 fueron de 650.000 unidades y, durante los cuatro primeros meses de 2002, se vendieron 500.000. El éxito de Love Plus se debe a una gran campaña promocional y a un precio asequible. La investigación de mercado de PSI mostró que otros preservativos en el mercado costaban entre 0,75 y 1,75, lo que supone unos precios muy altos para Kosovo, que en la actualidad se enfrenta a una alta tasa de desempleo y otras dificultades económicas debidas al periodo de posguerra que atraviesa.

Como la mejora de la salud sexual de las personas con pocos recursos en todo el mundo es uno de los objetivos de PSI, la organización logró ayuda del FUNAP para subvencionar Love Plus, permitiendo de este modo ofrecer el preservativo por un precio más asequible (0,50). Además, para evitar que la gente piense que el precio económico es sinónimo de poca calidad, PSI afirma que los preservativos se fabrican y someten a pruebas de laboratorio en los EEUU.

PSI tiene la intención de continuar ofreciendo los preservativos Love Plus a un precio modesto, especialmente entre la juventud kosovar. De este modo, las personas pueden actuar responsablemente y evitar embarazos no deseados y protegerse del VIH/SIDA así como de otras ITS. Como dice el eslogan de Love Plus: «Hago lo que quiero, pero sé lo que estoy haciendo».



LA VULNERABILIDAD DE LAS PROFESIONALES DEL SEXO EN LOS PAÍSES DE LA COMUNIDAD DE ESTADOS INDEPENDIENTES

Por Irina Eramova

Profesionales del sexo (PS), industria del sexo, servicios sexuales, todos estos son nuevos términos que han sustituido el término habitual de «prostitución», la cual o bien «no existía» o bien no se hablaba de ella en la URSS. El sexo comercial se ha incrementado tanto en los últimos años que ya no es posible seguir ignorándolo. Por ejemplo, según los datos de los medios de comunicación, sólo en Moscú, más de 70.000 mujeres jóvenes están relacionadas con la industria del sexo. La epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el rápido crecimiento de las tasas de infección por VIH, sobre todo en los grupos con conductas de alto riesgo de infección, hace que las profesionales del sexo sean el grupo más vulnerable para contraer y propagar estas enfermedades infecciosas. Por ello, los servicios de salud y la sociedad en general necesitan prestar especial atención a este grupo.

¿Qué sabemos de las profesionales del sexo?

Generalmente, son mujeres jóvenes (de las cuales, entre el 70 y el 80% tienen edades comprendidas entre los 16 y 25 años) que se han introducido en el negocio del sexo por varias razones. Algunas de ellas se ven forzadas a vender sexo para alimentar a sus hijos/as, otras han perdido su empleo y no pueden encontrar otro, a algunas les gusta ese trabajo y para otras es una manera de ganar dinero. Muchas profesionales del sexo, han finalizado su educación secundaria o tienen estudios superiores. Entre el 20 y el 40% están casadas o tienen una pareja estable. El precio de sus servicios oscila entre 0,2 (o una rebanada de pan) y 150 dólares estadounidenses, según el estatus de la profesional y el lugar donde se encuentre y atienda a sus clientes. Como el negocio sexual no está legalizado en muchos países de Europa Oriental y Asia Central, no hay prostíbulos públicos, lo que lleva a que las profesionales del sexo ofrezcan sus servicios en una variedad de lugares, desde estaciones de tren y calles, hasta bares, hoteles, casinos y saunas, e incluso por teléfono. El número de mujeres en el negocio del sexo se desconoce y cambia continuamente. Por ejemplo, existe el trabajo de temporada, así, es en verano cuando hay más profesionales del sexo en puertos y ciudades balneario; mientras que en otras épocas del año hay menos; o bien su número varía a causa de las redadas de la policía, lo que obliga a las PS a buscar lugares más seguros y, por tanto, a cambiar de emplazamiento.

La investigación realizada acerca de las prácticas sexuales de las profesionales del sexo que trabajan en las calles de Odessa, Ucrania, muestra los siguientes resultados: cada PS tiene de 10 a 20 contactos sexuales a la semana; el 40% practican sexo en grupo; el 70% de los clientes son hombres casados.

Menos de la mitad de las profesionales afirmó que utilizaba preservativos por razones que, a menudo, les resultan más convincentes que la preocupación por su salud. De este modo, por ejemplo, cobran más por servicios sin la utilización de preservativo; además, el mero hecho de demandar al cliente que use preservativo se entiende como que la profesional del sexo ya se ha infectado por alguna enfermedad, lo que le hace perder el cliente. Según varios investigadores, entre el 30 y el 85% de las profesionales del sexo tienen una ITS como resultado de prácticas sexuales de alto riesgo. De hecho, una vez que una profesional del sexo ha contraído una ITS, existe un riesgo elevado de transmisión a la población general. Además, entre el 10 y el 50% de las profesionales del sexo, según diferentes estudios, son usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP) y tienen relaciones sexuales con UDVPs, así como también tienen un riesgo elevado de contraer el VIH a través de UDVPs en los estados de reciente independencia (ERI), que es la región con la seroprevalencia más elevada entre este colectivo.

En gran medida, la vulnerabilidad de las profesionales del sexo se debe a la falta de implicación por parte de la sociedad y del sistema sanitario para enfrentarse a los problemas que padece este colectivo, cuyo estatus no es ni legal ni ilegal. En la antigua URSS las redadas de la policía en las calles y otros lugares en los que las profesionales del sexo y clientes negocian los servicios sexuales son un hecho habitual. La posibilidad de que las profesionales del sexo sean arrestadas por «delitos contra el orden público», «para limpiar las calles» antes de unas vacaciones, por una visita de una delegación oficial, o simplemente para completar la cuota de arrestos exigida a la policía, conlleva que el negocio del sexo sea clandestino. A menudo, las profesionales del sexo se ven obligadas a mantener relaciones sexuales con los agentes de policía gratuitamente. Las redadas frecuentes de la policía perturban a las profesionales del sexo y les hacen trasladarse a otras zonas, lo que implica que las actividades preventivas de ITS y VIH sean más difíciles y, en ocasiones, imposibles.

Otro fenómeno que afecta a los ERI es el permiso de residencia (*propiska*)

En el pasaporte de una persona ha de constar el lugar de residencia, lo que significa que sólo puede obtener asistencia médica gratuita en ese lugar. Esto restringe considerablemente el acceso de las profesionales del sexo a la asistencia sanitaria, con lo que, en el negocio del sexo las mujeres se ven forzadas a acudir a la medicina privada, que normalmente les cuesta más de lo que ganan. Para pagar esta atención, que puede costar hasta

200 dólares estadounidenses, muchas mujeres han de tener un número mayor de clientes y mantener relaciones sexuales sin utilizar preservativos (por lo que pueden cobrar más). Otra posibilidad es recurrir a la automedicación.

Por tanto, es necesario cambiar la política social y las actitudes en el sistema sanitario para reducir la morbilidad de las ITS y la vulnerabilidad entre las profesionales del sexo. Muchas organizaciones no gubernamentales trabajan con éxito en una gran variedad de actividades preventivas dirigidas a las profesionales del sexo. Sin embargo, no es frecuente encontrar servicios sanitarios gubernamentales accesibles y de alta calidad para este colectivo.

La Oficina Regional para Europa de la OMS ha iniciado y financiado varios proyectos para disponer de asesoramiento y atención sanitaria gratuitas a las profesionales del sexo con la intención de incidir en la epidemia de ITS/VIH al tener como objetivo uno de los colectivos más vulnerables con riesgo elevado de infección. Los servicios gubernamentales de atención sanitaria están implementando seis proyectos en la Federación Rusa, Kirguizistán, Tayikistán y Georgia. Estos proyectos han demostrado una colaboración satisfactoria entre el personal médico y las organizaciones no gubernamentales comprometidas con actividades del campo social.

Las voluntarias, que son antiguas profesionales del sexo, distribuyen información preventiva elaborada por organizaciones no gubernamentales, preservativos e información sobre el centro médico al que las profesionales del sexo pueden acudir para consultas, pruebas y asesoramiento de carácter voluntario sobre el VIH y el tratamiento de las ITS. El nuevo enfoque en el tratamiento de las mujeres con ITS ha resultado exitoso; consiste en iniciar el tratamiento de una paciente desde el día de su primera visita a la clínica, sin esperar a los resultados de los análisis, lo que tiene claras ventajas: reduce el tiempo durante el cual la infección puede transmitirse al compañero sexual; asimismo, el tratamiento temprano previene el aumento del número de infecciones y disminuye la necesidad de posteriores visitas a la clínica. El asesoramiento eficaz proporcionado por un/a especialista durante la primera visita le posibilita para adoptar decisiones adecuadas acerca de su salud sexual y la prevención de las ITS. La experiencia en la clínica de profesionales del sexo en Bishkek (Kirguizistán) muestra que, mientras que en el 82% de las profesionales del sexo que eran atendidas en la clínica por primera vez se detectó una ITS, la prevalencia de las ITS entre aquéllas que habían sido atendidas en la clínica con anterioridad se redujo a la mitad o a una cuarta

LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Por Cécile Knai y Viviana Mangiaterra

parte. Además, una atención próxima a las usuarias por parte del personal médico ha incrementado la popularidad de la clínica y ha contribuido a restablecer la confianza de las usuarias en el servicio de atención a las ITS, que se había perdido durante la etapa soviética debido a sus métodos de trabajo represivos.

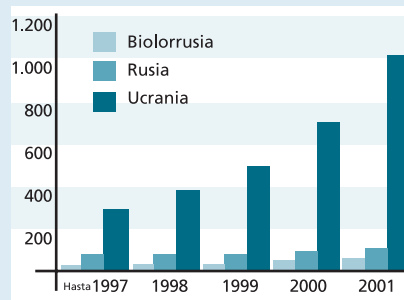
Por ello, a la vista de la epidemia actual de ITS y a la rápida propagación de la infección por VIH, especialmente en los colectivos con conductas de alto riesgo, la implementación de atención sanitaria accesible y de gran calidad, así como el asesoramiento a los colectivos más vulnerables de la población y, especialmente, a profesionales del sexo, se ha convertido en una de las mayores prioridades del servicio de asistencia sanitaria gubernamental. A no ser que consigamos reducir la prevalencia de las ITS y realizar una prevención efectiva entre los colectivos con conductas de alto riesgo, no podremos esperar obtener ningún efecto en la epidemia de forma integral.

Irina Eramova,
[ier@who.dk]
Funcionaria médica,
Unidad de ITS/VIH/SIDA,
Oficina Regional para Europa de la OMS
Tel.: (+45) 39 17 13 45
Fax: (+45) 39 17 18 75

La infección por el VIH en la infancia está incrementándose en todo el mundo. Más de un 90% de esas infecciones por VIH son causadas por transmisión maternoinfantil (TMI), por la que el/la recién nacido/a se infecta de su madre, antes, durante o después del parto, a través de la lactancia materna.

Las tasas de TMI oscilan entre un 15% a más de un 40% en ausencia de terapia antirretroviral (ARV). Esta tendencia es cada vez más preocupante en la región europea. El incremento de las tasas de mujeres en edad fértil infectadas por el VIH tanto en la Región como en los países de alta prevalencia como la Federación Rusa, Ucrania y Bielorrusia, ha llevado a un aumento de bebés seropositivos/as ya desde el momento de su nacimiento.

Fig. 1 Número de niños/as nacidos/as con VIH + en la Federación Rusa, Ucrania y Bielorrusia



Fuente: OMS/UNICEF 2002

Prevención de la TMI

Aproximadamente entre un tercio y la mitad del total de transmisiones del VIH por vía materno-infantil suceden durante el período de lactancia materna, por lo que evitar ésta es uno de los medios de reducción del riesgo de infección por VIH a través de la TMI.

Todavía hay algunas cuestiones en estudio como la influencia del tipo de lactancia, exclusiva o mixta, y el estado de las mamas, sobre el riesgo de transmisión del VIH. Por ejemplo, los factores clínicos de riesgo tales como pezones sangrantes, mastitis y abscesos en los pechos se han asociado con la TMI, al igual que la carga viral de la leche materna. Los estudios sugieren incluso que los preparados para biberón pueden agravar más el riesgo de la infección por VIH de las/los recién nacidas/os. Esto se debe a que los pre-

parados pueden introducir bacterias externas en el tracto intestinal, lo que alteraría la función de las mucosas y su capacidad para actuar como protectoras frente a la carga viral de VIH ingerida a través de la leche materna. Dados los aspectos controvertidos de la lactancia en cuanto a la TMI, el consejo adecuado a las madres en este tema es crucial.

El papel del personal sanitario y los/las responsables políticos/as

Mientras que a la mayoría de las madres se les recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante seis meses, a las madres seropositivas se les debe aconsejar y apoyar en su elección de sustituir la alimentación de su bebé cuando sea asequible, posible, seguro y adecuado.

La declaración conjunta de las organizaciones OMS/UNICEF/ONUSIDA para favorecer la formulación de políticas por parte de los/las responsables sobre VIH y alimentación infantil presenta las siguientes premisas:

- Todas las personas, con independencia de su situación serológica, tienen el derecho a decidir en el desarrollo de su salud y vida reproductiva, así como a tener acceso a la información y los servicios que les permitan proteger su propia salud y la de sus familias.
- Debería darse prioridad a las políticas y programas dirigidos a la reducción de la vulnerabilidad al VIH de las mujeres por factores sociales y económicos a través de la mejora de su estatus en la sociedad.
- La lactancia materna aumenta significativamente las posibilidades de supervivencia del niño/a y mejora su calidad de vida. Por el contrario, la alimentación artificial aumenta los riesgos en la salud del niño/a e incide sobre la mortalidad infantil. La lactancia materna beneficia también la salud materna en la prolongación de los intervalos entre nacimientos y en la protección contra el cáncer de ovarios y mama.

Para aconsejar mejor a las madres, en especial a aquellas que son portadoras del VIH, se recomienda la formación del personal sanitario de atención primaria para posibilitar que las madres seropositivas tomen una decisión plenamente informada sobre el método de alimentación a su bebé, con el fin de apoyarlas en sus decisiones y aconsejar a las madres que no son portadoras del VIH, o cuya situación serológica es desconocida, acerca de la lactancia materna.

El documento de la OMS/UNICEF/ONUSIDA, «Consejo en alimentación infantil y VIH: un curso formativo» está diseñado para posibilitar que las personas formadoras con experiencia limitada en la enseñanza de este tema realicen cursos actualizados y efectivos.

Con respecto a aquellas mujeres con infección por VIH que elijan alimentar a sus bebés

ANTE LA INFECCIÓN POR VIH: EL PAPEL

con un sustitutivo de la leche materna, es de la mayor importancia que los países adopten políticas como la iniciativa «Hospital amigo de los niños y las niñas» y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna para favorecer entre el personal sanitario el suministro de sustitutos de la leche materna sólo en casos específicos (como cuando la madre es seropositiva) y fomentar la lactancia materna para la población general.

Con respecto a aquellas mujeres con infección por VIH que eligen la lactancia materna, las estrategias para reducir la TMI del VIH tienen que ser multifactoriales, incluyendo la reducción de la carga viral de las mujeres que dan el pecho para minimizar el riesgo de infección a los/las niños/as lactantes. Personal experto de la OMS, UNICEF, FUNAP y ONUSIDA concluyeron en octubre de 2000 que se ha comprobado documentalmente la seguridad y eficacia de las terapias antirretrovirales, incluidas las de nevirapina (NVP), para la prevención de la TMI del VIH, así como que el uso de estas terapias garantiza, por tanto, la prevención de la TMI del VIH. La prescripción de toma de la terapia antirretroviral más sencilla requiere una dosis única de nevirapina a la madre en el momento del alumbramiento y una dosis única a la criatura dentro de sus primeras 72 horas de vida.

Un ejemplo de la eficacia de los programas de prevención

Los servicios de prevención de la TMI del VIH/SIDA (PTMI) están disponibles en varios países (por ejemplo en Ucrania, la Federación Rusia y Bielorrusia) y se ha

demostrado su eficacia (tabla 1) debido a la iniciativa conjunta de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales como la OMS, UNICEF y otras instituciones clave desarrolladas de forma continuada. Estos servicios, que incluyen las terapias antirretrovirales como la nevirapina, deberán incluirse en los protocolos de atención mínima para las mujeres seropositivas y sus hijos/as.

Fuentes útiles de información:

- The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes
<http://www.ibfan.org/english/resource/who/fullcode.html>
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
<http://www.ibfan.org/spanish/issue/code02-es.html>
- The Baby Friendly Hospital Initiative / Iniciativa Hospital Amigo de los/las Niños/as
<http://www.unicef.org/bfhi>

Consejo en alimentación infantil y VIH: un curso formativo. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH) Sede de la OMS, Ginebra (documento WHO/FCH/CAH/00.2; UNICEF/PD/NUT/(J)00-1; UNAIDS/99.55E)

Pueden solicitar estas referencias a Cécile Knai.

Cécile Knai [ckn@who.dk] es investigadora de la unidad de nutrición y del programa de salud sexual y reproductiva, de la Oficina Regional para Europa de la OMS.
Viviana Mangiaterra [vma@who.dk] es la consejera regional para el desarrollo y salud en la infancia y adolescencia, de la Oficina Regional para Europa de la OMS

Tabla 1. Mujeres embarazadas seropositivas que reciben servicios de PTMI (prevención de la transmisión materno-infantil) Ucrania 1999-2001

Año	Número de mujeres VIH+	Número de mujeres embarazadas VIH+ que recibieron PTMI TARV	Porcentaje (%)
1999	602	52	9
2001	1.016	782:	77:
		504 - AZT	64% - ATZ
		278 - NVP	35% - NVP

Fuente: Informe de una consulta con socios de UNICEF en apoyo de la prevención de la TMI del VIH/SIDA en la región de Europa Oriental y Central/Comunidad de Estados Independientes.

Informes mensuales de PTMI

www.who.int/reproductive-health/rtis/MTCT/monthly_publications/listing_mtct-reports.htm. Los informes mensuales (*Monthly Intelligence Reports*) recogen un seguimiento regular de las publicaciones relacionadas con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. También recogen los resúmenes presentados en congresos internacionales. Incluyen un breve resumen y comentarios preparados por el Grupo de Trabajo de Burdeos. El ONUSIDA y la OMS encargan estos informes que, posteriormente, están disponibles, como un servicio de información, para los/las responsables de formular políticas, el funcionamiento de salud pública, juristas y personal científico. La inclusión (o exclusión) de material en los informes mensuales no implica el respaldo (o no) por parte del ONUSIDA o la OMS, y los comentarios vertidos son responsabilidad del Grupo de Trabajo de Burdeos.

PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN JOVEN Y ADOLESCENTE DE LA REGIÓN BALCÁNICA

Por Liusk Sanna

En julio de 2001 la Federación Internacional de Planificación Familiar (International Planned Parenthood Federation-IPPF) Red Europea (RE) comenzó el proyecto «Promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva y de los derechos humanos para jóvenes y adolescentes» en la región balcánica.

Este proyecto, con una duración de dos años y medio, lo diseñó el Ministerio de Desarrollo y Cooperación Económica alemán para que fuera implementado en cuatro países, a saber: Bosnia-Herzegovina, Croacia, la República de Macedonia y Yugoslavia, incluyendo la zona gestionada por la ONU de Kosovo. El programa se centra en la prevención del VIH/SIDA entre adolescentes y jóvenes y, además, relaciona la prevención del VIH con el contexto de los derechos y de la salud sexual y reproductiva (SSR).

¿Por qué un proyecto de prevención del VIH en los Balcanes?

Aunque los datos disponibles sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH y número de casos de SIDA en los últimos años muestran que la situación en la región de los Balcanes no es tan grave como en algunos países de Europa Oriental y Asia Central, hay razones para creer que ha existido un subregistro del número de casos, si se utiliza la observación de las prácticas de comportamientos de alto riesgo, como el descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales junto con un bajo uso del preservativo, las altas tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) diferentes del VIH y las prácticas de consumo de riesgo de drogas por vía parenteral. En Croacia, donde la incidencia de la infección por VIH en estos momentos es todavía muy baja en comparación con la UE, el número total de infecciones por VIH registradas ha crecido de 67 en 1990 a 268 en 1999, y en la actualidad se registran aproximadamente 40 nuevas infecciones anualmente.

El deterioro de los sistemas sanitarios y del estado de salud de la población causado por la guerra también es relevante. Durante el período bélico, los servicios de salud tuvieron que atender situaciones de emergencia así como las necesidades básicas inmediatas de la ciudadanía, lo que raramente incluía servicios de SSR. El proceso de reconstrucción se centró principalmente en prioridades políticas y económicas, con lo que los problemas de SSR no formaron parte de la escala de prioridades del gobierno. En Bosnia, el porcentaje del PNB invertido en asistencia sanitaria pasó de un 6,5% en 1990 a un 1,25% después de la guerra. Debido al conflicto bélico, más de un tercio de la infraestructura sanitaria se destruyó o quedó gravemente dañada y se perdió más del 50% del personal médico y de enfermería a causa de su fallecimiento o emigración.

La disponibilidad de servicios de SSR varía según los países, aunque presentan algunas características comunes. Cuando existen estos servicios, su calidad, rentabilidad económica y accesibilidad, con frecuencia, no

son adecuados. Los principales problemas son la falta o el mal funcionamiento del equipamiento, el déficit de medicamentos y suministros médicos y la escasa formación del personal sanitario, los cuales originan un servicio inadecuado. El tratamiento del VIH/SIDA todavía es de difícil acceso o muy caro. Asimismo, los programas de prevención dirigidos a los colectivos con conductas de alto riesgo como UDVP y profesionales del sexo son esporádicos, al mismo tiempo que se carece de una estrategia general a nivel nacional.

El proyecto de la IPPF RE

El proyecto se centra en la prevención del VIH/SIDA entre la juventud, especialmente en los colectivos de alto riesgo y marginados. El programa incluye la defensa de sus derechos, información, educación y comunicación (IEC), y las aportaciones propias de las organizaciones que implementen el proyecto. Para afrontar de un modo integral la salud reproductiva, así como de los derechos de la población joven, las actividades se planificaron prestando especial atención a la integración de los temas de género, la importancia de la educación sexual, el concepto de servicios con una atención próxima a la población joven y la necesidad de implicar en dichos programas a los colectivos marginados y vulnerables.

Todos los sectores beneficiarios están implicados. El colectivo de adolescentes y jóvenes, en calidad de beneficiarios, es el principal destinatario de la formación, que incluye talleres, prestación de servicios sociales en los institutos y mediación juvenil.

Otro objetivo es la divulgación de los temas que el proyecto promueve mediante el debate público sobre SSR, derechos y VIH/SIDA a escala gubernamental y comunitaria, a través de seminarios y debates, campañas radiofónicas y un acontecimiento multitudinario para la juventud. Para ofrecer información SSR adecuada y apropiada se utilizan diferentes medios de comunicación como los boletines informativos, folletos, trípticos y un sitio web creado para el proyecto. De este modo, esta causa se promueve activamente durante todo el proyecto.

Aunque el proyecto no incluye la implantación de servicios como parte de su programa, se pretende la mejora de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de información y prevención SSR y VIH a largo plazo. Se espera que la provisión de servicios mejore mediante la cooperación con personal sanitario y de trabajo social, actualizando su conocimiento y motivándoles a adoptar una actitud próxima con la juventud.

La política y trabajo de la IPPF RE en el campo de la SSR siempre se ha concebido y



SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS DE LOS BALCANES

llevado a cabo desde un enfoque de derechos humanos basado en la *Carta de derechos sexuales y reproductivos*, desarrollada según los acuerdos internacionales sobre derechos humanos. Las ONGs que colaboran utilizan esta Carta como herramienta para defender los derechos de SSR y para que el enfoque desde los derechos humanos sea central en todos los temas relativos a la prevención de VIH y juventud.

Colaboración

A diferencia de muchas agencias y ONGs internacionales, la IPPF RE no mantiene en el país personal externo. Su política es la de trabajar con organizaciones locales autónomas, que sean miembros de la IPPF. Las organizaciones seleccionadas para colaborar con este proyecto en concreto no están relacionadas con la Federación, aparte de la Asociación de Planificación Familiar (APF) en Bosnia-Herzegovina. Estas organizaciones se seleccionaron por su experiencia en el trabajo con jóvenes y su voluntad de hacerse cargo de temas delicados y, a veces, controvertidos, relacionados con la prevención del VIH. Sin embargo, como no todos ellos tienen experiencia en la prevención del VIH, SSR y sus derechos, el proyecto comenzó con una fase previa dirigida a formar a la población en temas de VIH/SIDA y definir el marco del proyecto por medio de la valoración de puntos comunes y diferentes entre los países.

Con este fin, se organizaron tres talleres de ámbito regional en colaboración con tres asociaciones miembros de la IPPF RE, concretamente las APF de Albania, Bulgaria y Rumanía. La participación de estas APF ha motivado la cooperación Oriente-Oriente al impulsar el intercambio de experiencias y de ayuda técnica y experta. Esta cooperación tuvo como resultado el establecimiento de una red de SSR en la región de los Balcanes, contribuyendo de este modo de forma global al fortalecimiento y mantenimiento de las ONGs.

Para la juventud, con la juventud

En todo el mundo, las tasas de ITS incluyendo VIH/SIDA son más altas para las personas con edades comprendidas entre los 15 y 24 años que en cualquier otro grupo de edad. Respecto al VIH, más específicamente, y según los cálculos de la OMS, el 50% de las personas con infección por VIH son menores de 25 años. El contexto en el que la población joven vive su vida sexual y reproductiva ha cambiado considerablemente en los Balcanes, sin embargo, este cambio no ha ido acompañado de apoyos concretos.

Como en muchas otras partes del mundo,

en estos países, la población joven comienza a tener relaciones sexuales a edades más tempranas y con un mayor número de parejas. El hecho de que el período de escolarización se prolongue y que el matrimonio se posponga aumenta las posibilidades de un comportamiento sexual de riesgo. Esta situación está relacionada con los problemas de embarazos no deseados en adolescentes y también de prácticas sexuales inseguras. Generalmente se carece de información sobre estos temas y, cuando existe, no siempre va dirigida a la juventud. La población joven croata se queja de la falta de una educación sexual que se enseñe como una asignatura con entidad propia y de educadores/as específicamente formado en SSR. La educación sexual tampoco forma parte de la formación curricular en colegios de otros países participantes en el proyecto. Por ello, uno de los objetivos del proyecto es aumentar la conciencia pública de por qué y cómo es necesario este tipo de educación para mejorar el bienestar social y personal de la juventud.

Las seis ONGs colaboradoras son organizaciones integradas por personal voluntario que promueve los derechos de la juventud y la justicia social. Su característica común es que son organizaciones llevadas por jóvenes y dirigidas a éstos, y que están abiertas a toda la población joven sin distinción de raza, sexo, orientación sexual, ni las creencias políticas ni religiosas. Además, ya cooperan con los gobiernos y otras ONGs, tienen una buena red de asistencia social a través de sus delegaciones y están asentados en sus comunidades, todo lo cual representa importantes ventajas.

La IPPF RE, en su larga trayectoria de trabajo con jóvenes, considera que el enfoque más apropiado para llevar a cabo un proyecto con jóvenes es implicar a la propia juventud en cada fase. Las seis ONGs colaboradoras constituyeron un grupo base formado por jóvenes voluntarios/as, quienes tendrán un papel activo en la implementación y control de las actividades. Partiendo de la idea de que la población joven conoce mejor sus necesidades, su voz estará presente a lo largo del desarrollo del proyecto, lo que permitirá adaptar el proyecto a este colectivo según las necesidades. Desde esta perspectiva, la población joven pasa de ser beneficiaria a ser agente principal.

La población joven de los colectivos vulnerables y marginales

En los países en los que se aplica el proyecto, la desarticulación del sistema comunista y la guerra posterior explican la gravedad de problemas como la delincuencia, tráfico de personas, el abuso de drogas y las dificultades de las personas refugiadas y desplazadas. Como

resultado, ahora hay una generación de niños/as, adolescentes y jóvenes que están en una situación vulnerable o que pertenecen a colectivos marginados. Estos colectivos están formados, por ejemplo, por la población joven que vive con el VIH/SIDA, profesionales del sexo, usuarios/as de drogas por vía parenteral, personas desplazadas, refugiadas y jóvenes pertenecientes a minorías.

Las necesidades específicas de estos/as jóvenes no se reconocen porque las personas adultas tienden a mirar a la juventud como si se tratara de un grupo uniforme con el mismo estilo de vida, las mismas experiencias, necesidades y oportunidades. En este sentido, este proyecto es un paso en la dirección correcta en cuanto que sitúa a la población joven vulnerable y marginada en el centro de sus actividades y presta atención a sus necesidades específicas.

Algunas conclusiones...

Los resultados obtenidos hasta la fecha son positivos pero se ha de estar alerta para evitar la autocomplacencia y mantener una visión objetiva del impacto de las actividades. A través de la autoevaluación continua, incluso de la participación de la juventud si es necesario, intentamos hacer que este proyecto sea flexible y permanezca vivo para fomentar los servicios de SSR y los derechos de toda la población joven de los Balcanes así como mantener la prevención del VIH como una prioridad.

Liuska Sanna
[lsanna@ippfen.org]
Coordinadora del proyecto
IPPF European Network (IPPF RE)
146 rue Royale
B-1000, Bruselas, Bélgica
(+32) 2 250 09 58

EL FONDO MUNDIAL: ¿CUÁNTO DEBE CADA PAÍS?

Por Tim France, Gorik Ooms y Bernard Rivers, 21 de abril de 2002

Hace casi un año, la mayoría de las naciones del mundo acordó en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) incrementar el gasto anual dedicado a la epidemia del SIDA hasta un importe de 7 a 10 billones de dólares estadounidenses en el año 2005, una gran parte de este dinero se recaudaría y distribuiría por un nuevo fondo mundial. Cuando el fondo creó su mandato se amplió y recibió el nombre de Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Malaria (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*).

Hasta este momento, se han hecho campañas para recaudar el dinero necesario para el Fondo Mundial a través de donaciones *ad hoc* de carácter voluntario. Sin embargo, estas campañas han fracasado. Los gobiernos han contribuido sólo con 1,8 billones de dólares estadounidenses. Las contribuciones del sector privado han sido incluso más decepcionantes, sin ninguna contribución significativa desde que la Fundación Bill y Melinda Gates donara 100 millones de dólares estadounidenses.

Es el momento de plantear un nuevo enfoque. El Fondo Mundial necesita crecer rápidamente hasta el punto de recaudar anualmente 10 billones de dólares estadounidenses. Las aportaciones al Fondo Mundial deberían compararse equitativamente entre los países cuya ciudadanía vive de la forma más cómoda y libre de amenazas. Esto significa que los países más ricos, como los EEUU, deberían contribuir considerablemente más de lo que lo hacen en la actualidad. Pero también significa que las aportaciones deberían provenir de países como Australia, Singapur y los Emiratos Árabes Unidos, que son países relativamente ricos y todavía no han aportado nada.

Parte del problema es que hasta la fecha, nadie ha propuesto la cantidad que debería aportar cada país. La siguiente tabla ofrece un «Marco de aportaciones equitativas» que puede usarse como punto de partida para elaborar un nivel de aportación adecuado para cada país y para valorar en qué medida está cumpliendo ese país con respecto a ese nivel de referencia.

El Marco sugiere que 1 billón de dólares estadounidenses debería provenir del sector privado, como mínimo para justificar el nombre de «colaboración público-privada» y los dos representantes con voto de este sector, de un total de 18, que componen la directiva del Fondo. Los restantes 9 billones de dólares estadounidenses anuales deberían aportarse, en proporción al Producto Nacional Bruto (PNB), por los 48 países que tiene un «alto» Índice de Desarrollo

Humano (IDH). (El IDH de la ONU mide la calidad de vida global basándose en el nivel de vida, esperanza de vida, alfabetización y escolarización).

La contribución propuesta es de un 0,035 del PNB de cada país. En estos momentos, todavía ni un solo país ha aportado esa cantidad. Si tenemos en cuenta, dada la ausencia de datos más fiables, que cada aportación realizada se emplea enteramente para el año en curso, Holanda (con una aportación del 97% del nivel propuesto), Suecia (73%) e Italia (57%) han cumplido razonablemente bien. Diecisiete países han aportado entre el 1 y el 50% del nivel propuesto, Japón y EEUU han aportado un decepcionante 12 y 13% respectivamente; mientras que 28 países «muy desarrollados» no han aportado absolutamente nada. Para más datos, consúltese www.hdnet.org y www.aidspace.org.

Hay que reconocer el mérito de países como Uganda y Nigeria que, a pesar de su pobreza en función de la renta cápita, han realizado aportaciones multimillonarias de dólares estadounidenses al Fondo. Este hecho debería avergonzar a muchos de los 48 países relativamente ricos que han contribuido en poco o nada, sin tan siquiera justificarse.

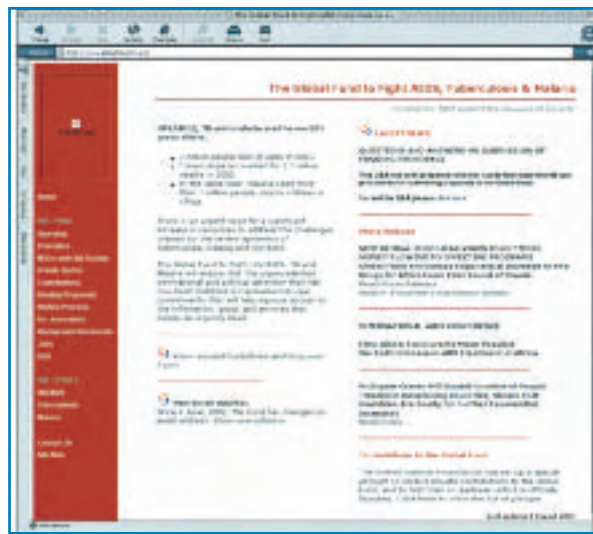
El Fondo Mundial representa un nuevo y audaz enfoque. La Dirección del Fondo dicen que será más ágil, participativo, transparente y responsable que otros instrumentos tradicionales. El Fondo necesita una oportunidad de probarse a sí mismo. Sería una pena que fracasara simplemente porque no ha recibido las aportaciones económicas necesarias para establecerse adecuadamente y para responder a las necesidades más obvias y urgentes.

Nota: Quienes deseen alentar las contribuciones al Fondo Mundial desde su propio país pueden utilizar el Marco para llamar la atención sobre la aportación adecuada de su país, el total de aportaciones ya realizadas, las aportaciones para el 2002 y el importe pendiente. Pueden utilizar estas cifras como base para ejercer presión y otras actividades para aumentar el apoyo al Fondo por parte de sus gobiernos y de las empresas y fundaciones dentro de su país.

Tim France [tfrance@hdnet.org], Health & Development Networks, Tailandia
www.hdnet.org.

Gorik Ooms [msflmoz@teledaa.mz], Médicos Sin Fronteras Luxemburgo, Mozambique.
www.msf.lu.

Bernard Rivers [Rivers@aidspan.org], Aidspace, EEUU
www.aidspace.org.



Principios subyacentes del Fondo:

- El Fondo es un instrumento financiero, no una entidad que implementa las acciones.
- El Fondo pondrá a disposición recursos financieros adicionales para combatir el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y presionará para conseguirlos.
- El Fondo basará su trabajo en programas que reflejen la autoría nacional y el respeto a los procesos de elaboración e implementación dirigidos por cada país.
- El Fondo intentará trabajar de manera equilibrada en función de las diferentes regiones, enfermedades e intervenciones.
- El Fondo perseguirá un enfoque integrado y equilibrado que atienda la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionado con las tres enfermedades.
- El Fondo evaluará las propuestas mediante procesos de revisión independientes basados en los estándares científicos y técnicos más apropiados en función de la realidad y prioridades locales.
- El Fondo intentará establecer un proceso simplificado, rápido e innovador con mecanismos de recaudación eficaces y efectivos, de modo que se minimicen los costes de las transacciones y las operaciones sean transparentes y responsables, basadas en competencias claramente definidas. El Fondo debería hacer uso de los mecanismos internacionales y los planes de salud existentes

«Marco de Aportaciones Equitativas» para el Fondo Mundial, basado en el PNB (21/4-02)

País	Sugerencia de «Contribución equitativa anual» al Fondo Mundial (m. USD)	Cantidad prometida hasta el momento (m. USD y % de Col 2)	Estimación total de cantidades prometidas correspondientes al 2002
Países del G7 con «alto IDH»:			
Estados Unidos	3.479	450 (13%)	250 (7%)
Japón	1.646	200 (12%)	68 (4%)
Alemania*	658	158 (24%)	35 (5%)
Reino Unido*	498	219 (44%)	67 (13%)
Francia*	453	151 (33%)	51 (11%)
Italia*	376	215 (57%)	73 (19%)
Canadá	243	100 (41%)	38 (15%)
Total para los países del G7:	7.352	1.493	580
Países con «alto IDH» que no son del G7:			
España*	195	58 (29%)	19 (10%)
Holanda*	128	125 (97%)	42 (32%)
Suiza*	85	10 (12%)	3 (4%)
Bélgica*	81	19 (24%)	6 (8%)
Suecia*	80	58 (73%)	20 (25%)
Austria*	67	4 (5%)	1 (2%)
Dinamarca*	57	2 (4%)	1 (1%)
Finlandia*	42	2 (4%)	1 (1%)
Grecia*	39	2 (4%)	1 (1%)
Portugal*	37	1 (4%)	0 (1%)
Irlanda*	33	10 (31%)	3 (10%)
Kuwait	10	1 (10%)	0 (3%)
Luxemburgo*	7	3 (41%)	1 (14%)
Argentina, Australia, Bahamas, Bahrein, Barbados, Brunei, Chile, Costa Rica, Croacia, Chipre, República Checa, Estonia, Hong Kong, Hungría, Islandia, Israel, Lituania, Malta, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Qatar, Singapur, Eslovaquia, Eslovenia, Corea del Sur, Emiratos Árabes Unidos, Uruguay	1 a 161	0 (0%)	0 (0%)
Total para los países con «alto IDH» que no son del G7»	1.648	294	99
Totales:			
Total de los 48 países con «alto IDH»	9.000	1.788	679
Total del resto de países**	0	33	11
Total del sector privado (fundaciones y empresas)***	1.000	101	34
Total	10.000	1.922	725

Ejemplo: El PNB en el año 2000 de los 48 países ascendía a un total de 25.569 billones de dólares estadounidenses (USD). El PNB de EEUU de ese año fue 9.882 billones USD, lo que equivale al 38,7% del total. Por ello, si los 48 países compartieran equitativamente la donación de 9 billones USD anualmente al Fondo Mundial (y el restante billón de dólares estadounidenses proviniese del sector privado), la contribución de EEUU sería la de los 3.479 billones USD que se muestra en la tabla. **Fuentes:** Contribuciones: www.globalfundatm.org/files/Financial_contributions.html, www.un.org/News/ossg/aids.htm, y fuentes privadas. IDH: www.wndp.org/hdr2001.

GDP: www.worldbank.org/data/datatopic/GDP.pdf. Las contribuciones son desde el 18/4-02.

Los datos adicionales y las futuras actualizaciones están disponibles en www.hdnet.org y www.aidspace.org. La columna final se basa en fuentes de información privadas y en nuestros propios cálculos, ya que esta información no está publicada. Entendemos que las contribuciones totales son: 2002= 725 millones de dólares estadounidenses (m. USD), 2003= 487 m. USD, 2004= 132 m. USD, 2005= 67 m. USD, 2006= 27 m. USD, más 484 m. USD, para lo cual el año (o los años) no están especificados. También entendemos que las cantidades comprometidas para el 2002 (antes de añadir las aportaciones de la UE, cuando sea apro-

piado) incluyen EEUU = 250 m. USD, Reino Unido = 60 m. USD, Holanda = 40 m. USD, Canadá = 37,5 m. USD, Alemania = 26,5 m. USD. Para otros países y para el sector privado, la parte del presupuesto correspondiente al año 2002 se desconoce, así que hemos asumido que es un 33,8 del total de la cantidad prevista, así se completa el importe total del año 2002 con el de la cifra conocida de 725 m. USD. Además, la información recibida se reflejará en las versiones futuras de esta tabla.

* La Comisión Europea se ha comprometido a aportar la cantidad de 106,9 millones de USD al Fondo Mundial. En la tabla, este importe se ha sumado a las cantidades comprometidas directamente por los 15 países de la UE al Fondo Mundial, en proporción a sus respectivos PNB. Dinamarca, Portugal, Finlandia y Grecia no han realizado ninguna aportación directa, pero, al igual que los demás países, aparecen en esta tabla con las aportaciones de la UE.

** Los países sin «alto IDH» que han donado son Rusia (20 m. USD), Nigeria (10 m. USD), Uganda (2 m. USD), Zimbabue (1 m. USD), Andorra (100.000 USD), Níger (50.000 USD), Liberia (25.000 USD), Kenia (8.273 USD).

*** De los 101,15 m. USD prometidos por el sector privado desde el 18 de abril de 2002, 100 m. de USD los aportó la Fundación Bill y Melinda Gates.

ARMENIA: REDUCCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE LAS PROFESIONALES DEL SEXO

Por K. R. Babayan

El reciente aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el Cáucaso tiene su origen en los problemas socioeconómicos, el desempleo y la pobreza generalizada. La inestabilidad de la región ha llevado a incrementar el número de personas refugiadas y desplazadas internamente (PDI) y de profesionales del sexo (PS). Para el creciente colectivo de PS se esperaría una mayor tasa de ITS, sin embargo, en Armenia, esta tasa, de hecho, ha disminuido.

En 1995, el Centro Médico-Científico de Dermatología e ITS de Armenia (CMCD-ITS) llevó a cabo el primer estudio del país sobre morbilidad y epidemiología entre las PS. Durante los primeros cuatro años del estudio, el porcentaje de infecciones permaneció constante en un 55%. Aproximadamente el 15% de las PS sufrían más de un tipo de infección. En caso de infecciones concurrentes, la paciente es registrada en la siguiente tabla sólo por la primera enfermedad. Esto es, si a una PS se le diagnosticó gonorrea, se incluye en la tabla por este concepto, si luego se le diagnostica sífilis, esta última no se contabiliza en la tabla. Por tanto, la última fila de la tabla se refiere a las personas con al menos una infección y no a las infecciones diagnosticadas.

solteras. El total de las 568 encuestadas declaró haber abortado al menos una vez. Las diferencias en los dos años de los estudios estuvieron relacionadas con las conductas. En 1996, la mitad de las PS nunca utilizaba preservativos. Las razones que citaban con más frecuencia eran "rechazo del cliente" (42%), "problemas para sugerir su uso" (20%) y "confianza en la salud del cliente" (12%). El uso de los preservativos se incrementó espectacularmente en el año 2000 debido al programa formativo para PS en 1999. Sin embargo, las cifras no reflejan fielmente la realidad. Aunque el 87% informaban en ese momento que siempre utilizaban

resultado de las pruebas reveló un porcentaje de portadoras del 31%. De hecho, el centro descubrió que, entre las PS, las ITS con frecuencia están latentes o son asintomáticas. Y, por ello, desde el año 2000, a todas las PS ingresadas en el centro se las vacuna contra el virus de la hepatitis B.

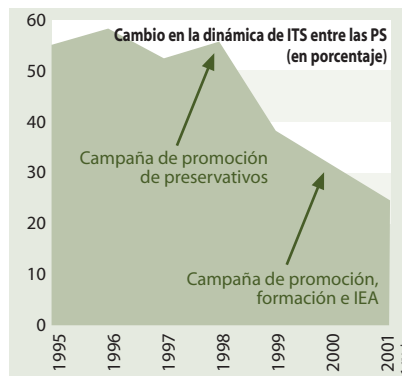
A todas las PS ingresadas se les hacen pruebas de detección de VIH, para lo que se utilizan kits de pruebas rápidas. Las muestras que dan positivo se someten a la técnica *western blot*. Hasta la fecha, sólo tres casos se han confirmado como positivos de VIH (2 en 1998 y 1 en el año 2000).

En septiembre de 2000, el CMCD-ITS desarrolló varias iniciativas bajo el amparo del Aegis (Sistema de información mundial para la educación del SIDA) de la OMS/proyectos europeos dirigidos a los temas de salud reproductiva de las PS. Las actividades incluían información, educación y asesoramiento (IEA) sobre salud sexual y sexo seguro, publicación y distribución de folletos, y promoción del uso de los preservativos mediante sesiones de entrenamiento, información y asesoramiento. El centro también ofrecía consulta ginecológica y psicológica y comenzó trabajos de educación de calle. Cuando se detectaban ITS, el tratamiento y las gestiones se llevaban a cabo utilizando un enfoque sintomático, desarrollado por Armenia, a partir de las recomendaciones de la OMS/Europa.

A través de estas iniciativas, el Centro ha obtenido un mejor acceso al cerrado mundo de las PS y una mayor confianza de las propias mujeres, especialmente mediante las actividades que se desarrollan fuera de la clínica. Aunque estos proyectos a corto plazo no garantizan cambios conductuales a largo plazo, han generado entusiasmo para realizar más educación de calle y una disminución importante en los casos de ITS, del 31,1% en el año 2000 al 24,4% a principios de 2001.

Las próximas prioridades incluyen mantener la continuidad del contacto con las PS, alentar el hábito de las revisiones rutinarias de ITS y promover nuevas medidas preventivas.

A partir de enero de 2002, se está implementando un nuevo servicio; las pruebas de detección de clamidia se realizan entre las PS, junto con pruebas de otras ITS, incluyendo las de VIH. Los resultados serán más precisos y, seguramente, supondrán un aliciente para nuevas aproximaciones en el control y manejo del ITS/VIH.



Incidencia de ITS entre las PS en Armenia.

	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Tamaño de la muestra	270	100	448	100	510	100	668	100	681	100	756	100
Sífilis	56	20,7	87	19,4	76	14,9	91	13,6	32	4,7	15	2,0
Gonorrea	17	6,3	27	6,0	26	5,1	48	7,2	23	3,4	24	3,2
Tricomoniiasis	46	17,0	97	21,7	102	20,0	143	21,4	106	15,6	94	12,4
Otras ITS	31	11,5	52	11,6	70	13,7	98	14,7	94	13,8	102	13,5
Total infectadas	150	55,6	263	58,7	274	53,7	380	56,9	255	37,4	235	31,1

Perfil sociodemográfico de PS, uso del preservativo

El cuestionario del CMCD-ITS mostraba poco cambio en la composición demográfica del grupo entre 1996 y 2000: el 24 y 21%, respectivamente, tenían entre 15 y 19 años, y aproximadamente la mitad tenían entre 20 y 29 años. Aproximadamente el 80% de las encuestadas provenían de familias con rentas bajas, de las cuales el 60% describían a sus padres con escasos recursos. La iniciación sexual estaba relacionada con la violencia para el 10% de las mujeres y había ocurrido antes de los 16 años para casi la mitad de ellas. La gran mayoría de las encuestadas eran

preservativos, preguntas en mayor profundidad mostraban que la mayoría de las PS sólo mantenían sexo seguro con los nuevos clientes y no utilizaba preservativos con sus parejas o con los clientes conocidos.

Finalmente, el estudio mostraba que aunque la mayoría de las PS había oído hablar de las ITS y VIH/SIDA (78% en

1996, 88% en 2000), su conocimiento de los síntomas y los modos de prevención era mínimo. No obstante, el 95% de las que usaban preservativos en el último grupo lo hacían para prevenir ITS y sólo el 5% para evitar embarazos.

Iniciativas recientes

Durante el estudio del año 2000, el CMCD-ITS también tuvo la oportunidad de realizar las pruebas de una muestra al azar de 103 PS para la detección de la hepatitis B. El centro realizó las pruebas, las primeras de este tipo llevadas a cabo en Armenia, y para ello utilizó un kit fabricado por Immunotest, Inc. El

EL VIH/SIDA Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ EN ORIENTE MEDIO

Por Avital Erez e Inon Schenker



Falta texto del pie

Falta texto del pie

En raras ocasiones un agente patógeno puede considerarse un factor mediador del proceso de construcción de la paz. Sobre todo cuando el agente patógeno concreto (el VIH en nuestro caso) afecta de forma tan diversa a las comunidades y grupos en todo el mundo. Este artículo presenta un caso único en la historia de la salud pública moderna, en el que un agente causante de enfermedad se utilizó por una ONG local para reunir a estudiantes de medicina y de salud pública, profesionales sanitarios y educadores/as para la salud de sociedades enfrentadas en Oriente Medio con el fin de desarrollar conjuntamente estrategias y acciones ante la propagación del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.

Desde 1995, más de 350 personas de Israel, Palestina, Egipto, Jordania, Marruecos y Turquía, todas ellas profesionales del sector sanitario y educativo en sus respectivas comunidades, se han unido a la Red Regional de Oriente Medio para el SIDA (MERNA, por sus siglas en inglés). La red, iniciada por el Proyecto SIDA de Jerusalén, ONG ubicada en Jerusalén, servía de foro para desarrollar proyectos compartidos, redes e intercambios entre sus miembros. Ésta fue la primera vez que personal médico y estudiantes de salud pública de las comunidades enfrentadas en Oriente Medio estaban trabajando conjuntamente en un objetivo común: la prevención del SIDA.

En julio de 1995, se celebró el primer taller, con la participación de 62 profesionales: con igual número de personas israelíes y palestinas, algunas personas de Jordania y participantes internacionales de fuera de la región de Oriente Medio (Polonia, Suiza y la India). En los años siguientes se celebraron talleres que reunieron a más profesionales de Oriente Medio. Expertos/as en medicina, salud pública, psicología, trabajo social y metodología estudiaron la epidemiología del VIH en la región, sus estrategias de preven-

ción y atención, desarrollo curricular y derechos humanos. También se debatió y se proporcionó a las personas participantes materiales prácticos y científicos acerca de las actuaciones para la prevención del VIH/SIDA en la educación escolar.

Asimismo, los talleres incluían actividades de grupo en las que los y las participantes discutían y realizaban ejercicios acerca de cómo enfocar la educación de la población joven sobre los riesgos de infección por ITS. Otros asuntos que se examinaron durante el taller incluían la religión y el VIH/SIDA en Oriente Medio, la relación entre la creciente incidencia de SIDA en la región y el proceso de paz, técnicas para la educación en la prevención del SIDA en sociedades conservadoras, la convivencia con el SIDA y las pruebas de VIH.

Uno de los resultados inmediatos de los talleres fue la presentación de propuestas para realizar proyectos e investigaciones en colaboración, así como para realizar talleres conjuntos en Oriente Medio, que serían coordinados por personas que previamente habían realizado los talleres del Proyecto SIDA de Jerusalén.

Sin embargo, en estos momentos, la extrema tensión que se vive entre Israel y

Palestina, y la violencia que desde entonces la región sufre, hacen que se hayan detenido por completo todos los contactos entre las partes relacionadas con el proyecto y con otros similares en otros campos. Los intercambios de correos electrónicos son la única relación de cooperación e intercambio que todavía existe entre los y las participantes de la red.

¿Es una historia de éxito o de fracaso? Un modo de evaluar es mirar los resultados más importantes de MERNA, que continúan a pesar de la violencia y el conflicto. Éstos siguen manteniéndose gracias a las actividades locales de las respectivas comunidades de los y las participantes en los talleres. El considerable aumento en las actividades de prevención del VIH/SIDA (principalmente entre la población joven) documentado en las comunidades palestina e israelí desde el inicio de este proyecto es la prueba más palpable de su mantenimiento y contribución a los esfuerzos para detener una mayor propagación del VIH/SIDA en Oriente Medio.

«He asistido a muchas reuniones del movimiento por la paz» dijo Liat, estudiante de medicina de la Universidad Hebrea y diplomado en uno de los talleres, «pero nunca hubo un clima de diálogo y de cooperación tan bueno entre árabes e israelíes como la que encontré en este taller del SIDA».

«Se ha demostrado que se puede estar por encima de las barreras políticas, religiosas y regionales y que es posible reunirse para un tema que sientes que es importante», dijo Dina, una de las participantes árabes, enfermera palestina.

Avital Erez
[jaipisrael@yahoo.com]
Jerusalem AIDS Project,
POB 7179, Jerusalén
Israel 91072
Tel.: + 972 2 6797677
Fax: + 972 2 6797737
www.aidsnews.org.il

Inon Schenker
[i_schenker@hotmail.com]
Especialista Senior en la prevención del
VIH/SIDA
Ginebra, Suiza

MORTALIDAD MATERNA EN TAYIKISTÁN

Por Rimma Stepanova, Zuhra Ahmedova, Vladimir Schigolev y Umedjon Ibraginov

La mortalidad materna (MM) es un problema complejo directamente relacionado con la educación, el estatus social de las mujeres, la atención sanitaria y los derechos humanos. Casi siempre vinculada con situaciones de pobreza económica y ambiental, la mortalidad materna es notablemente más elevada en los países en vías de desarrollo. El índice de mortalidad materna más bajo se encuentra en el norte de Europa, con tasas de entre 0 y 11 por cada 100.000 nacimientos vivos, y el más alto se halla en algunos países africanos, donde alcanza el 1.000 por 100.000.



En Tayikistán, la tasa de mortalidad materna está comprendida entre estos extremos. En 1997 resultó ser de 64,6 muertes maternas por 100.000 nacimientos vivos, y en 1998 de 99,6 por 100.000 (Evaluación de la población de Tayikistán, FUNAP, 1999). Aunque comparativamente con la media de los países desarrollados estas cifras resultan favorables (480 por cada 100.000 nacimientos vivos), no pueden considerarse adecuadas. Según los datos de MSF del año 2000, la tasa de MM en Karategin, distrito de Tayikistán, fue de entre 120 y 170 por cada 100.000 nacimientos vivos, y en Kulob alcanzó el 1.117 por 100.000.

Según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, la muerte materna se define como «la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, con independencia de la duración y estado del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales».

Esta discrepancia refleja algunos problemas que se encuentran en la adecuada determinación de la MM en esta República.

• Con frecuencia, las muertes ocasionadas por MM no se registran. Hasta los años 90, los partes de defunción en Tayikistán se recompensaban con dinero para los gastos funerarios. Ahora, sin embargo, el registro de la defunción y nacimiento cuesta tres dólares estadounidenses (aproximadamente el 10% de un sueldo mensual). En consecuencia, hay un considerable subregistro de las defunciones y nacimientos relacionados con la MM, fundamentalmente en los distritos rurales.

• La MM a menudo se clasifica erróneamente, especialmente debido a las dificultades para determinar con precisión la causa de la muerte. En algunas ocasiones, el personal médico ni tan siquiera se da cuenta de que la mujer está embarazada. En otras, la muerte por causas obstétricas no se registra como tal si la mujer fallece en la sala de urgencias en vez de en la de maternidad. Y otras veces, la MM se clasifica, a propósito, como algo diferente, por ejemplo, cuando acaece debido a las complicaciones de un aborto clandestino.

Una causa importante de MM en Tayikistán es la débil salud de las mujeres. Un estudio de 1.462 mujeres embarazadas que vivían en zonas urbanas mostró que el 56% padecían enfermedades extragenitales, como la pielonefritis o trastornos endocrinos. Casi el 60% de las mujeres embarazadas del estudio también sufrían enfermedades ginecológicas. Otro estudio sobre 1.311 mujeres antes del parto mostró una malnutrición importante en el 13% de los casos. Dentro de los grupos de malnutrición, el 42% sufría deficiencia de proteínas y déficit de peso superior a 10 kg, mientras que el 65% padecía anemia por deficiencia de hierro (ADH).

Los estudios epidemiológicos rurales en Tayikistán mostraron que, entre las mujeres embarazadas, el 17% comían carne (una fuente clave de hierro y proteínas) sólo una vez a la semana, mientras que el 13% nunca comían carne. Un total del 71% de estas mujeres carecían de micronutrientes tales como el hierro, yodo, ácido fólico y ácido ascórbico.

Causas médicas (1996)

Un estudio de 1996 de 67 casos de MM en clínicas de maternidad confirma este conjunto de problemas de salud maternal: 47 de las fallecidas sufrían ADH; 23, pielonefritis

crónica; y 6, enfermedades cardíacas. En esta muestra, 58 de las mujeres fallecidas provenían de ámbitos rurales. Para 17 de ellas era su primer embarazo, mientras que 31 había dado a luz al menos cuatro veces, y 7 mujeres habían tenido diez partos. Más de un tercio de los casos procedía de grupos de edad de alto riesgo (había 5 adolescentes y 20 mujeres mayores de 35 años).

En el mismo estudio, sólo nueve de las fallecidas habían recibido atención prenatal, y ninguna de ellas había usado nunca anticonceptivos. Según la Evaluación de la Salud Madre-Hijo (MSF-Holanda, 1999), las mujeres rurales de Tajik sabían muy poco sobre la anticoncepción, y en 1996 sólo el 2% de las mujeres que vivían en las ciudades hacían uso de ella.

Se practicaron 30 cesáreas, 9 laparotomías o histerectomías. Las hemorragias no controladas causaron la muerte en 30 casos, y hubo complicaciones anestésicas en 3 casos. Fue imposible llevar a cabo transfusiones o reanimaciones debido a la falta de sangre, productos sanguíneos, antibióticos, etc. Las mayores causas médicas de muerte fueron: sangrado obstétrico (22 casos), eclampsia (15) sepsis puerperal (8) y ruptura uterina (8).

Aunque ninguna mujer de este estudio falleció por complicaciones derivadas de los abortos, la relación entre el abortos y la MM merece un examen más detallado. Las estadísticas de la OMS muestran que, en todo el mundo, entre el 8 y el 13% de los casos de MM normalmente son resultado de complicaciones de este tipo. No obstante, según el Ministerio de Sanidad de Tayikistán (MS), en 1998, cuando los servicios médicos practicaban el 16,1% de los abortos de la república, los abortos restantes (ilegales) representaban una mínima MM, de 0,1 por 100.000. A principio de los años 90, la MM causada por abortos ilegales era del 2 por 100.000 de los nacimientos vivos, lo que representaba el 3,4% de la MM total (OMS, Aborto, 1994). Más recientemente, en 1999, el departamento autofinanciado de abortos de Dushanbe (de 600.000 habitantes) practicó 600 intervenciones, al precio de 3 dólares estadounidenses cada una. Es de conocimiento público que en las clínicas de maternidad pueden realizarse abortos ilegales, de modo que las cifras oficiales disminuyen.

Durante las décadas de 1960 y 1970, cuando las clínicas de maternidad practicaban legalmente todos los abortos, un informe oficial de la intervención recogía cualquier complicación que pudiera darse. Con la salida de la población europea de Tayikistán, las solicitudes de abortos disminuyeron. El registro de abortos ilegales del Ministerio de Salud (MS) puede ser irrealmente baja, sin embargo, a pesar de las dificultades en la

obtención de datos adecuados, todavía parece que el aborto es menos utilizado como medio de control de la natalidad que en otros estados de reciente independencia.

Factores no biológicos

Además de los factores biológicos, otros factores como la pobreza, los bajos niveles educacionales, la falta de disponibilidad de transporte, la distancia hasta la asistencia médica, y la carencia de personal médico cualificado y de equipos de diagnóstico modernos, se relacionan con la MM. Sabemos que las mujeres que dan a luz en las clínicas de maternidad sufren menos MM. En el distrito Jirgital, el 90% de los partos suceden en casa, a menudo sin asistencia médica (Evaluación de salud maternoinfantil, MSF-H, 1999). El 9% de las fallecidas murieron en casa o de camino al Hospital Central del Distrito (HCD). Muchas de las mujeres que lograron llegar al hospital lo hicieron en condiciones críticas, debido a las grandes distancias recorridas y a la dificultad de encontrar transporte. Hasta 1996, sólo una quinta parte de estas víctimas llegaba en ambulancia; en la actualidad, este tipo de servicio no está disponible.

Para muchas mujeres que consiguieron llegar al hospital, el retraso en la intervención quirúrgica resultó mortal. De las mujeres que fallecieron en el HCD de Jirgital, el 18% murieron dentro de la primera hora de admisión, y el 36% en las primeras seis horas. Con respecto al parto, el 7,5% de las víctimas murieron durante el parto y el 86% tras éste. El personal médico estuvo presente en el 90% de los partos mortales en el hospital, mientras que el 7,5% de todos los casos de MM ocurrieron en los hogares, sin tan siquiera la presencia de una matrona.

Recomendaciones

La reducción de la MM en Tayikistán requiere intervenir sobre sus principales causas: la débil salud de las mujeres en edad fértil, especialmente debido a enfermedades extragenitales como la ADH, la deficiencia de proteínas y el déficit de peso; y los factores no biológicos como la escasez de personal médico formado adecuadamente. El riesgo de MM también puede reducirse sustancialmente con una profilaxis inicial, esto es, mediante la disminución de las tasas de embarazos entre la población general. Una mejor planificación del embarazo y de la higiene femenina pueden lograr una disminución de las tasas de MM.

El embarazo no es una enfermedad. Muchas complicaciones obstétricas pueden predecirse de antemano perfectamente, por lo que muchos casos de MM podrían evitar-

se. Para alcanzar la intención declarada por la OMS de reducir a la mitad la tasa de MM existente en Tayikistán en 1990 para el comienzo del tercer milenio, el MS debería tener presente cuatro objetivos:

1. Educar a la población sobre cómo reconocer las situaciones potencialmente peligrosas durante el embarazo, nacimiento y posparto.
2. Mejorar las habilidades profesionales del personal que atiende en los partos.
3. Reducir el número total de embarazos, especialmente los no deseados y los de alto riesgo.
4. Proporcionar a todas las mujeres atención de alta calidad antes, durante y después del parto.

Tener una maternidad en condiciones seguras es un derecho humano esencial. Promover la seguridad materna en Tayikistán debería ser posible mediante el uso prudente de los recursos médicos existentes sin incurrir en gastos económicos indebidos. Un modo de fomentar la salud reproductiva, mejorar la precisión de las estadísticas de MM y disminuir el riesgo de complicaciones mortales derivadas del embarazo y parto, se hace necesario que el MS lleve a cabo las siguientes medidas:

- Adoptar las recomendaciones de la OMS en los informes estadísticos.
- Tener unas estadísticas fiables sobre los abortos y abolir las tasas por el registro de los nacimientos y las defunciones.
- Disminuir la tasa nacional de nacimientos, especialmente respecto a los embarazos no deseados y los de alto riesgo, mediante la disponibilidad general de servicios de planificación familiar y métodos apropiados de control de la natalidad;
- Proporcionar un mejor acceso a las clínicas de maternidad con unidades de atención primaria e intensiva.
- Optimizar la atención al parto y al período posparto, de modo que haya una monitorización adecuada, suministro fiable de sangre, oxitocina y antibióticos.
- Proporcionar a todas las mujeres embarazadas kits de «parto limpio», como los que reciben las embarazadas de Bangladesh (cuya fabricación sólo cuesta 0,25 dólares estadounidenses).
- Equipar los dispensarios de mujeres, salas de obstetricia y clínicas de maternidad con cardiotocógrafos y escáneres de ultrasonidos.
- Formar al personal médico y a las matronas en las medidas preventivas y educativas más económicas que minimicen las complicaciones obstétricas (por ejemplo corregir las deficiencias de proteínas, enseñar higiene a las pacientes y prescribir dosis pequeñas de aspirina y calcio a las mujeres

con riesgo de eclampsia).

- Revitalizar los servicios de laboratorio de la República.
- Implementar un programa de vacunación que proteja a las mujeres embarazadas del tétanos, y a las criaturas recién nacidas del tétanos, tuberculosis, polio y hepatitis B.
- Actualizar los protocolos médicos para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con la salud reproductiva.
- Implementar a escala nacional programas relativos a la salud de las mujeres para prevenir y tratar problemáticas tales como la ADH, deficiencia de yodo, malnutrición e ITS.
- Distribuir en todo el sector de salud reproductiva los manuales de la OMS sobre atención prenatal, atención en el parto, atención infantil y diagnósticos de laboratorio de ITS.

Rimma Stepanova
D.Sc. [bizne@orel.ru],
Tajik State Medical University
Experto Nacional de FUNAP,
Programa de Salud Reproductiva
Tayikistán

Zuhra Ahmedova
[UNFPA.tj@Unda.org]
Funcionaria del Programa Nacional del
FUNAP
Tayikistán

Vladimir Schigolev
[UNFPA.vlad@tojikiston.com]
Coordinador Nacional del FUNAP,
Subprograma de Salud Reproductiva
Tayikistán

Umedjon Ibraginov
[UNFPAPrh@tojikiston.com]
Ayudante de Proyectos de Salud
Reproductiva del FUNAP
Tayikistán

Oficina del FUNAP 734012
39 Aini St.
Dushanbe, Tayikistán

PROMOCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Por Gordana Rajin

En Serbia, la salud reproductiva (SR) entre la población adolescente está marcada por altas tasas de embarazos, abortos (50 por 1.000 mujeres menores de 20 años) e infecciones de transmisión sexual (ITS). Para disminuir estas cifras, el Instituto de Atención Sanitaria Materno-Infantil de Serbia, también conocido como el Centro de la República para la Planificación Familiar “Dr. Vukan Cupic”, o CRPF, inició el Proyecto para la Promoción de la Salud Reproductiva de la Población Adolescente, en febrero de 1999.

A pesar de las condiciones altamente desfavorables para cualquier iniciativa sanitaria en ese momento, el CRPF consiguió introducir un nuevo enfoque, más cercano a la población joven, que ofrece servicios de información para la los/las jóvenes en una gran variedad de ámbitos de la comunidad.

Específicamente el proyecto pretende:

- Aumentar el conocimiento de la población adolescente sobre sexualidad, SR y prácticas de sexo seguro.
- Mejorar las actitudes y habilidades de la población joven respecto a la sexualidad y SR.
- Mejorar la detección y el tratamiento de los problemas asociados a la SR.
- Consolidar colaboraciones sanitarias entre las distintas áreas de la sociedad y el gobierno.
- Fomentar la participación del personal sanitario, profesorado local y mediadores/as juveniles.
- Desarrollar la conciencia comunitaria sobre las necesidades de la población adolescente y el apoyo para servicios de SR cercanos a la juventud.

salud) y un folleto (Promoción de la salud reproductiva de la población adolescente). El “Servicio de Asesoramiento para Jóvenes” cubre las actuales medidas sanitarias preventivas y paliativas, así como la actualización de las actividades educativas y de promoción.

Los/las participantes aprenden que un buen servicio de información de SR debería incluir:

- Educación para la salud de la población adolescente.
- El consejo individual por parte de personas con titulación en: psicología, especialista en medicina preventiva, pediatría y ginecología.
- El diagnóstico y tratamiento de enfermedades de SR en ambos sexos.

Tasa de incidencia de SIDA por 1.000.000 de habitantes en Yugoslavia



Hasta la fecha, el CRPF ha implementado la Promoción de la Salud Reproductiva de Adolescentes en 16 municipios de Belgrado y en otras 8 ciudades serbias. Su objetivo es mejorar la salud reproductiva de la población adolescente y los servicios de la comunidad que la sustentan.

El Centro de información para Jóvenes, integrado por un equipo multidisciplinar del CRPF, dirige ahora dos seminarios diferentes de tres días de duración: «Mantengamos nuestra salud» educa a la población adolescente en temas de SR, mientras que el «Servicio de Asesoramiento para Jóvenes» crea equipos de orientación y asesoramiento formados por personal sanitario, profesorado y mediadores/as juveniles.

La iniciativa «Mantengamos nuestra salud» educa a la población adolescente sobre sexualidad, relaciones entre los sexos, SR, habilidades comunicativas y prevención de ITS y embarazos no deseados. El seminario está diseñado para jóvenes de entre 14 y 20 años y gira alrededor de un original kit instructivo.

Por su parte, el «Servicio de Asesoramiento para Jóvenes» proporciona al personal sanitario, profesorado y mediadores juveniles las herramientas básicas para asesorar sobre SR y sexualidad a adolescentes. El principal objetivo del taller es proporcionar a los/las participantes el conocimiento y habilidades necesarias para abordar las necesidades de SR de la población adolescente de manera efectiva; un segundo objetivo es mejorar el acceso de la población adolescente a los servicios de salud y la aceptación de estos servicios. Este seminario se centra en otro original kit instructivo, que consiste en un guía orientativa (Mantengamos nuestra

Este nuevo enfoque se ha utilizado en dos seminarios. Los/las participantes del primer seminario eran estudiantes, normalmente de segundo o tercer curso de enseñanza secundaria. Al final del seminario, el personal sanitario y docente que lo llevó a cabo ayudó a seleccionar varios estudiantes para participar en el seminario “Servicio de asesoramiento para jóvenes”, en calidad de mediadores/as juveniles. El personal sanitario (pediatras, ginecólogos/as, especialistas en medicina preventiva y psicólogos/as) y el profesorado del Seminario de Asesoramiento son propuestos/as por sus supervisores/as y elegidos/as prestando atención a los deseos y formación previa de las demás personas implicadas.

Las personas participantes se han mostrado satisfechas con el contenido y la metodología (talleres creativos) de los seminarios, así como con los materiales didácticos. Además de la guía y folleto mencionados, una monografía y un cuaderno de trabajo ayudan a asegurar que los temas complejos de SR se presenten multidisciplinar y exhaustivamente.

Los cuestionarios realizados antes y después del seminario muestran no sólo que los/las participantes adolescentes incrementan su conocimiento de SR considerablemente, sino que, además, el personal sanitario y docente participante ha expresado su interés en establecer Servicios de Asesoramiento para la Juventud. Las personas representantes de los gobiernos locales se han mostrado muy positivas al respecto y los medios de comunicación locales han fomentado en gran medida los objetivos del proyecto y del seminario.

Gordana Rajin
[mrajin@eunet.yu]

LA CONFERENCIA DE BARCELONA: UN PASO MÁS EN LA ACCIÓN ANTE EL VIH/SIDA

Por Heather M. Robinson

La decimocuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA tuvo lugar en Barcelona del 7 al 12 de julio del 2002 y reunió a más de 15.000 participantes: personal científico y sanitario, activistas, personas seropositivas y con SIDA y afectadas, así como expertos/as en política. Mediante sesiones plenarias, mesas redondas, sesiones de póster y videoconferencias, los y las participantes en la conferencia compartieron su experiencia sobre el tema de la reunión, «Conocimiento y compromiso para la acción». Esta sesión especial de la conferencia bienal marcó un nuevo paso en la lucha contra el VIH/SIDA. Desde la última conferencia en Durban, Sudáfrica, en el 2000, el movimiento internacional sobre el VIH/SIDA ha avanzado, y se ha convertido en mayor acción y compromiso político, añadido a los importantes logros científicos y educacionales adquiridos durante los pasados 20 años.

Las estadísticas sobre el VIH/SIDA son muy elevadas, vistas desde cualquier ángulo. Las tasas de prevalencia en varias naciones del sur de África sobrepasan el 25% de la población adulta, más de 13,4 millones de niños/as en todo el mundo han perdido a uno o ambos progenitores debido a la enfermedad, y 21,8 millones de personas han muerto de SIDA, según el ONUSIDA. Casi un millón y medio de personas están infectadas en los países industrializados. Gracias a los grandes avances en el acceso a los tratamientos antirretrovirales, muchas personas infectadas en Europa Occidental y América del Norte viven más tiempo. Sin embargo, la enfermedad continúa propagándose mientras la población general en estos países cree erróneamente que la epidemia es algo del pasado. Las cifras continúan creciendo en

Europa Central y Oriental, donde, tan sólo en el 2000, el número de nuevas infecciones en algunas partes de la región fue superior a la suma de los casos en los años anteriores.

La Conferencia de Barcelona transmitió varios mensajes. Como evidencian las estadísticas de la enfermedad, el VIH/SIDA es un tema de urgencia mundial, que no ha dejado a ningún país indemne. Para detener la propagación de la infección, es necesaria una acción inmediata que evite el crecimiento de conflictos y la inestabilidad que alimentan la base de la epidemia. En junio del 2001, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) fijó las prioridades y objetivos, incluyendo el nuevo Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria (léase más en las páginas 12-13) lo que requiere inmediatamente compromisos de financiación e implementación. Basándose en los compromisos de UNGASS, ahora hay una nueva oportunidad para continuar con este trabajo gracias al respaldo de un conocimiento previo ya consolidado. Todas las personas implicadas en los distintos aspectos de la epidemia han de trabajar juntas para alcanzar los exigentes objetivos fijados para terminar con la epidemia. Más aún en la raíz de la vulnerabilidad del VIH, se halla la exclusión social y, en su lugar, debe extenderse la dignidad y el respeto por todas las personas.

Un mensaje clave que se transmitió en la Conferencia de Barcelona es que la prevención y el tratamiento son igualmente importantes como medios para disminuir el impacto del VIH/SIDA. En la Conferencia de Durban del año 2000, se abrió un abismo entre las dos posturas. Por un lado se opinaba que los costes del tratamiento eran dema-

siado elevados y que la única acción posible era aumentar la prevención. Sin embargo, otros opinaban que todas las personas con VIH tienen derecho al tratamiento, con independencia del coste económico que éste supone. La Conferencia de Barcelona unió a quienes defendían posturas diferentes: la de la prevención y la del tratamiento, y ofreció apoyo por igual a ambas. El grupo partidario de los productos que deben usarse para la prevención, como los microbicidas y las vacunas, presentó los avances en el desarrollo y aceptabilidad de dichos métodos. Otro grupo compartió importantes resultados obtenidos para la comprensión de los tratamientos antirretrovirales, y otro grupo mostró ejemplos de que es posible el tratamiento en las zonas más pobres del mundo.

La XV Conferencia Internacional sobre el SIDA se celebrará en Bangkok del 11 al 16 de julio de 2004. Ésta será la segunda vez que la conferencia se celebre en un país con una elevada tasa de epidemia de VIH/SIDA y es de esperar que la comunidad mundial obtenga nuevos logros en la lucha para finalizar esta epidemia.

Heather M. Robinson, MPH
[hrobinson313@hotmail.com]



Sitios web importantes relacionados con la Conferencia y este artículo:

www.aids2000.com,
Sitio oficial de la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA (en inglés).
www.ias.se,
Página web de la Internacional AIDS Society (Sociedad Internacional sobre el SIDA), organizadora de las conferencias bienales sobre el sida (en inglés).
www.unaids.org,
Sitio oficial del ONUSIDA (en inglés).
www.microbicidesnow.org,
Una de las muchas páginas webs que ofrecen explicación y enlaces a los movimientos crecientes para desarrollar productos preventivos, tales como los microbicidas (en inglés).
www.iavi.org,
Sitio de la International AIDS Vaccine Research (investigación internacional para la vacuna del SIDA) (en inglés).

CONSERVACIÓN DE LA CULTURA DE LA VIDA

Por Frances Kissling

Hay una ironía trágica en el papel que desempeña la Iglesia Católica institucional en la comunidad mundial en calidad de suministradora de atención a la salud. Mientras que la iglesia institucional es una gran proveedora de atención sanitaria en todo el mundo (especialmente con aquellas personas que viven en las comunidades más empobrecidas), su política contribuye a crear graves problemas de asistencia sanitaria, concretamente la propagación del VIH/SIDA y la mortalidad materna.

En su encíclica *Evangelium vitae* (El Evangelio de la vida), el Papa Juan Pablo II identifica la anticoncepción como un demo-

Condoms4life (Preservativos para la vida), que ha sido la primera campaña mundial para finalizar con la prohibición de la iglesia institucional sobre los preservativos. Se invita a quienes lean este artículo a unirse a la campaña mundial para finalizar con la prohibición en www.condoms4life.org. A las personas que se unen a la campaña se les pide que se pongan en contacto con sus representantes políticos locales y expresen su apoyo para la disponibilidad de preservativos.

Para aquellas personas que siguen la política del Vaticano y las que proporcionan asistencia sanitaria católica que se ven obligadas a rechazar los preservativos, la prohibición de los obispos es un problema. Hay personas que están muriendo a causa del SIDA, hay mujeres que se enfrentan a embarazos no deseados y que arriesgan sus vidas mientras se les practican abortos en condiciones peligrosas. Tanto las personas católicas como las no católicas no deberían permanecer al margen, ni permitir que la prohibición continuara sin respuesta.

Hay que tener en cuenta que la Iglesia Católica institucional reivindica que proporciona tratamiento para el 25% de las personas infectadas por el VIH/SIDA (se estima que aproximadamente 40 millones de personas vivían con el VIH/SIDA a finales del 2001). Esto significa que, en la actualidad, aproximadamente 10 millones de personas infectadas por el VIH/SIDA están siendo tratadas por una persona que les niega información sobre los preservativos, así como la entrega efectiva de éstos para evitar una posterior propagación de la enfermedad. A los 100.000 hospitales católicos y a las 200.000 agencias de servicios sociales repartidos por todo el mundo que están bajo la jurisdicción del Vaticano se les prohíbe distribuir preservativos y capacitación en sexo seguro, incluso a aquellas personas que no son católicas.

Con el SIDA destruyendo familias en todos los continentes y propagándose cada vez más en Europa, las personas católicas, al igual que las que tienen otras creencias o ninguna, saben que los preservativos son importantes. A principios del año 2002, Kevin Dowling, obispo de Rustenberg (Sudáfrica), resumió el sentir de muchos fieles católicos cuando dijo: «Cuando la gente elige no seguir los valores que como iglesia proponemos, dentro o fuera de nuestra comunidad, lo esencial es la posibilidad real de que una persona podría transmitir un virus mortífero a otra persona en una relación sexual». El obispo Dowling continuó, y finalizó diciendo que «el uso del preservativo puede verse no como un medio de prevenir la “transmisión de la vida” dirigida a un embarazo, sino más como un medio para prevenir la “transmisión de la muerte a otra persona”»

Durante años, los obispos de Francia, Holanda y Brasil han declarado públicamente que debería permitirse el uso de preservativos para evitar la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, el Vaticano, mejor dicho la Santa Sede, en calidad de estado no miembro observador permanente en la ONU, ha usado su estatus político en importantes reuniones humanitarias, incluidas la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing (1995) y, recientemente, la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre el VIH/SIDA, para fomentar una postura religiosa que se opone al uso de preservativos y a una educación de sexo seguro. Además, en respuesta a la manifestación del obispo Dowling, la Conferencia Episcopal de África del Sur emitió una declaración tras su reunión semestral, en la que consideraban y rechazaban un cambio en su política oficial de prohibición del uso de preservativos.

De norte a sur, la campaña *Preservativos para la vida* ha causado un impacto en los medios de comunicación. Las televisiones, radios y prensa escrita nacionales e internacionales han cubierto la campaña, con lo que han creado un verdadero debate acerca del papel que desempeña la jerarquía de la Iglesia Católica en la prevención del SIDA y el impacto de la presión que ejercen de forma continuada contra la educación y el suministro de preservativos.

Aunque los preservativos constituyen sólo un aspecto de una estrategia global para la prevención del VIH/SIDA, y no son y nunca serán la solución definitiva a la epidemia del SIDA, sin embargo, constituyen una herramienta necesaria para muchas personas de todo el mundo con relaciones sexuales sin protección que están en riesgo de resultar infectadas por la mortal enfermedad.

De acuerdo con la afirmación del obispo Dowling de que los preservativos evitan la «transmisión de la muerte», *Preservativos para la vida* es una campaña que fomenta una cultura de vida en la que las mujeres y los hombres tienen acceso a la información y servicios para tomar decisiones responsables y saludables sobre sus vidas reproductivas. Como personas católicas, nos enorgullecemos de la atención a la salud proporcionada por la Iglesia Católica, y vemos la prohibición episcopal como un punto débil que inevitablemente se corregirá.

Frances Kissling
Catholics for a Free Choice
1436 U Street NW, suite 301
Washington, DC 20009-3997
Estados Unidos
Tel.: (+1) 202 986-6093
www.catholicsforchoice.org

A las personas católicas nos importa



¿Y a nuestros obispos?

Prohibir los preservativos mata

Únete a la campaña mundial para
terminar con la prohibición episcopal de los preservativos
Catholics for a Free Choice. www.condoms4life.org
Día Mundial del SIDA 2001

nio que contribuye a la «cultura de la muerte». Por ello, la prohibición de la iglesia institucional del uso de los preservativos para evitar la propagación del VIH/SIDA y los embarazos no deseados se entiende por sus defensores como la «promoción de la cultura de la vida», aunque en un año 3 millones de personas mueran de SIDA y 80.000 mujeres mueran a causa de abortos en condiciones inseguras.

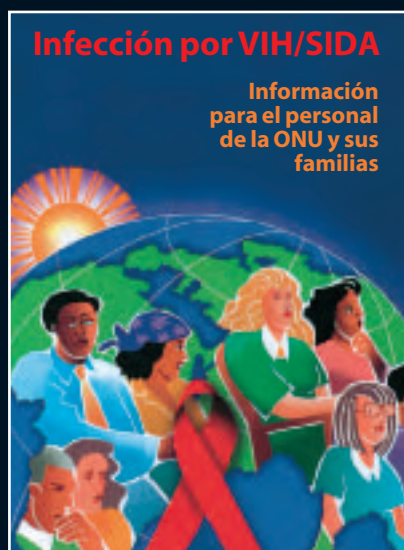
La postura de la iglesia institucional sobre los métodos modernos de anticoncepción no es monolítica y las opiniones presentadas por los representantes de la iglesia institucional están sujetas a distintas interpretaciones. En relación con las posiciones defendidas por la iglesia institucional en cuanto a los derechos reproductivos y salud reproductiva, debería hacerse constar que éstas constituyen una opinión minoritaria. En medio de estas ironías y complejidades es donde *Catholics for a Free Choice* lanzó la campaña



Folletos del ONUSIDA: además de otros muchos recursos sobre VIH/SIDA en la Región Europea, incluida la información sobre la Conferencia de Barcelona y el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el sitio web del ONUSIDA tiene cuatro folletos que tratan la seguridad, las catástrofes, los servicios uniformados y el mantenimiento de la paz. Véase www.unaids.org (en inglés), www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusida.htm (en español).

Infección de SIDA y VIH: información para el personal de la ONU y sus familias

De especial relevancia para el personal de la ONU, este folleto de 54 páginas proporciona una perspectiva general sobre el VIH/SIDA, las pruebas y cómo permanecer informado/a. Véase www.unaids.org.



Prevención de la infección por VIH. Promoción de la salud reproductiva, respuesta del FUNAP, 2002

Anteriormente conocido como Actualización del SIDA, esta es la undécima publicación anual que proporciona información sobre las acciones que lleva a cabo el FUNAP para prevenir la infección por VIH: información sobre salud reproductiva, servicios y suministros que permiten que las personas eviten la enfermedad y se protejan a sí mismas, a sus parejas y a los/las niños/as que todavía no han nacido, de este enfermedad mortal. Esta publicación, también disponible *online*, contempla las estrategias de prevención, los compromisos de los países, las respuestas internacionales, la acción mundial y los retos actuales y futuros.

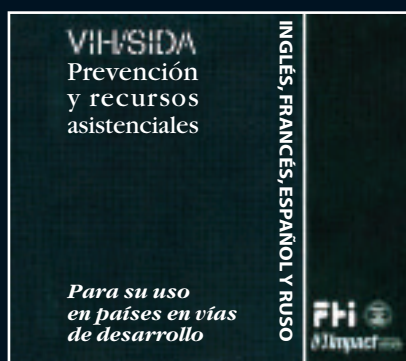
Para cuestiones técnicas sobre el VIH/SIDA, póngase en contacto con:

HIV/AIDS Coordinator FUNAP (coordinador/a del VIH/SIDA del Fondo de Población de las Naciones Unidas, FUNAP)

**220 East 42nd St.
Nueva York NY 10017 EEUU**

[mehat@unfpa.org]

www.unfpa.org/publications/pubmain.htm



Prevención y atención del VIH/SIDA en entornos de recursos limitados: manual para el diseño y gestión de los programas

Esta exhaustiva publicación de 693 páginas (2001) se divide en seis secciones:

1. Diseño y gestión de los programas de VIH/SIDA.
2. Reducción del riesgo y la vulnerabilidad al VIH.
3. Fortalecimiento de los servicios y el manejo de las enfermedades de transmisión sexual.
4. Reducción del riesgo de transmisión del VIH a los/las recién nacidos/as.
5. Reducción del riesgo de la transmisión por vía parenteral.
6. Gestión y apoyo a las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA.

Aunque carece de índice, los 28 títulos de los capítulos convierten la obra en un recurso fácil de usar para todo los/las profesionales de la salud y los/las responsables de formular políticas relacionadas con actividades de VIH/SIDA.

Los recursos de la prevención y asistencia de VIH/SIDA un CD-ROM en inglés, francés, español y ruso que contiene publicaciones con aplicaciones mundiales.

Para publicaciones, póngase en contacto con;

Family Health Internacional FHI AIDS Institute (Instituto Internacional de Salud Familiar)

**2101 Wilson Boulevard
Arlington, VA 22201, EEUU**

Tel.: (+1) 703 516-9779

www.fhi.org

[aidspub@fhi.org]



Investigación de la OMS en salud reproductiva: Informe bienal 2000-2001

Elaborado por el PNUD/FUNAP/OMS/ Programa Especial del Banco Mundial para la Investigación, Desarrollo y Formación en Investigación sobre la Reproducción Humana. Fundado por la OMS en 1972, el Programa Especial coordina, promueve, dirige y evalúa la investigación internacional sobre la reproducción humana. Este informe bienal es una herramienta útil para las personas responsables de formular y coordinar políticas a escala nacional e internacional y contribuye al establecimiento de las normas, estándares y directrices (incluyendo directrices éticas) en el campo de la investigación en salud sexual y reproductiva.

**Puede obtenerse en:
Marketing and Dissemination
Word Health Organization (OMS)
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza**

[bookorders@who.int]

del preservativo

an-
nua-
re-
se-
e



**Feliz Aniversario Entre Nous
Celebración de 20 años de existencia**

ENLACES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA

AEGIS (Sistema de información mundial sobre la educación del SIDA)



www.aegis.com (en inglés);
www.aegis.com/topics/sida/ (en español)
Un recurso excelente con información actualizada constantemente y artículos recogidos de Fido Net®, que conecta con más de 32.000 boletines electrónicos en 66 países. Desde sus inicios, en 1990, Aegis se ha convertido en un servicio fuerte y completamente operativo con una red mundial de usuarios/as. La información disponible es tan extensa (y de tanta confianza) que las organizaciones nacionales e internacionales habitualmente entran en el sistema para conversar o descargar información tanto clínica como sobre las últimas noticias. Un sitio muy fácil de usar con funciones de búsqueda avanzadas y con interfaz del menú al estilo windows.

Terrence Higgins Trust



www.tht.org.uk (en inglés)
Terrence Higgins Trust (THT) es la organización benéfica sobre el VIH/SIDA líder en el Reino Unido y la mayor de Europa. Fundada en 1982, fue la primera organización benéfica en establecerse para responder a la epidemia del VIH y ha estado al frente de la lucha contra el VIH/SIDA desde entonces. En la actualidad, THT es la mayor suministradora de servicios directos a los grupos más afectados por el VIH: varones homosexuales y comunidades británico-africanas. Un sitio lleno de colorido y fácil navegación. La página ofrece un uso ejemplar de gráficos y fotografías. Los enlaces en toda la página se acompañan también de gráficos sencillos pero efectivos.

The Internet Pathology Laboratory Textbook on AIDS Pathology



www.med-lib.med.utah.edu/WebPath/TUTORIAL/AIDS/AIDS.html (en inglés)
Desde un punto de vista microbiológico, la página es interesante e informativa. El texto incluye una discusión general de patofisiología de la infección del VIH, patología orgánica sistemática del SIDA y descripciones de las infecciones oportunistas y neoplasmas relacionados con el SIDA, y una discusión general de temas (incluyendo la seguridad y la educación), en relación con la epidemia del SIDA. Se trata de una página diseñada en general como base de texto, con estilo de segunda generación, que contiene muchas imágenes del VIH/SIDA.

HIVInSite



<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite> (en inglés)
Una de las páginas disponibles más completas y actualizadas sobre el VIH/SIDA. Realizado por la Universidad de California, San Francisco. Es una página con un bonito diseño, barras de menú horizontales e información estadística que avanza en el índice en scroll (de forma dinámica vertical). Su base de datos es extensa y actualizada. También dispone de un manual en línea sobre la política y prevención asistencial del VIH en el enlace Knowledge base.



The Body



www.thebody.com (en inglés)
<http://www.thebody.com/espanol.shtml> (en español)

The Body es un sitio patrocinado comercialmente, que, sin embargo, ha sido el ganador del 2000 *Time Inc. Health FREDDIE Award* para la mejor web de salud. También ha ganado el premio 1997 *Global Infrastructure Award for Community*. La misión de The Body es «usar la web para menguar las barreras entre los/las pacientes y el personal médico. Desmitificar el VIH/SIDA y su tratamiento. Mejorar la calidad de vida de los/las pacientes. Fomentar el trabajo comunitario mediante las relaciones humanas».

Un sitio magníficamente diseñado y de navegación sencilla que contiene información sobre el VIH/SIDA en más de 550 temas.

European Project AIDS & Mobility



www.aidsmobility.org (en inglés)
 European Project AIDS & Mobility (A&M) ofrece apoyo a organizaciones dentro de la UE que proporcionan servicios relacionados con VIH/SIDA a las poblaciones emigrantes. Es un sitio bien diseñado y de fácil navegación, construido a base de *frames* (imágenes fijas). Una de sus características más destacadas es que se puede profundizar en el sitio desde su página de inicio. Hay una barra de menú muy amplia que incluye enlaces a publicaciones, boletines informativos, seminarios europeos, proyectos de investigación, intercambio de visitas, asesoramiento jurídico, información y consejo. A&M también tiene un boletín informativo electrónico sobre recursos existentes sobre la asistencia y prevención del VIH para inmigrantes y minorías étnicas en Europa, tales como:

- Nuevos materiales educativos y bibliográficos recogidos por A&M para su centro de documentación.
- Nuevos libros e informes publicados por A&M y otros.
- Reuniones y sitios web interesantes, etc.

Para sumarse al boletín informativo electrónico, rellene el formulario de la página www.aidsmobility.org/frame_join.htm. Recibirá también A&M News (el boletín impreso de European Project AIDS & Mobility) con carácter bianual y gratuito.

AIDS Foundation East-West



www.afew.org (en inglés)
 La AIDS Foundation East-West (AFEW) es una ONG dedicada al VIH/SIDA que trabaja en los estados de reciente independencia de la antigua Unión Soviética. Esta organización holandesa hace uso del conocimiento, recursos, experiencia y pericia generados por el personal internacional y ruso de la oficina en Moscú de Médicos Sin Fronteras de Holanda.

Una página completa y diseñada al detalle, pero con algunos problemas de navegación. Los tonos suaves muestran una presentación cuidada. La barra principal del menú, cuyos temas se ponen en color rojo al pasar el ratón sobre ellos, incluye *Care & Support* (apoyo y atención sanitaria), *Harm reduction* (reducción del dolor) y *Mass media* (medios de comunicación). También se incluye un mapa que proporciona información sobre los proyectos de AFEW por países.

Johns Hopkins Aids Service



www.hopkins-aids.edu (en inglés)
 Una página muy rigurosa cargada con información actual y una extensa base de datos compuesta por varios miles de publicaciones. De diseño sencillo y fácil uso. La barra de menú en la primera página contiene imágenes y texto. Las demás páginas tienen menús desplegados para obtener información adicional sobre el tema. Hay también un menú situado a la derecha con enlaces generales como: *Sponsors* (patrocinadores), *Site map* (mapa del sitio) y *Search engine* (motor de búsqueda).

The Population & Reproductive Health Portal



www.developmentgateway.org/pop (en inglés)
 The Population & Reproductive Health Portal (POP/RH) (Portal para la Población y Salud Reproductiva), dirigido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FUNAP), intenta ser una base de datos comunitaria, construida en la comunidad, de información compartida sobre desde la comunidad, incluyendo datos, publicaciones, investigación, proyectos ideas y diálogo. Este sitio tiene una excelente función de búsqueda para encontrar temas por situación geográfica y es muy completo. Explore también el resto de *development gateway*.

Entre Nous
*Revista europea
sobre salud sexual y reproductiva*

Oficina regional para Europa de la OMS

Unidad de salud familiar y comunitaria

Scherfigsvej 8

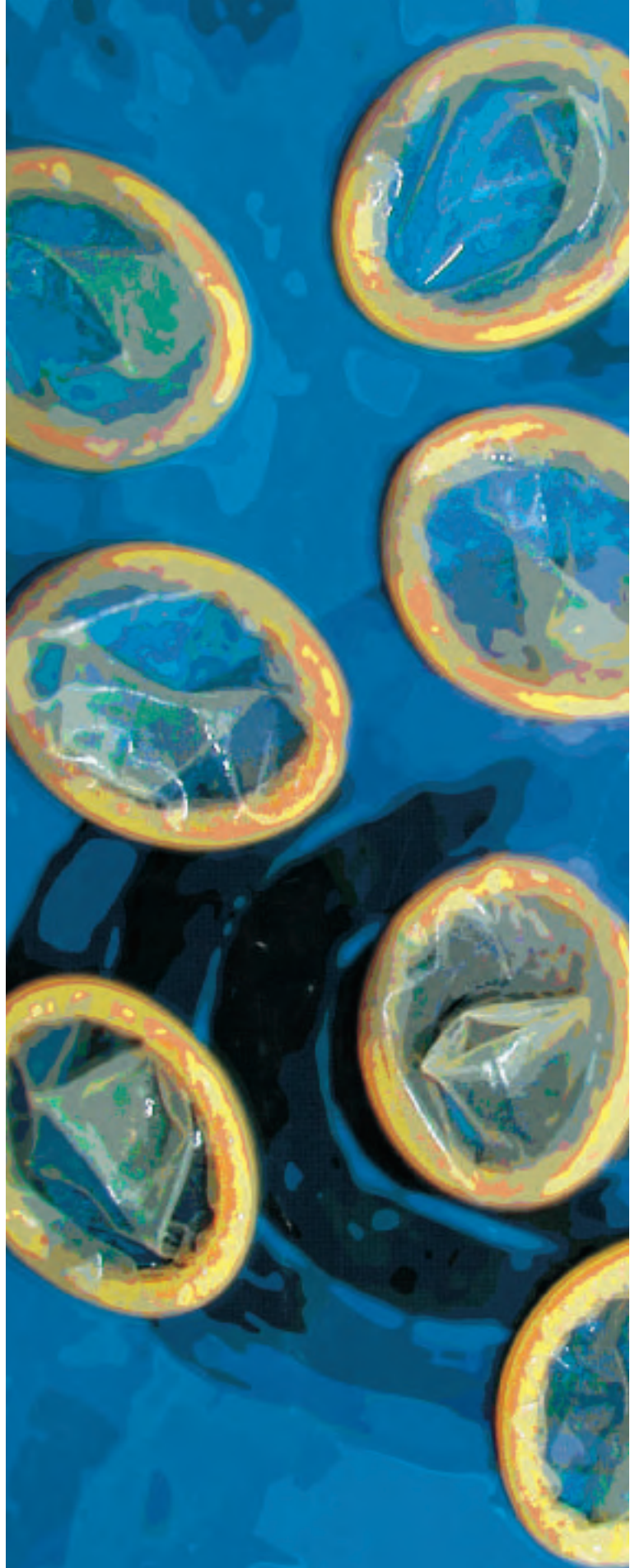
DK-2100 Copenhagen Ø

Dinamarca

Tel.: (+45) 3917 1451 ó 1341

Fax: (+45) 3917 1850

Correo-e: entrenous@who.dk



Entre Nous