

# Las infecciones de transmisión sexual y la pandemia del VIH/SIDA en el ámbito de la salud sexual y reproductiva

José Antonio Izazola-Licea,\* C. del Río-Chiriboga,\*\* K. Tolbert\*\*\*

## Resumen

*La salud reproductiva no consiste solamente en la posibilidad de regular la fecundidad de las mujeres sino también de mejorar las condiciones en que viven su sexualidad, por ejemplo, reducir las infecciones de transmisión sexual a las que están expuestas. Así es conveniente que la salud reproductiva sea reconcebida como Salud Sexual y Reproductiva.*

*En México, hay dos tendencias del SIDA en mujeres: una descendente asociada a transfusiones (46% del total) y otra en incremento por transmisión sexual del VIH. La transmisión perinatal del VIH también se encuentra en ascenso. Con el uso de Zidovudina se logra disminuir la transmisión perinatal del VIH en 70%; en México se calcula que por cada peso invertido en prevención de este tipo, se obtiene casi diez veces (9.2) su valor en beneficio económico. Aún así, existen coberturas incompletas de atención a mujeres sero-positivas embarazadas. A nivel de políticas públicas, se han señalado como prioritarias la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual, en especial el VIH, sin embargo, la operacionalización de su prevención y tratamiento queda aún por evidenciar su nivel óptimo. Por ejemplo, es necesario discutir nuevamente los contenidos del paquete básico de servicios de salud para enmendarlo e incluir a las infecciones de transmisión sexual.*

**Palabras clave:** SIDA, VIH, salud de la mujer, salud sexual y reproductiva, ITS.

## Summary

*Reproductive health means more than the potential for the regulation of women's fertility. It also deals with improvement of the conditions under which women experience sexuality, e.g., the sexually transmitted infections to which they are exposed. It is imperative that reproductive health be reconceived as sexual and reproductive health..*

*In Mexico, there are two AIDS subepidemics among women: a) a declining one in transfusion-associated cases (46% of the total), and b) an arising trend due to sexual transmission. Perinatal HIV transmission is also increasing. The use of zidovudine diminishes perinatal HIV transmission by 70%. In Mexico, it is estimated that for each dollar invested in prevention of this path of HIV transmission, there is an economic benefit of almost 10 times greater (9.2). Even so, there is still incomplete coverage of health care services for pregnant HIV-infected women. Public policies in Mexico have characterized the prevention and control of sexually transmitted diseases, especially HIV/AIDS, as being of the utmost importance. However, optimal operationalization of these goals is still not evident. For instance, a review and amendment of the contents of the national basic health care package is required. This package must include specific interventions against sexually transmitted diseases.*

**Key words:** AIDS, HIV, women's sexual and reproductive health, STI.

\* Coordinador Ejecutivo, Iniciativa Regional sobre SIDA en América Latina y el Caribe, Fundación Mexicana para la Salud.

\*\* Profesor Asociado de Medicina, Departamento de Infectología, Escuela de Medicina, Universidad de Emory.

\*\*\* Directora, Programa Regional de Género, Population Council.

## Introducción

La salud reproductiva ha sido, por mucho tiempo y en muchos países, sinónimo de planificación familiar y provisión de métodos de anticonceptivos por parte de proveedores de servicios en clínicas y hospitales dedicados a la atención materna.

Sin embargo, al principio de la década de los 90's, y debido en gran parte al éxito de los servicios de planificación familiar, hubo un cambio importante en la definición moderna de la salud reproductiva. Tras iniciativas internacionales como la de "Maternidad sin Riesgos" y un interés renovado en las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tanto por su relación con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), así como por la afectación poco conocida en mujeres no dedicadas al sexo comercial, quedó en claro que la salud sexual y reproductiva de la mujer no consistía sólo en la posibilidad de regular su fertilidad, sino que también se refiere a las condiciones bajo las cuales llevan su vida sexual y reproductiva, de las infecciones a las que están expuestas y de los abortos, frecuentemente complicados que les restan salud y vida.

En la preparación de dos conferencias internacionales claves en esta materia, sobre Población y Desarrollo en El Cairo y sobre la Mujer en Beijing,<sup>1</sup> hubo una gran concordancia de temas, si bien no necesariamente armonía entre los grupos luchando para los derechos de la mujer (en su mayoría ONGs y agencias internacionales) y se concluyó que la salud reproductiva de la mujer tendría que visualizarse de manera integral, y por definición incluiría el ejercicio de una sexualidad libre de violencia, de coerción y presiones y libre de infecciones de transmisión sexual. La atención a la salud reproductiva debería incluir a todas las mujeres, no sólo a las madres, y tener un enfoque de calidad definido como un trato digno y amable; información adecuada y accesible; consentimiento informado; acceso a una diversidad de métodos anticonceptivos; detección ITS y de Infecciones del Tracto Reproductivo (ITR); cuidados prenatales, obstétricos y post-natales; cuidados post-aborto incluyendo consejería o procedimientos de riesgo reducido y anticoncepción; y servicios para adolescentes.

En suma, el mandato es que los servicios de salud reproductiva deberán ser integrales y de una mejor calidad técnica y humana.

De esta forma, los "Nuevos Aires de la Salud Reproductiva", deben llevarnos a un cambio de nombre. Es impostergable que esta área sea concebida como Salud Sexual y Reproductiva. La salud sexual y reproductiva, concierne no solo a las mujeres en edad fértil, sino también a las mujeres en otras edades (adolescentes y mujeres postmenopáusicas), así como también a los hombres. Sin este cambio conceptual que incluya la salud sexual no necesariamente procreativa, corremos el riesgo de no beneficiar a las mujeres y a los hombres en su calidad de vida, y solo tener un Programa de Planificación Familiar con un nombre más elegante.

Quizá el mayor reto al que actualmente nos enfrentamos para el control de las ITS, incluyendo al VIH, es justamente su integración en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, pero sobre todo en la atención integral a la población.<sup>1</sup>

Las ITS han sido un problema desde la antigüedad, sin embargo, su control no se había considerado como prioritario debido, entre otras causas, a su baja mortalidad y a la invisibilidad de la discapacidad causada, particularmente entre las mujeres. Esto ha cambiado a nivel mundial a partir de la aparición de la epidemia del VIH/SIDA a principios de la década de los 80's y de que se detectó que las infecciones de transmisión sexual en general y los padecimientos ulcerativos genitales en particular son excelentes facilitadores de la transmisión sexual del VIH. Es por esto que hoy en día ha surgido un renovado interés en su control y se puede decir que el control de las infecciones de transmisión sexual junto con la reducción del número de compañeros o compañeras sexuales y la promoción del uso del condón son las acciones más importantes en la estrategia de prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA.<sup>4</sup>

Aunado a la problemática general de la pandemia del SIDA, las mujeres se encuentran en riesgo elevado de contraer ITS o VIH por su sola condición de ser mujeres, en una sociedad en la que el rehusarse a tener relaciones sexuales o exigir que sus parejas utilicen un condón implica exponerse a ser golpeadas, vejadas o incluso lesionadas de

gravedad. Por ello los programas de prevención y control de ITS deben esforzarse especialmente por hacer accesibles servicios adecuados a las mujeres y facilitar que las mujeres los utilicen. Adicionalmente, se debe promover tanto, como sea necesarias, reformas legales y sociales que le permitan a la mujer proteger su salud.<sup>4</sup>

### *Las infecciones de transmisión sexual (ITS)*

En la mujer, la enfermedad inflamatoria pélvica, el dolor pélvico crónico y la infertilidad son secuelas importantes de ITS pero, en particular, de las causadas por la clamidia y el gonococo.<sup>5,6</sup> A su vez, la enfermedad inflamatoria pélvica tratada inadecuadamente, por sus efectos sobre las trompas de Falopio que conducen a cicatrización y estenosis, conlleva como principales complicaciones la infertilidad y el embarazo ectópico.<sup>7</sup> Otra complicación importante es el carcinoma cérvico-uterino, el cual, en aproximadamente 80% de estas neoplasias, es una consecuencia de la infección por algunos tipos de virus del papiloma humano.<sup>8</sup> Finalmente, algunas infecciones transmitidas sexualmente pueden pasar de la madre a su hijo durante el embarazo o al momento del nacimiento. Entre ellas podemos mencionar a la sífilis, el VIH, la hepatitis B, la gonorrea y la clamidia.

Las ITS pueden ser clasificadas por su agente etiológico (a cada etiología le corresponde una variedad de presentaciones clínicas), o bien, por síndromes clínicos (a cada síndrome le corresponde una variedad de agentes causales). El diagnóstico etiológico es importante, sin embargo, es difícil, porque existe una gran cantidad de agentes patógenos, por lo que, dependiendo del medio y la accesibilidad de métodos de diagnóstico se debe tomar una decisión sobre cuál es el manejo más apropiado para los casos, de tal forma que se pueda ofrecer el mejor diagnóstico posible y la mejor alternativa de tratamiento.

Ante el gran número de agentes patógenos que pueden ser adquiridos y/o transmitidos por vía sexual y a que, con frecuencia, no ocurre transmisión de un solo agente se ha hecho un esfuerzo a nivel mundial para que se adopte un manejo "síndromático" de las ITS. Este manejo también se justifica en virtud de que muchos de los estudios de

laboratorio necesarios para el diagnóstico correcto de los agentes que causan las ITS, no son fácilmente accesibles. En el manejo síndromático, el clínico diagnostica y trata al paciente basándose en un conjunto de síntomas y hallazgos y no con base en un padecimiento específico.

Además, debido a que la cervicitis purulenta puede ser manifestación tanto de gonorrea como de uretritis no gonocócica (causada habitualmente por *C. trachomatis*), el paciente recibe tratamiento para ambas independientemente de las pruebas diagnósticas que se lleven a cabo.

### *Información epidemiológica sobre infecciones transmitidas sexualmente en México*

La epidemiología de las infecciones de transmisión sexual y de las infecciones del tracto reproductivo en mujeres se ha estudiado en varios centros, a través de los reportes de los médicos tratantes como las estadísticas de diagnóstico en los centros de salud. Hasta el momento no hay estudios epidemiológicos de mujeres, a nivel regional o nacional, pero si hay algunos de servicios clínicos que sirven de orientación. Un estudio reciente del Population Council en tres estados de la República muestra la epidemiología local en mujeres que asisten a unidades de atención de la SSA (Comitán, Chiapas y Oaxaca, Oaxaca), así como a un servicio de planificación familiar del IMSS en (Acapulco, Guerrero).<sup>9</sup> Estos datos, son el resultado de muestras tomadas por médicos capacitados, analizadas y confirmadas en laboratorios especializados, los resultados son consistentes con otros estudios similares en muestreos publicados y no publicados sobre mujeres.<sup>10,11</sup>

Estos estudios son muy útiles para el propósito de operacionalizar los servicios de ITS, porque miden prevalencias entre mujeres que acuden a servicios médicos generales y de salud reproductiva no necesariamente relacionados con ITS, y de mujeres en las comunidades que son potenciales usuarias de estos servicios.

El estudio muestra que hay una gran proporción de mujeres con vaginosis bacteriana, una infección del tracto reproductivo inferior que causa molestias y está implicada en la enfermedad pélvica inflamatoria. Otro dato preocupante es la prevalen-

cia de las ITS estudiadas en Chiapas, tanto en mujeres que asisten a clínicas de consulta externa como en mujeres de un ejido.

Los datos también sugieren prevalencias bajas de las otras ITS. En contraste con otras regiones como en Africa sub-Sahara, no se observó una frecuencia elevada de infecciones ulcerativas, siendo éstas las mayormente implicadas en la facilitación de la transmisión del VIH.

Hacer una estimación de la verdadera epidemiología de las ITS en México requiere de estudios con base poblacional, cuyo costo es elevado en cuanto a la capacitación técnica y los reactivos. No tan alto es el costo de conocer la epidemiología local de los hospitales de referencia y sus alrededores. Este tipo de estudios permite involucrar al personal del hospital en el tema, y diseñar cursos locales de capacitación, así como determinar las necesidades médicas y preventivas de un área geográfica. De igual manera, sirven para orientar un esfuerzo epidemiológico más concentrado para detectar brotes, como puede ser el caso de Clamidia en Chiapas.

Las ITS requieren de especialistas en su control y a la vez requieren de un esfuerzo de capacitación al personal médico y de planificación familiar. El costo-efectividad en el primer nivel de atención puede ser muy positivo si se trata de infecciones fáciles de reconocer y con alta prevalencia en la población, como la vaginosis bacteria. Se pueden establecer centros de referencia para los casos en que se tenga sospecha de infecciones más complicadas y costosas de confirmar como Clamidia. Estos estudios sirven también para adecuar los algoritmos clínicos a la realidad epidemiológica y social de cada subregión.

#### *La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*

Hoy en día, la epidemia del VIH/SIDA es uno de los principales problemas de salud para las mujeres en edad reproductiva. A nivel mundial se estima que en 1997 existían 22.6 millones de personas viviendo con VIH, incluyendo a los que ya han desarrollado la enfermedad y aquellos aún asintomáticos. De este total, 9.2 millones es mujer, 12.6 es hombre y 830,000 son menores de 15

años. A nivel mundial, se estima que ocurren 8,500 infecciones diarias por VIH (7,500 en adultos) fundamentalmente en países en vías de desarrollo (90%). De las infecciones nuevas por VIH, 42% en 1996 ocurrió en mujeres adultas.<sup>12</sup>

Hasta el primer trimestre de 1997, se habían notificado 30,970 casos acumulados de SIDA en la República Mexicana. La curva epidémica de casos de SIDA sigue en aumento, y aún no encuentra un pico máximo de crecimiento. La razón de casos por género, es decir, el número de casos en hombres por cada caso de SIDA en mujeres es de 6:1, con lo que se han notificado en forma acumulada 4,321 en mujeres adultas, y 26,649 en hombres (87%). Asimismo, el diagnóstico de este padecimiento ha sido en población joven (76% en el grupo de edad 20-44).

En las mujeres coexisten dos subepidemias: una de casos asociados a transmisión sanguínea que va en disminución; y una asociada a transmisión sexual que pareciera ir en aumento.

El antecedente de transfusión sanguínea, la baja escolaridad y el tener una pareja sexual portadora del VIH o enferma de SIDA, se han asociado a la presencia de infección por VIH en mujeres en México.<sup>13</sup> El componente asociado a transmisión sanguínea en mujeres representa el 46% del total acumulado en ellas, y es derivado fundamentalmente de aspectos gineco-obstétricos. La principal razón para su descenso es el control estricto en bancos de sangre y la prohibición de la comercialización de paquetes sanguíneos y sus derivados tomada en 1986-87 por el Gobierno Federal y que se han mantenido como una política central de los programas nacionales de salud desde entonces.

En cuanto a la transmisión sexual es necesario establecer con mayor claridad los factores de riesgo específicos que expliquen la infección por VIH en estas mujeres, incluyendo las prácticas de sus parejas sexuales. A manera de ejemplo, un estudio muy reciente mostró que la infección por VIH se diagnostica en mujeres a una edad menor que en hombres (44% de las mujeres tenían entre 15 y 24 años de edad en comparación con tan solo 21% de los hombres) lo que sugiere que las mujeres tienen relaciones sexuales con hombre mayores y que, por tanto, se infectan a una edad menor.<sup>14</sup>

Del total acumulado de casos notificados en menores de 15 años, casi dos terceras partes (59%)

obedecen a transmisión perinatal; para los casos notificados en 1997 este porcentaje alcanza 71%.

### *Transmisión perinatal del VIH*

La transmisión vertical del VIH es la principal forma de adquisición de la infección en niños a nivel mundial y en México. Si una mujer con infección por VIH se embaraza, la posibilidad de que ocurra transmisión del VIH a su producto se estima en uno de cada cuatro embarazos (24%) cuando no se administra tratamiento antiretroviral. Vale la pena señalar que el margen encontrado en diversos estudios de transmisión perinatal, varía de 15 a 40% dependiendo de las características de la población estudiada.<sup>15</sup> Diversos factores se asocian con un mayor riesgo de transmisión vertical del VIH incluyendo el grado de inmunodeficiencia, el nivel de RNA proviral en la madre,<sup>16</sup> ruptura de membranas por más de 4 hrs. antes del parto<sup>17</sup> y alimentación al seno materno.<sup>18</sup>

Sin embargo, se desconoce el efecto neto de la alimentación al seno materno en la transmisión del VIH a nivel poblacional. Es muy probable que su papel en la epidemia sea muy pequeño. En cualquier caso, dadas las ventajas en la población infantil de la lactancia materna, en países en donde no se cuenta con sistemas adecuados de nutrición infantil para sustituir la leche materna no se debe desalentar la promoción de esta práctica; por el contrario, en los países en los que se cuenta con sistemas adecuados alternativos de nutrición infantil, se recomienda que las mujeres seropositivas no amamenten a sus hijos, para disminuir al máximo esa posible ruta de infección.<sup>19-21</sup>

### *La prevención de la transmisión perinatal del VIH*

En el año de 1994 se dieron a conocer los resultados de un estudio multicéntrico ACTG 076 controlado, con placebo, realizado en los Estados Unidos, que demostró por primera vez que era posible disminuir el riesgo de transmisión perinatal del VIH en dos terceras partes, es decir a un nivel de transmisión vertical de 8% en mujeres tratadas mediante la administración de zidovudina durante el embarazo y el parto, así como al recién nacido.<sup>22</sup>

Luego de conocerse los resultados de dicho estudio clínico, el uso de zidovudina se recomendó de manera rutinaria para prevenir la transmisión perinatal del VIH.<sup>23</sup> Mediante la adopción de dichas recomendaciones ha sido posible disminuir el número de casos nuevos de SIDA en niños en los Estados Unidos en 27% entre 1992 y 1995<sup>24</sup> con lo que, por vez primera, se cuenta con una intervención farmacológica eficaz para prevenir la infección por VIH.

En México, las recomendaciones para disminuir la transmisión perinatal del VIH se incorporaron al Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, así mismo, se ha establecido como meta, disminuir la transmisión perinatal en 50% para el año 2000.<sup>25</sup> Se asume que la seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas a nivel nacional es de 0.09%,<sup>26,27</sup> según el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA).

Sin embargo, la utilización de zidovudina durante el embarazo para prevenir la transmisión perinatal está lejos de ser una práctica universal porque, en la gran mayoría de los países del mundo donde el SIDA tiene su mayor impacto, el costo de las pruebas de detección y de la zidovudina necesaria para la prevención perinatal es inaccesible. Es por ello que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA (ONUSIDA) y otros organismos como el Instituto sobre SIDA de la Universidad de Harvard, han iniciado una serie de estudios en países de escasos recursos para probar estrategias de prevención más accesibles. Desafortunadamente, los resultados de dichos estudios aún no se conocen.

En la actualidad se recomienda ofrecer la detección del VIH a toda mujer embarazada de manera voluntaria,<sup>28</sup> sin embargo, se ha propuesto que la detección obligatoria es la manera más apropiada de enfrentar el problema.<sup>29</sup> Un estudio reciente realizado en Carolina del Norte en los Estados Unidos, donde existe un programa de detección voluntaria eficaz,<sup>30</sup> sugiere que la detección obligatoria no aumentaría la eficacia del programa.<sup>31</sup> Por otro lado, existen consideraciones éticas y legales de importancia,<sup>32</sup> por ejemplo, en México, la "Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el VIH", establece que toda detección deben regirse por los principios de consentimiento informado, por lo que la detección

obligatoria del VIH es violatoria de dicha normatividad, agravada cuando no se provee consejería psicológica adecuada.

Finalmente, se debe mencionar que los promisorios resultados con el uso combinado de antiretrovirales para el tratamiento de pacientes con infección por VIH<sup>33</sup> han hecho que la monoterapia con zidovudina ya sea obsoleta. Dado que la terapia combinada logra disminuir de manera muy importante la cantidad de RNA del VIH en el plasma - incluso a niveles inferiores del límite de detección de la prueba- y que, como se mencionó anteriormente, el nivel de RNA proviral se correlaciona con el riesgo de transmisión, es necesario emitir nuevas recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal mediante antiretrovirales, incluyendo los nuevos inhibidores de proteasas.

Se puede concluir que la prevención de la transmisión perinatal del VIH es una realidad, pero que está lejos de lograr que los avances tecnológicos de dicha intervención preventiva lleguen a todas las mujeres que lo necesitan, en los países en desarrollo.

#### *La importancia de las ITS en la epidemia del VIH/SIDA*

Se ha demostrado que existe una interrelación entre las ITS y el VIH que conduce a una mayor transmisión de este virus en presencia de las primeras,<sup>34</sup> una progresión acelerada de la infección por VIH en presencia de algunas ITS y un cambio en la historia natural y la respuesta al tratamiento de las ITS en presencia de infección por VIH<sup>35</sup> De estas tres interacciones, el que las ITS faciliten la transmisión del VIH podría explicar algunas de las diferencias en la transmisión del VIH de una región geográfica a otra,<sup>36</sup> aún sin descartar un probable papel de la variabilidad viral: dos subtipos (VIH-1 y VIH-2), y diez variantes del VIH-1 (de la A hasta la I, y la O).<sup>37</sup>

Las ITS que causan ulceración genital son las que más se han asociado a una mayor susceptibilidad individual y transmisión del VIH pero se ha demostrado que otras ITS que no causan ulceración genital, pueden también estar asociadas.<sup>38</sup>

#### *Atención integral a la salud reproductiva*

Aunque en el nivel de agencias internacionales y gobiernos, existe acuerdo en la importancia de

establecer servicios integrales de salud reproductiva, las tradiciones, metas y propósitos de los profesionales de la planificación familiar hacen difícil la integración de otros enfoques. Los obstáculos principales son la falta de preparación de los proveedores en consejería, consentimiento informado y manejo de ITS, tanto como la presión de tiempo limitado y una gran demanda de servicios. En el caso de las ITS, existe también el miedo de mezclar servicios de detección y tratamiento vistos tradicionalmente como para hombres y trabajadoras comerciales del sexo con un servicio para mujeres en su mayoría casadas.<sup>37</sup> El estigma es peor cuando se trata del SIDA. Los métodos de barrera, sobre todo el preservativo, que pueden proteger mejor contra las infecciones, son mal vistos por los profesionales de la planificación familiar por ser menos efectivos en la prevención del embarazo, o como insultos a la mujer por la desafortunada asociación conceptual con "la prostitución y la infidelidad".

En México, los servicios de salud y de planificación familiar tienen el mandato de organizar servicios de salud reproductiva incluyendo la atención preventiva y curativa de las ITS. A pesar del acuerdo político en aceptar este marco, los obstáculos para operacionalizar estos servicios siguen siendo importantes. Vale la pena examinar los mandatos y cuestionar algunos supuestos a la luz de la situación mexicana.

En el programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, se puede ubicar muy bien la posición de México en el camino hacia un servicio integrado en salud reproductiva. Dentro de la sección denominada Salud Reproductiva, hay un inciso dedicado a las enfermedades de transmisión sexual<sup>25</sup> El reto es disminuir la "morbilidad y mortalidad de estas patologías" brindando información sobre su prevención y el uso del preservativo, mediante capacitación al personal médico y paramédico para detección temprana de casos, y por notificación y seguimiento epidemiológico de los contactos. Se menciona la erradicación de la sífilis congénita y la disminución a 50% del número de niños infectados con VIH en el embarazo. Se menciona por igual la prevención de las ITS en programas para la salud reproductiva y sexual de los adolescentes.<sup>25</sup> Sin embargo, no hay mención ni se considera a las otras Infecciones Transmitidas Sexualmente por nombres específicos. Asimismo, no hay

mención alguna al Virus de Papiloma Humano (VPH) en la sección sobre cáncer cérvico-uterino. Cuando se llega al paquete básico de salud sólo quedan mencionadas la planificación familiar y la atención a embarazadas como prioridades.

Por otro lado, México ha señalado como prioridad la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual, en especial al VIH/SIDA, sin embargo, la operacionalización de su prevención y tratamiento queda aún por evidenciar su nivel óptimo. Es necesario discutir nuevamente los contenidos del paquete básico de servicios de salud, para enmendarlo y corregir la omisión de las infecciones de transmisión sexual. Es sorprendente que aún cuando es reconocido internacionalmente que la prevención de las ITS, incluyendo al VIH, es altamente costo-efectivo, así como el tratamiento antimicrobiano de las patologías micóticas y bacterianas.<sup>40,41</sup> este tipo de intervenciones no se incluyan dentro de las 12 intervenciones que integran el paquete básico de servicios de salud.<sup>25,42</sup>

El hecho de que en alguna de las actividades señaladas dentro del rubro de planificación familiar se distribuyan condones, no implica que se estén tomando las formas más eficaces, mucho menos las más eficientes, de prevención del VIH/SIDA y otras ITS. Si tomamos en cuenta que el uso de métodos definitivos, de larga duración, o de los llamados “de mayor efectividad” (salpingoclasias, dispositivos intrauterinos y métodos hormonales) proporcionan mayor número de años/pareja de protección contra embarazos que los métodos de barrera, se podría entonces explicar que el condón o preservativo tenga poca predilección entre algunos de los especialistas en planificación familiar. Si acaso se fomenta el uso de preservativos sería entre las mujeres (o parejas) que desean espaciar sus embarazos, particularmente cuando existen contraindicaciones a otros métodos o en el período del postparto. La mayor incidencia de las ITS y del VIH/SIDA en México no es en esta población, sino justamente en otros estratos poblacionales que típicamente no acuden a servicios de planificación familiar: los adolescentes, los hombres homosexuales y las mujeres y hombres dedicados al sexo comercial. Estos grupos difícilmente se verán beneficiados de la distribución de condones dentro de los lineamientos de planificación familiar y no existe prevención alguna de las ITS mediante el uso de

hormonales, dispositivos intrauterinos ni por métodos quirúrgicos definitivos, que solo están diseñados para espaciar o limitar el número de embarazos.

### *Anticoncepción y VIH*

Es importante discutir siempre las opciones anticonceptivas con toda mujer con infección por VIH, y en las mujeres con infección por VIH ya embarazadas. Un estudio retrospectivo en los Estados Unidos mostró que 10% de las mujeres seropositivas eran dadas de alta en el post parto sin anticoncepción; 34% se embarazaron de manera “no planeada.”<sup>43</sup> Sin duda existen diversas variables sociodemográficas y psicológicas que determinan el tipo de anticoncepción que cada mujer decide utilizar pero, sin importar el tipo de método seleccionado, se debe enfatizar siempre el uso del condón y de otros métodos de barrera con el fin de evitar la infección de la pareja sexual.<sup>44</sup>

Los datos actualmente disponibles sugieren que los anticonceptivos hormonales son una buena opción para mujeres con infección por VIH, pero el dispositivo intrauterino está contraindicado y no deberá ser utilizado.<sup>45</sup> La salpingoclasia es también una excelente opción para aquellas mujeres que ya no deseen tener hijos, pero requiere de la consejería para impedir la transmisión de ITS por medio de métodos de barrera. Finalmente debemos de enfatizar que la decisión reproductiva es de la mujer y que el médico solo debe de hacer disponible la información de una manera abierta y sin prejuicios.<sup>46</sup>

### **Conclusiones**

A manera de conclusión podemos señalar que es impostergable establecer el vínculo indisoluble entre la Salud Sexual y la Salud Reproductiva para efectivamente incidir en la mejora de la salud de las mujeres. Aún más, es necesario comprender que la Salud Sexual y Reproductiva debe también enfocarse a hombres y mujeres fuera de las edades fecundas, y así salir del estrecho ámbito de la limitación de embarazos con metas únicamente relacionadas al crecimiento poblacional.

Para realmente incidir en el mejoramiento de la salud de la población Mexicana, entonces, habrá

que transformar la voluntad política, que acertadamente ha señalado al SIDA como un problema prioritario de salud pública en México, y a las ITS como partes constituyentes inseparables en el ámbito de la salud reproductiva, en programas adecuados de tratamiento y sobre todo prevención, por ejemplo, en el paquete básico de servicios de salud, y dotarles de presupuestación suficiente para el logro de sus objetivos.

La prestación de servicios debe brindarse en forma integral con una mejora en la calidad de atención tanto tecnológica como humana. Finalmente, mayor atención debe brindarse a algunos aspectos específicos con relación al VIH/SIDA, como aquella de anticoncepción en parejas y en mujeres infectadas con VIH, el acceso universal y eficiente de terapia anti-retroviral a las mujeres seropositivas al VIH que se encuentren embarazadas para prevención de la transmisión perinatal del VIH, y abrir la discusión de la pertinencia del aborto en aquellas seropositivas que así lo deseen y en quienes se recomienda su aplicación.

## Referencias

1. United Nations, Department of Public Information 1996. Fourth World Conference on Women. Beijing, China. Platform for Action;56-73.
2. **Mayhew S.** Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. *Health Pol Plan* 1996;10:22-25.
3. **Dellabetta G, Diomi MC.** Treating sexually transmitted diseases to control HIV transmission. *Curr Infect Dis* 1997;10:22-25.
4. **Rosenberg MJ, Gollup EL.** Commentary: methods women can use that may prevent sexually transmitted disease, including HIV. *Am J Publ Health* 1992;82:1473-78.
5. **Cates W, Wasserheit JN.** Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol* 1992;164:1771-81.
6. **De Muylder X, Laga M, Tennstedt C, Van Dyck E, Aelbers GNM, Piot P.** The role of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* y pelvic inflammatory disease and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:501-05.
7. **McCormack WM.** Current concepts: pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 1994;330:115-19.
8. **Morrison EA, Ho G, Vermund SHI, Goldberg GL et al.** Human papillomavirus infection and other risk factors for cervical neoplasia: a case-control study. *Int J Cancer* 1991;49:6-13.
9. **Tolbert K, Morris K, Barahona V, Halperin D, Rábago A, Conde C.** Infecciones del tracto reproductivo en poblaciones de bajo riesgo en México. Reporte final, 1977.
10. **Conde C.** Comunicación personal. 1993.
11. **Acosta-Cázares B, Ruíz-Maya L, Escobedo de la Peña J.** Prevalence and risk factors for *Chlamydia trachomatis* infection in low income rural and suburban populations of Mexico. *Sex Trans Dis* 1996;23:283-288.
12. UNAIDS: HIV/AIDS: The global epidemic. December, 1996.
13. **Hernández-Girón C, Uribe-Salas F, Conde-González C, et al.** Seroprevalencias a diversos virus y características sociodemográficas en mujeres que buscan detectarse VIH. *Rev Invest Clin* 1997;49:5-13.
14. **Guarner J, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Tepichin G, Terán X, Del Río C.** Comparison of CD+T-cell counts in men and women recently diagnosed with HIV infection in Mexico City, Mexico. *AIDS* 1997;11:701-2.
15. **Peckham C, Gibb D.** Mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1995;333:298-302.
16. **Dickover RE, Garrantty EM, Herman SA, Sim M, Pleager S, Boyer PJ, Keller M, Deveikis A, Stiehm R, Bryson YJ.** Identification of levels of maternal HIV-1 RNA-associated with risk of perinatal transmission. *JAMA* 1996;275:599-605.
17. **Minkoff H, Burns DN, Landesman S, Youchach J, Goedert JJ, Nuegent RP, Muenz LR, Willoughby AD.** The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:585-89.
18. **Reyder RW, Nsa W, Hassig SE, et al.** Perinatal transmission of the human immunodeficiency virus type 1 to infants of seropositive mothers in Zaire. *N Engl J Med* 1989;320:1637-39.
19. Guidelines for Nursing Management of People Infected With Human Immunodeficiency Virus (HIV). Published by the World Health Organization in collaboration with the International Council of Nurses. 1988. Last Modified: 1996. <http://florey.biosci.uq.edu.au/hiv/NURSING/Whonurse.Htm>
20. American Academy of Pediatrics. AAP issue statement on perinatal HIV infection. *Amer. Fam. Physician*, 1989;29:390.
21. **Kennedy KI, Fortney JA, Bonhomme MG, et al.** Do the benefits of breastfeeding outweigh the risk of postnatal transmission of HIV via breastmilk? *Trop Doctor* 1990;20:25-30.
22. **Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'sullivan MJ, et al.** Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
23. CDC: Recommendations for the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *MMWR* 1994;43 (Suppl):1-20.
24. **Rogers MF.** The challenge of preventing HIV perinatal transmission. 4<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 1997.
25. Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud. 1995-2000. Diario Oficial de la Federación, 11 de marzo 1996. Secretaría de Salud. México, D.F. 1996.
26. **Magis Rodríguez C, Bravo García E, Ansysa López L, Uribe Zúñiga P.** La situación del SIDA en México a finales de 1998. *Enf Infec Microbiol* 1998;18 (nov/dic):16.

27. **Zúñiga Uribe P, Magis Rodríguez C Bravo García E.** Aids in Mexico. *J Int Assoc Phys Aids Care* 1998;4 (november):11.
28. DCD: U.S. Public Health Service recommendatins for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing for pregnant women. *MMWR* 1995;44:1-15.
29. **Wifert CM.** Mandatory screening of pregnant women for the human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1994;19:664-666.
30. **Fiscus SA, Adimora AA, Schoenbach VJ, et al.** Perinatal HIV infection and the effect of zidovudine therapy on transmission in rural and urban countries. *JAMA* 1996;275:1483-88.
31. **Biddle AK, Simpson KN, Fiscus SA.** Current practice vs. mandatory prenatal HIV testing: cost and outcomes based on North Carolina Data 1990-1994. 4<sup>th</sup> Conference of Retroviruses and Opportunistic Infections, 1997.
32. **Bardequez AD, Denny T, Palumbo P, et al.** Human immunodeficiency virus type 1 counselling and testing program in the prenatal setting. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1996;3:229-35.
33. **Del Río C.** El Tratamiento de la infección por el VIH. Estado actual del arte en 1996 y posibilidades a futuro. *Gac Med Mex.* 1996;132 (Suppl-1):129-35.
34. **Quinn TC.** Association of sexually transmitted diseases and infections with the human immunodeficiency virus; biological cofactors and markers of behavioural interventions. *Int J STD/AIDS* 1996;132(Suppl 2):17-24.
35. **Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE.** Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. *Ann Intern Med* 1990;113:872-81.
36. **Wasserheit JN.** Epidemiological synergy: epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Trans Dis* 1992;19:6-77.
37. **Soto Ramírez LE, Remkoff B, McLane M, et al.** HIV-1 Langerhans' Cell Tropism associated with heterosexual transmission of HIV. *Science* 1996;271:1291-93.
38. **Greenblat RM, et al.** Genital ulceration as a risk factor of human immunodeficiency virus infection *AIDS* 1988;2:47.
39. **Elías C.** Enfermedades transmitidas sexualmente y la salud reproductiva de las mujeres en los países en vías de desarrollo. The Population Council, México. Working paper No. 27. 1993.
40. **Jamison D.** Disease control priorities in developing countries. An overview. In: Jamison D, Mosley HW, Measham AR, Bobadilla JL, editors *Disease control priorities in developing countries.* Oxford University Press for the World Bank; Nueva York: 1993 p.123-64.
41. **Bobadilla JL.** El control de la infección por VIH en las prioridades de salud de América Latina. *Gac. Med. Mex.* 1996;132 (suppl 1):91-8.
42. **Saavedra-López J.** Comentarios a la ponencia el control de la infección por VIH en las prioridades de salud de América Latina. *Gac Med Mex* 1996; (Suppl 1 ):132:105-7.
43. **Lindsey MK, Grant J, Peterson H, et al.** The impact of knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repeat pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1995;85:675-79.
44. **DeVicenzi I.** A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med* 1994;331:341-46.
45. **Kelly P.** Fertility, menstruation, and birth control in HIV. *Treat Issues* 1992;6:10-14.
46. **Williams HA, Watkins CE, Risby JA.** Reproductive decision making and determinants of cContraceptive use in HIV-infected women. *Clin Obstet Gynecol* 1996;39:333.