

NotiSASH

octubre de 2004

Editora: Lic. Alicia Cortejarena

REPUNTAN EN MÉXICO LOS CASOS DE SIDA

La cultura del condón debe ser parte del juego sexual

1.10.04 - La Jornada – México

La cultura del uso del condón debe comenzar más como parte de la erotización en la pareja, "como juego sexual", que a partir de la amenaza y el temor de contraer enfermedades como el sida, señalaron Rosa Isela Madrid, coordinadora de promoción y relaciones de Brigada callejera de apoyo a la mujer, y Lariza Montero Sanabria, editora de la revista Amor y sexo, organizadoras de la cuarta Feria del Condón en el Zócalo.

Madrid señala que si bien es grave que cada día más personas, sobre todo mujeres, resulten infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como la tendencia ascendente de embarazos no deseados en adolescentes, no deja de tener importancia el hecho de que la sexualidad se siga viendo con un enfoque meramente reproductivo, lo que hace que la gente ni siquiera se atreva a conocer sus genitales.

Comentó que es común que las personas utilicen diferentes maneras para hablar de su sexo, menos la que corresponde. Es frecuente que en las familias se refieran al pene por pajarito, pollito, pichito, juanita, entre otros, lo cual indica que aún es tema tabú el conocimiento de la sexualidad en la familia.

Lamentó que sean pocos los espacios con los que cuente la gente para acceder a la información sobre la sexualidad y el adecuado uso del condón.

Refirió que en toda la ciudad de México no hay más de 35 condonerías, ubicadas principalmente en locales de organizaciones no gubernamentales relacionadas con la atención a personas con VIH.

Incluso cuando se solicita un permiso a las autoridades para abrir un espacio de este tipo, que además cuenta con personas capacitadas para abordar el tema de la sexualidad, piensan que se trata de sex-shop y los trámites se retrasan.

La feria, explicó, tiene el propósito de unir a la sociedad civil y a la iniciativa privada para acercar a la gente a la cultura del uso del condón. Armekell, que comercializa el preservativo de la marca Trojan, regaló en cinco horas 5 mil condones de sus diferentes modelos y presentaciones. También participaron El Armario Abierto, con literatura erótica, y las tiendas de preservativos El encanto del condón y la Sociedad cooperativa mujeres libres, entre otras. En los espacios se ofrecieron condones de todo tipo.

Además de los preservativos clásicos, había texturizados, delgados y extrafuertes, así como con aroma, con sabor, de Batman, del diablo, de delfín, de colores, de corazón y hasta de bromas.

Rosa Isela Madrid explica que el uso adecuado del condón empieza por conocer el tipo que se debe usar, de acuerdo con el tipo de relación sexual; por ejemplo, los delgados son adecuados para el sexo oral, los normales para el vaginal y los extrafuertes para el anal.

En la feria, visitada en su mayoría por jóvenes y parejas -donde las mujeres eran las que más se atrevían a preguntar y a comprar- podían adquirirse, además de preservativos, otros objetos "desmitificadores" del órgano sexual masculino, o como animaba un estudiante a su compañero: "¡órrole güey, para que le vayas perdiendo el miedo!".

Entre esos objetos había popotes con un extremo en forma de pene, figura usada también en agitadores de bebidas, lápices labiales, jabones, velas de cera y llaveros. También, aromatizantes y lubricantes.

A lo largo del día, de las 9 de la mañana a las 8 de la noche, se realizaron pláticas sobre el adecuado uso del condón y sobre sexualidad, en las cuales se pedía la participación de los asistentes para que expusieran sus dudas.

"Antes la prueba de amor era comerse la torta antes del recreo; ahora esta prueba de amor es protegerte a ti y protegerme a mí en el siglo del amor en los tiempos del sida", señaló Montero Sanabria.

La frase, dijo, no es para menos, pues refiere que enfermedades como el VIH continúan en aumento y se estima que el número de personas con el virus en México puede ser hasta de 150 mil, mientras que la proporción mundial, de 16 hombres infectados por cada mujer que se reportó en 1983, al identificarse la enfermedad, es actualmente de seis a una.

Y más grave aún es que las personas que más se infectan tienen entre 14 y 25 años de edad y, según encuestas en el país, la mitad de los jóvenes sexualmente activos de entre 15 a 19 años de edad no usan esa protección.

Por ello insistió en la necesidad de utilizar el preservativo como algo natural, mediante lo que definió como el "uso erotizado del condón", aprendiendo a "colocarlo muy cachondamente", con los senos, con las rodillas, con la boca, en síntesis: "el condón no debe ser solamente para el sexo protegido, sino para el placer mismo".

Fuente: Recortes de Prensa

Estudiantes universitarios despreocupados por enfermedades venéreas

1.10.04 - Esperanza DíaX Día - Santa Fe

Sólo un 30% pudo nombrar cuatro o más enfermedades venéreas. El Sida y la sífilis son las más conocidas. El 80% no se realiza análisis médicos periódicos de detección de ETS y el 42% no se preocupa por informarse sobre el tema.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen 25 tipos de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que son transmitidas por bacterias (sífilis), hongos (candidiasis), virus (herpes, HIV), parásitos (ladillas) y organismos unicelulares (clamidias y microplasma). Sin embargo, de acuerdo a los datos extraídos un sondeo realizado por El Paraninfo a 120 estudiantes de la UNL, los jóvenes sólo pudieron mencionar 11, mientras que el 70% no pudo reconocer al menos cuatro tipos de ETS. La totalidad de los estudiantes reconoció el HIV y el 67,8% mencionó la sífilis.

En cuanto al manejo de información –según los especialistas, un tema fundamental (Ver Falta de Información)–, el 42% de los consultados no se preocupa por informarse sobre las diversas ETS, sus síntomas y los modos de prevenirlas. Pero además, un preocupante y elevadísimo 80% no se realiza análisis médicos periódicos de detección de las ETS. El resultado: los jóvenes poseen datos insuficientes o erróneos que los lleva a señalar, por ejemplo, que la seborrea, la toxoplasmosis o la tuberculosis son ETS, o que los métodos anticonceptivos como el DIU o las pastillas sirven para evitar el contagio de las ETS.

En el transcurso de la última década, el contagio de ETS se incrementó a nivel mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el aumento se explica no sólo a partir de la ausencia de medidas de prevención y de educación sexual en los países en desarrollo, sino también en virtud del cada vez más temprano inicio de las relaciones sexuales.

"Lo importante es tener la información correcta y saber procesarla: el tema de la sexualidad es bastante más profundo que lo que dice un folleto. Más aún si consideramos que los mayores problemas de ETS los estamos detectando en chicos y chicas de 12 años", explicaron los Dres. Carlos Piva y Mario Amín, especialistas en ETS del Hospital J. M. Cullen. "El inicio en la vida sexual es cada vez más temprano, y la información que tienen los adolescentes o su capacidad para entenderla, disminuye".

Falta de información

Aunque el 7% de los consultados cree "saber mucho sobre SIDA" y el 64% considera "estar suficientemente informado", un 28% reconoce "saber poco" al respecto. No obstante, el Dr. Alberto Lichieri, encargado de la Dirección de Salud de la UNL, afirma que los estudiantes "manejan información sobre HIV, pero tienen pocos datos sobre otras ETS".

En el mundo de la tecnología, la velocidad y la circulación de datos, la desinformación sobre temas de educación sexual tiene diversas explicaciones. Pero sin dudas, la principal variable es que, inexplicablemente, el sexo todavía sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad. Por ello no es de extrañar que, tal como indica el sondeo realizado, sólo el 4% de los jóvenes recurre a su entorno familiar en busca de información y el 15% a sus amigos. En el otro extremo, los medios de comunicación son la mayor fuente de información (33%), seguidos por la escuela (29%).

A pesar de su importancia para evitar el contagio de ETS, de los 120 jóvenes consultados, sólo uno admitió utilizar la información como método preventivo. "Falla la familia, la escuela y la Universidad. Y tampoco hay campañas educativas desde el Estado", agregaron Piva y Amín. Por su parte, Lichiere admite que "los amigos manejan la misma información o tienen datos que no son correctos y con respecto a los medios de comunicación hay que ver a quién apuntan. El lenguaje no es el mismo para toda la gente".

El uso del preservativo

Según Piva y Amín, "la prevención parte de la educación y desemboca en el uso del preservativo". Sin embargo, aunque el preservativo resultó ser el método preventivo más utilizado por los encuestados (59%), los profesionales consultados acuerdan que no siempre la utilización de este método es correcta. "No todos los usan, y cuando los usan, muchos lo hacen mal", aclaró Lichieri y agregó que "siempre decimos que el preservativo debe colocarse al inicio de la relación y no en el momento previo a la eyaculación".

Mientras tanto, la realidad en el consultorio confirma las estadísticas y tendencias. "El gran incremento de casos de sífilis en los últimos cinco años, sobre todo en embarazadas, es un alerta, porque esto indica que la gente no se cuida y está más expuesta también al Sida", señaló el Dr. Jorge Roldán, responsable del Laboratorio de la Dirección de Salud de la UNL.

Analía De Luca, Mariano Ferrero y Pablo Bosio

Coordinación Periodística: Gustavo Risso Patrón

China prohíbe la entrada a los turistas seropositivos

1.10.04 - El Mundo – España

El Ministerio chino de Asuntos Exteriores ha recordado que las leyes sanitarias nacionales no permiten la entrada al país a los turistas portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que causa la enfermedad del sida. "Las leyes que regulan la entrada de ciudadanos extranjeros a China están muy claras", ha declarado Kong Quan, portavoz del Ministerio de Asuntos Exteriores, al ser preguntado sobre el caso del mexicano Carlos Lindoro, que fue rechazado en la aduana del aeropuerto de Beijing.

"No creo que esto sea un problema internacional", ha opinado Kong Quan, para quien la pregunta podría ser mejor respondida por las autoridades de seguridad y sanidad portuaria del país.

El Ministerio no ha respondido, sin embargo, a la pregunta de por qué las embajadas chinas en el extranjero no informan de las condiciones a los viajeros y les entregan el visado de turista sin revisar si cumplen los requisitos.

Lindoro, quien fue retenido y vigilado durante toda una noche de sábado en un hotel de Beijing, abandonó el país el domingo y regresó a México, desde donde ha anunciado que iniciará acciones legales contra la Embajada china en su país.

Medidas

Recuperar el dinero del billete de avión, del visado y otros gastos es uno de los primeros objetivos del mexicano.

Las autoridades consulares mexicanas en Beijing, que en todo momento ayudaron al viajero, están considerando enviar una carta de protesta por la forma en que fue tratado su ciudadano, "como un delincuente", ya que incluso fue amenazado de expulsión "por la fuerza".

Todos los viajeros que llegan a China tienen rellenar un formulario en el que deben informar sobre su estado de salud e indicar si padecen alguna enfermedad contagiosa.

El sida, las desigualdades sociales y la reforma del sistema financiero amenazan, según los expertos, el desarrollo de China, como informa el "Diario del Pueblo". Por este motivo, el Gobierno ha pedido a expertos locales y extranjeros su opinión para preparar el próximo plan quinquenal para el periodo 2006-2010.

Las previsiones de los expertos de Naciones Unidas sobre el SIDA, que situaban la cifra de portadores en 10 millones en 2010, están ahora en 30 millones, calificados por el diario como "una opinión alarmista", aunque se añade a la precariedad de las condiciones sanitarias en el país.

Fuente: Recortes de Prensa

UNO DE CADA CINCO NIÑOS ES HIJO DE UNA MADRE MENOR DE 19 AÑOS DE EDAD

El embarazo adolescente se mantiene estable pero el VIH crece

4.10.04 - La República – Uruguay

En el marco de la Semana de la Prevención del Embarazo Adolescente, la Fundación Alvarez Caldeiro Barcia, la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (Sugia) y el Centro Latinoamericano de la Salud de la Mujer (Celsam), presentaron las últimas cifras relativas a esta problemática social y su vinculación con el VIH/Sida.

De acuerdo a los datos proporcionados la situación general no difiere entre la capital y el interior del país, excepto en que en Montevideo la marginalidad es menos acentuada.

En lo que respecta en forma específica al embarazo adolescente se informó que en el 70% de los casos se trata de una procreación no planificada. Y responde al no uso de métodos anticonceptivos o a su uso en forma discontinua.

La sexóloga Mónica Lichtenstein, representante del interior del país, resaltó que "lo realmente preocupante es que un 30% de estas jóvenes hayan decidido tener un hijo. Ello muestra la falta de opciones que existe en su contexto socio cultural, por lo que el mejor método de prevención es dar proyectos de vida".

En términos biológicos el embarazo en la adolescencia afecta el desarrollo del organismo sólo en las mujeres menores de 15 años de edad, al tiempo que hay mayor probabilidad de que el niño nazca con bajo peso. Pero la mayor dificultad que presenta esta situación, y que es igual para todas las mujeres entre 10 y 19 años, es la afectación del desarrollo psicosocial.

En Montevideo

Concretamente en Montevideo las cifras se han mantenido estables en los últimos diez años. Los embarazos adolescentes registrados en el Hospital Pereira Rossell durante el año pasado alcanzaron el 24% del total de gestaciones controladas en el nosocomio. Y el 23% de estos casos fueron embarazos de pretérmino. Asimismo se constató las adolescentes realizan un mayor control prenatal que las mujeres adultas.

De los niños nacidos anualmente en Uruguay uno de cada cinco es hijo de una madre menor de 19 años. Otra de las tangentes preocupantes de este tema es que el 10% de estas jóvenes vuelve a quedar embarazada antes de que su primer hijo cumpla un año. Un relevamiento hecho por la Sugia entre las madres adolescentes que fueron asistidas en el sector privado reveló que a diferencia de lo acontecido en Salud Pública, el 100% de estas madres tenían estudios secundarios, ninguna había planificado el embarazo, sólo el 25% tenía entre sus planes consolidar su propia familia y el 30% eran hijas adoptadas. El principal objetivo de estas mujeres, previo a quedar embarazadas era seguir una carrera, sin embargo y pese a ser estimuladas para continuar con sus planes, el 80% desertó por vergüenza.

En el Interior

La problemática en el interior del país no presenta mayores variantes, excepto que las adolescentes proceden de clase media y baja, ya que la clase alta se encuentra extinguida.

No obstante, la mayor porción de los casos de embarazo adolescente se producen en las jóvenes con menores recursos socioeconómicos, quienes por otra parte tienen un muy bajo nivel de escolaridad.

Como ejemplo de la situación de esta porción del país se tomó el caso del departamento de Paysandú, donde el 25% de los adolescentes embarazadas se asistió en Salud Pública (de las cuales un alto porcentaje tenía gestaciones previas) y el 9% en el sistema mutual. Esta tendencia se mantiene estable desde hace cinco años.

Embarazo y VIH

La presidenta del Programa Nacional de VIH/Sida, Margarita Serra remarcó que la epidemia es cada vez "más joven y femenina" y que las investigaciones indican que esa tendencia se profundizará en los próximos años. Actualmente de cada tres casos uno corresponde a una mujer.

El desarrollo del VIH implica el transcurso de un plazo de 10 años desde el contacto con el virus, por ello el hecho de que la franja etaria más alta de afectados incluya a las personas entre 15 y 34 años de edad, revela que el contagio se produjo en los primeros años de la adolescencia. Por otra parte el porcentaje de contagios entre los adolescentes es superior a los registrados entre la población en general.

La profundización de estas características de la epidemia se explica a través del aumento del consumo de pasta base, que lleva a los adolescentes a la prostitución para poder adquirir la droga. Y aunque la transmisión del virus por vía sexual continua siendo la principal, entre los adolescentes la diferencia con la vía por drogadicción disminuye.

Prevención

Todos los actores participantes de la conferencia subrayaron como elemento fundamental de prevención la instauración de programas de educación sexual desde la escuela primaria.

Así como la implantación de planes informativos y educativos en centros sociales donde se concentran los jóvenes de menos recursos como los merenderos.

Sin embargo, tras finalizar las exposiciones, el doctor Bremen de Mucio, quién se encontraba entre el público asistente discrepó puntualizando que si no se insiste con el tema para que la población lo sienta como una problemática grave y pujan junto a los médicos por la implementación de esos programas, "el año que viene continuarán presentando cifras similares".

A la vez, resaltó que "los depósitos de Salud Pública están llenos de preservativos", pero estos no se distribuyen de forma adecuada entre los usuarios, en algunos casos por decisión de las direcciones de los hospitales y en otros por falta de información de las personas.

Finalmente afirmó: "le venimos errando al biscochazo".

La sociedad civil es el socio principal para presionar a quién corresponda en este tema, pero estos eventos pueden ser notas efímeras en un diario sino hacemos propuestas serias que transmitan esta preocupación a la sociedad".

Fuente: Recortes de Prensa

La miel, nuevo remedio contra la impotencia

4.10.04 – Infobae

Esta es una excelente solución para aquellos que no suelen ingerir pastillas y prefieren pociones naturales. Según su creador, "el producto podría reemplazar el milagroso efecto de las pastillas sexuales".

Llamado Apitop, esta alternativa promete convertirse en uno de los remedios más importantes contra la impotencia. "Es increíble, es una maravilla. Todo anda a la perfección", aseguró la esposa del inventor del potenciador sexual. "Se los recomiendo a quienes sufren de problemas sexuales", agregó ella.

Los secretos de este Viagra están en sus ingredientes: polen, jalea real y propóleo, todo estabilizado con miel. La instrucción aconseja comer una cucharada por día en ayunas.

Para las personas que prefieren remedios naturales, la "miel Viagra" es la solución perfecta. Su creador ya lo predijo, la poción reemplazaría los efectos de las pastillas sexuales.

La Cesárea en la mitología, la prehistoria y en las culturas primitivas

4.10.04 - El Médico Interactivo – España

La cesárea es la operación quirúrgica más antigua de la Historia de la Humanidad, aunque en sus comienzos sólo fuera practicada sobre cadáveres para tratar de extraer al no nacido con vida desde el vientre materno.

Julio Cruz y Hermida Profesor titular de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Complutense. Miembro de la Real Academia Nacional de Medicina.

La cesárea es la operación quirúrgica más antigua de la Historia de la Humanidad, aunque en sus comienzos sólo fuera practicada sobre cadáveres para tratar de extraer al no nacido con vida desde el vientre materno. Esta operación, que muy posiblemente es una de las más emblemáticas de la especialidad obstétrica, ha servido para salvar la vida de cientos de miles de madres y de niños a lo largo de los siglos.

La cesárea en la mitología

La mitología griega o romana es rica en tradiciones, leyendas y anecdotario variopinto. Los dioses y personajes semidivinos, dentro de un mundo de pasiones, odios, amores y traiciones, más propio de la bajeza de los mortales que de la grandeza que debiera corresponder a deidades famosas, ofrecen curiosos episodios reproductivos con resolución de cesárea. Así se nos narra como la bella y mortal Coronea, hija de Flejias, rey de Tasalia (donde habitan los Laitas), es seducida y en consecuencia preñada, por un bello y conocido dios: Apolo, el legendario hijo de Zeus. Más tarde Coronea, mujer casquivana, engaña al padre del hijo que lleva en sus entrañas con su amante Isquis, suscitando la traición en Artemisa, la hermana de Apolo, una divina e impulsiva irritación, que la induce a matarla a flechazos.

Colocado el cadáver de Coronea en la pira funeraria, antes de ser incinerado, da lugar a que aparezca Apolo, quien, con vocación paternal, abre con su daga el vientre de su esposa, extrayendo a su hijo nonato, al que llamará Asclepio (Esculapio para los romanos), entregándolo al centauro Quirón para que, con el tiempo, le enseñe el arte de curar y encarne al dios de la Medicina. Merced a esta cesárea posmortem, tenemos los médicos patronazgo mitológico.

Pero no es esta la única cesárea practicada en el glorioso Olimpo. Recordemos como la diosa Juno, esposa de Zeus (Júpiter para los romanos), se enamora apasionadamente de una bella criatura mortal llamada Semele, a la que regala condición divina concediéndole ser "diosa de la luna", en premio de haberla dejado preñada. Ella, con peligrosa curiosidad, reclama a su amante conocer la auténtica naturaleza de su fuerza –que no era otra que el "rayo divino"– con lo que al satisfacer dicha curiosidad, queda fulminantemente carbonizada. En esta escenografía de gestante muerta con feto vivo intraútero, hace aparición otro hijo de Zeus: el dios Hermes (asimilado al Mercurio romano), quien, aparte de su condición de patrón de comerciantes y ladrones, es también protector de resucitados, y ejerciendo esa condición, abre con presteza el vientre de la infortunada Semele, extrayendo una criatura viva y prematura, de seis meses de gestación. Ante la grave inmadurez fetal, en un astuto gesto clínico para combatirla, la cose al poderoso muslo de su padre para que allí pueda continuar desarrollándose (la primera incubadora divina de la historia), hasta que, tres meses después, la descose, produciéndose el nacimiento de un simpático y divertido dioscecillo apodado Dionisos (Baco para los romanos), que será el futuro dios del vino y protector de los borrachos, siendo su personalidad tan importante que se ganó el honor de ser pintado por dos mortales genios de la pintura: Leonardo da Vinci y Diego Velázquez. Etimológicamente Dionisos significa "nacido dos veces" o "hijo de doble puerta", por su específico nacimiento.

Esta leyenda ha quedado reflejada plásticamente en una bella pintura existente en el palacio Estense de Sassuolo, y cantada en versos por Ovidio, Pindaro y Virgilio.

Clínicamente, estos dos episodios reflejan importantes aspectos obstétricos: la cesárea posmortem, la inmadurez fetal y su tratamiento hasta conseguir la viabilidad del feto prematuro.

En la mitología india se narra el nacimiento por cesárea de Indra, señor del cielo, del rayo y del aire, quien, según el libro sagrado de los Vedas (2000 a.C.) se niega a nacer por la vía convencional, haciéndolo a través de una apertura oblicuolateral del vientre materno, sin incisión previa.

De Buda (453 a.C.) se cuenta una bella leyenda: su madre, Maya Devi, fue sorprendida por el parto en un bosque de Lumbini. Sentóse al lado de una acacia (el "árbol de las mil ramas") y observó como un elefante blanco, sobre columna de plata, se acercó hacia ella y, tras dar tres vueltas en torno suyo para adorarla, la apretó dulcemente en su "flanco derecho" como si quisiera penetrar en su interior. Maya, apoyada sobre el tronco de la acacia (desde entonces siempre verde), expulsó por el vientre a su hijo Buda, acompañándose de una sensación lina de alma y de cuerpo, que no fue otra cosa que la poesía.

Nos encontramos, pues, con un doble parto simultáneo: el de Buda, por la vía parantural del costado, y el de la poesía, a través de la plenitud gozosa del alma.

Abandonemos ese conflictivo Olimpo de los dioses, y abordemos el campo de las leyendas y sucesos de los mortales, dejando constancia de que con el protagonismo de dioses y semidioses, la cesárea adquiere "categoría de divina o vía de los dioses", en contraposición a la prosaica y fea vía natural, según palabras del propio San Agustín: "Inter faces et urina nascimur" (nacemos entre las heces y la orina), por la vecindad de vejiga y recto al canal blando del parto.

La cesárea en la Prehistoria

Si nos retrotraemos al gran pasado, a la Prehistoria, nos surge un interrogante: ¿Se hicieron cesáreas en aquella vieja etapa de la Humanidad? No hay indicios documentales de que ello ocurriera. En cambio, se han encontrado fósiles de cráneos con huellas de agujeros frontales y temporales, a manera de secuelas de posibles craneotomías (acaso también producto de agresiones o accidentes).

Mediante una reflexión imaginativa (inspirada en un excelente editorial de Acta Obstetricia et Ginecologica. II-99) intentaremos dar una explicación de la innecesidad de efectuar cesáreas en los albores de la Humanidad, a expensas de la teoría de la evolución.

Dentro de las diversas indicaciones que presiden los actuales Protocolos Asistenciales de Obstetricia, existe una que prima fundamentalmente sobre casi todas las demás: la desproporción pélvico-cefálica, que imposibilita la salida de la cabeza fetal a través de los "estrechos" conductos de la pelvis materna. El canal óseo del parto es inextensible, en contra de lo que se creía en un principio, hasta que acabó con la duda el gran Baudelocque (la sinfiosotomía logra una relativa ampliación del canal, pero no de forma natural). Un feto retenido en su parto por la desproporción, detiene su evolución, que no las contracciones uterinas, y acaba con la vida de la madre y el feto condicionando una trágica rotura de la matriz. Precisamente la operación cesárea ha obviado esta tragedia, al obtener al feto por la vía abdominal, con un guiño burlesco a las precarias vías naturales del parto.

Al hilo de este comentario, viene al recuerdo la empírica lección de un viejo médico rural con la sabiduría del ejemplo: "Si una mujer no puede parir porque la puerta (la pelvis) es menor que el baúl (el feto), habrá que sacar presto el baúl por el balcón (el abdomen) para evitar males mayores" (estaba aconsejando metafóricamente la cesárea).

Siguiendo en el terreno especulativo pensamos: ¿es que no existía en la Edad de Piedra o en la de Hierro, instrumental apto para llevarla a cabo? Por supuesto que sí; tenemos noticia de la "piedra de sílex cortante" y "punzones de hierro" que hubieran servido para hacer una cesárea de urgencia. Pero quizá ocurriera que no habría justificación para realizarla, ya que no existiría esta indicación por no existir colisión céfalo-pélvica.

Trataremos de explicar nuestro argumento: la pelvis de la hembra prehistórica, al alcanzar condición erecta (homo erectus), a través de su evolución se adaptaría al estatismo postural deambulando erguida, estrechando y cerrando las piernas, juntas bajo la presión de la columna vertebral. Se facilita, así, la transmisión de fuerzas desde el fémur a la columna dorsolumbar con un sentido teleológico: el de poder correr mejor (recurso primario de huida promovido por el instinto de conservación), produciendo una ancestral pelvis estrecha a la que, como fenómeno compensatorio, se adaptaría mejor una cabeza fetal más pequeña, que evitaría colisión con aquella. En definitiva: una pelvis no ancha pero con microcefalia fetal obviaría la desproporción.

Es posible también que siguiendo la teoría de la evolución somatomorfa, al final del pleistoceno, la cabeza fetal iría aumentando de volumen, con agrandamiento de los lóbulos frontales (esenciales para el comportamiento humano) y así albergar un mayor y específico desarrollo encefálico. Un cerebro que, como piensan algunos autores, al tener más de 2.000 cc. de estructura, tendría carácter de gigantismo, y desde la mecánica obstétrica podría surgir la "desproporción" ignorada por el homo erectus.

Conclusión a la que se puede intentar llegar: la mujer erecta de hace dos millones de años, correría más, pensaría menos que las posteriores generaciones, pero pariría mejor que nuestras mujeres actuales. Una verdadera competición entre la exigente necesidad de pensar de la de hoy, y la necesidad de correr de la de ayer. En una palabra: que en la dura y primaria Prehistoria no tendría cabida la cesárea hasta las siguientes civilizaciones entroncadas en eras posteriores.

La cesárea en culturas primitivas

Quizá el abandonar la Prehistoria nos lleve de la mano a comentar la existencia de la cesárea en culturas no prehistóricas, pero sí primitivas.

Los historiadores contemporáneos nos facilitan información, más o menos detallada, de partos cesáreos habidos en la América Precolombina, en tribus de indios Aucas, rama de los Araucanos, que recorrían la Pampa argentina, con asentamiento al pie de las laderas Andinas, en territorios próximos a la ciudad de Mendoza.

Un pintoresco personaje, conocido por "tío Gikita", más cronista del pueblo que historiador formal, nos ofrece una versión sobre el tema, que encierra connotaciones trágicas, ya que la muerte materna presidía estas acciones.

Transcribiremos textualmente algunos párrafos legados por "tío Gikita":

"En tiempos antiguos, cuando llegaban los dolores de parto, las mujeres aucas eran punzadas y después rasgadas y abiertas el vientre para que su marido, tirando y sacando, lograra traer a la vida a su hijo. Exactamente como hacen con las monas chillonas cuando las hallan preñadas".

"Después de abrir a la madre y de recibir al recién nacido, se cortaba el cordón umbilical. Las madres ya estaban muertas cuando terminaba el alumbramiento. Los niños crecían tomando solamente jugo de jicama, puesto que no mamaban. No existía leche. Los pobrecitos estaban siempre flacos. Crecían cuando ya eran mayorcitos. Como nacían cuando la madre ya estaba muerta, siempre eran el único hijo de cada madre auca. Y los padres se ponían tristes porque la madre moría cuando la estaban punzando y cortándola y abriéndole el vientre".

Un sorprendente testimonio nos ha sido legado por el explorador inglés Falkin, que presenció en el seno de una tribu primitiva africana una singular operación cesárea. El hecho aconteció en 1884 en Katura, zona del protectorado británico en el África de finales del siglo XIX, hoy Uganda, del que fue cumplido "notario" el curioso explorador, y cuya protagonista pasiva fue una joven de 20 años, primípara, con dificultad en la evolución de su parto. Los protagonistas activos: un hechicero o chamán de la tribu Waganda, ayudado por tres curanderos. El pormenorizado relato de Falkin es, sin duda, una valiosa aportación a la historiografía de esta intervención,

rodeada de ancestral empirismo. Su transcripción es como sigue: "Previamente se sumió a la parturienta en un desvanecimiento suave con vino de banana (borrachera anestésica). Luego se la sujetó al lecho con vendas de tela, aplicadas sobre muslos y tórax, mientras uno de los ayudantes la sujetaba por los tobillos. El operador principal lavó el vientre de la mujer con igual vino de banana, así como sus propias manos (desinfección). Seguidamente hizo una rápida incisión longitudinal en el abdomen con un afilado cuchillo, desde el pubis al ombligo, y tras ella practicó una certera incisión sobre la matriz.

La hemorragia de las heridas abdominal y uterina fue contenida con un hierro candente, y la incisión sobre la matriz, ampliada para extraer al feto, al que se le ató el cordón umbilical con una liana. El útero se contrajo con masajes repetidos y el cuello del mismo fue dilatado con los dedos.

Sobre la herida uterina se aplicó un afelpado de hierbas apretado con vendas y enseguida se colocó a la paciente boca abajo para que las secreciones de la cavidad abdominal cayeran al suelo. Vuelta a la primitiva posición (probable decúbito supino), le fue retirado el afelpado, y los bordes de la herida del vientre se unieron con siete clavos pulidos (¿agrafes?) y atados con cuerdas.

La herida externa fue curada en días posteriores con una pasta de raíces y cubierta con una cáscara caliente de banana. Por encima se aplicó una tela, a modo de faja, rodeando el abdomen. Las curas de la herida se hicieron en los días tercero, quinto y sexto después de la operación, retirándose los clavos paulatinamente. La temperatura no pasó de 99° Fahrenheit y las pulsaciones no subieron de 108. La herida abdominal se curó totalmente a los 11 días, entrando la paciente en franco restablecimiento".

Hasta aquí el relato pre-intra y postoperatorio de Falkin, que nos hace pensar, por lo reglado de la operación y sus tiempos, que no se tratase de un solo caso aislado y sí una norma habitual de conducta quirúrgica obstétrica realizada por el hechicero de la tribu y sus ayudantes.

Ignoramos si otros casos llevados a cabo por el "equipo quirúrgico" corrieron igual fortuna de supervivencia materno-fetal. Si así fuera, tendríamos que convenir que el empirismo y los medios materiales empleados pueden llegar a competir favorablemente con los discursos y prácticas de la era tocúrgica científica.

Relatos legendarios

Dentro de los relatos legendarios de los mortales, y siguiendo un orden cronológico, tenemos abundantes referencias de personajes nacidos por cesárea:

S. VI a.C. Según el sacerdote Rudabech, Dios no quiso que el famoso héroe persa Rustein viniera al mundo por vías naturales, dado el enorme tamaño corporal que hacía extremadamente difícil su salida, por lo que envió una gran águila que extrajo con su pico, a través del vientre de su madre Zal, a nuestro protagonista.

Año 508 a.C. El filósofo griego Leontino Georgias nace mediante cesárea, que le cuesta la vida a su madre.

Año 604 a.C. El que fuera con los años gran filósofo y declarado adversario de Confucio, Lao-Tsen, nace por el flanco izquierdo de su madre, Nyu-Yu, anciana doncella quien lo mantuvo en su seno materno durante 72 años, hasta que lo expulsó por vía paranatural. Singular feto postmaduro.

De Tiberio Graco, gran poeta de la segunda Guerra Púnica, se cuenta que nació en Itálica mediante cesárea, con supervivencia materna; dato éste que pone en duda el historiador Ruleau.

Año 954. Bugardo, conde de Luigsgow, nació a través de una cesárea posmortem, por lo que fue conocido con el sobrenombre de "ingenitres" (no nacido).

Año 980. Nace de parto cesáreo Gebhard, el que fue célebre obispo de Constanza.

Año 1010. Tras morir su madre antes del parto, San Lamberto, obispo de Vence, fue extraído del vientre materno por apertura abdominal.

Año 1102. Nace Dragan, en el seno de una familia flamenca. El conocimiento, con los años, de que nació por una cesárea que ocasionó la muerte de su madre, le promueve una fuerte crisis religiosa que le aparta de la sociedad, haciendo una vida de supremo ascetismo conducente a la santidad.

Año 1316. Roberto II, que llegó a ser rey de Escocia, nace tras el accidente sufrido por su madre, que cae del caballo, desencadenándose el parto de su gestación de ocho meses, que finaliza con su muerte. El noble de la corte, Juan Forrester, incide el vientre de la fallecida, extrayendo a la criatura, a la que daña con el borde de su espada en un ojo, provocándole una lesión crónica, con exudación conjuntival permanente, lo que le valió el sobrenombre de "Roberto el Legañoso".

Año 1466. Andrea Doria, Gran Almirante de Carlos V, parece ser que nació por cesárea, aunque el hecho de sobrevivir la madre al parto resta verosimilitud a la parturición por vía abdominal.

Año 1590. La joven italiana Ana Visconti, embarazada del noveno mes, es objeto de una agresión, con profunda herida en su vientre, que le ocasiona la muerte y la salida espontánea por la misma de un feto vivo: Nicolás Spandati Visconti, que llegó al Solio Pontificio con el nombre de Gregorio XIV.

De cesárea por accidente, comentaremos más adelante algunos casos.

La operación cesárea, con protagonismo a través de un reparto geográfico

En la India, en la lectura de los libros tradicionales Vedas (1500-200 a.C.), se aconseja que si muere una embarazada y el feto manifiesta algún movimiento, sea extraído por incisión abdominal y con presteza.

En textos de Medicina brahmánicos (Vagbhatta, 700 a.C.; Susneta, 500 a.C.; y Chareca Samhit, 200 a.C.), se menciona la intervención de cesárea como medio de finalizar los partos que no acontecen por vías naturales. Tendencia que se sigue en el budismo, quizá por testimonio referencial que el propio Buda nació por cesárea (suceso ya comentado).

En el Japón (s. XVI) se practicaba la cesárea, con arreglo a normas posturales de intervención, según refleja un grabado de la época de Eugen Hollander, reproducido por Stoeckel.

En Israel, los libros rabínicos del Misnah y el Talmud (s. VI d.C.), refieren citas de extracción fetal con madre muerta, especificándose que ("a la mujer a quien se le extrae el hijo por el vientre, no necesita la preceptiva purificación religiosa, pudiendo ser realizada la operación en sábado". Se deduce con ello que la cesárea podrá hacerse en mujer viva.

En la cultura islámica, la cesárea estaba prohibida, tanto en mujer viva como en muerta, según prescripción del Corán, llegándose a considerar que el feto extraído por el vientre de mujer fallecida, era "hijo del diablo y no debiera vivir".

Existen documentos que testimonian que en el 700 a.C. se realizaba esta operación en mujeres agonizantes o muertas. Tales son los casos de Pausanias, Príncipe Lacedemonio y Escipión el Africano. Como también se da por cierto que el poeta Ovidio (43 a.C.) fue hijo de cesárea y no de parto natural.

La Roma antigua es fuente testimonial importante de datos sobre este tipo de operación quirúrgica. El segundo rey de Roma, Numa Pompilio (715-672 a.C.) dicta, al respecto, su famosa Lex Regia, en la que se dictaminaba que no podría enterrarse a la mujer muerta embarazada sin haber extraído previamente al hijo con vida, a través de corte abdomino-uterino. Posteriormente, esta ley fue bien acogida por los cristianos, ya que con ella se podía bautizar al neonato, teniendo así trascendencia médico-religiosa, hasta el punto de que el emperador Justiniano la hizo suya, transcribiéndola en Las Pandectas, recopilación de sus principales obras de Derecho.

El historiador y cronista Plinio (23-79 d.C.) escribe en su "Historia natural" que Cayo Julio César (100-44 a.C.) habría nacido por intervención cesárea practicada a su madre, la Emperatriz Aurelia. Este hecho es difícilmente asumible, ya que en aquella época la práctica de la cesárea estaba prohibida en la mujer viva y Aurelia sobrevivió a su hijo algunos años.

Cayo Suetonio y Plutarco, ilustres escritores y cronistas de la mencionada época, no aluden jamás en sus escritos a este hecho, por lo que se piensa y razona, por autores posteriores, que se mantuvo sesgadamente, por un problema puramente etimológico: la palabra cesárea proviene del verbo latino caedere, que significa cortar o seccionar, por lo que el parto cesáreo es producto de un corte en el abdomen materno, y no se correlaciona con el nombre de Julio César, al que su madre debió parir por la vía natural.

El ya citado Plinio, en su libro de Historia, relata el nacimiento por cesárea del célebre Cayo Silio Itálico (25 a.C.), autor del poema "La segunda Guerra Púnica", si bien se pone en duda la autenticidad del hecho por algunos estudiosos del tema, que encuentran ciertas incongruencias en dicho relato.

La época medieval es rica en conductas y sucesos obstétricos entre la realidad y la leyenda. Así, en el medievo alemán se narra la triste historia del joven Tristán, de quien se dice que nació mediante cesárea, causando la muerte de su madre Blannaflor. De su amada Isolda sabemos como murió, pero no como nació. Posiblemente, ni el propio Wagner lo llegó a saber.

En ese sugerente medievo, de la mano del gran ginecólogo e historiador Manuel Usandizaga Soraluze, conocemos curiosos testimonios sobre el arte de parir, tales como útiles consejos cuando el parto no avanzaba, que obligaba a utilizar el recurso de las "sucusiones hipocráticas" para acelerar las contracciones, consistente en "mover o sacudir a la parturienta enérgicamente, sentada o atada en una silla o en la cama en sentido vertical". Cuando el procedimiento no resultaba positivo ningún autor se inclinaba por extraer el feto mediante cesárea por la altísima mortalidad que conllevaba la intervención, con fallecimiento materno próximo al 100 por ciento. Al obviar la vía abdominal se recurría al cirujano general, quien "extraía en pedazos al feto, vivo o muerto, por vía vaginal, ayudado por ganchos y cuchillos". Este proceder tocúrgico, embriotómico, bien por decapitación del feto o por basiotripsia, como lo conocemos actualmente, ha estado vigente hasta la segunda mitad del siglo XX.

Antes de la era antibiótica, la cesárea condicionaba tremendo riesgo vital.

Aquellos ganchos y cuchillos que se citaban en los viejos libros de obstetricia se correspondían con los del arsenal que los ginecólogos que ejercíamos hace 50 años utilizábamos: el basiotribo-perforador y craneoclasto de Tarnier para reducir el volumen de la cabeza fetal y los útiles para decapitar el feto, como el gancho de Braun, el Ribemont, la daga de Blot y las tijeras de Siebold y Pinard. La cesárea ha ido modificando conductas tocúrgicas, y todos esos terribles instrumentos hoy juegan un papel de museo, durmiendo un bien ganado y celebrado descanso en nuestras vitrinas de las clínicas.

Fuente: Recortes de Prensa

MÉXICO

Se expresan por legalizar el aborto en América Latina

5.10.04 - La Jornada – México

Puebla. Representantes de 32 países en la Federación Internacional de Planificación de la Familia se expresaron en favor de que toda la población tenga acceso a sistemas de anticoncepción de emergencia y se legalice el aborto en países de América Latina. Carmen Barroso, directora del organismo en la región, advirtió que las complicaciones derivadas de abortos mal practicados causan un tercio de las muertes maternas en América Latina y el Caribe, por lo que de legalizarse el aborto se salvaría al año la vida de 5 mil mujeres, quienes se encuentran entre los 220 millones de personas de la región que viven en la pobreza. Vicente Díaz, director de la Fundació n

Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), señaló que si bien fue un paso importante la inclusión de la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial Mexicana, el siguiente reto es que los medicamentos puedan llegar a sectores vulnerables, como los jóvenes que viven en pobreza.

Fuente: Recortes de Prensa

SALUD

Enfermedades de género: el mismo mal afecta de manera distinta a hombres y mujeres

7.10.04 – Clarín

Es una tendencia en la medicina actual. "Las mujeres son diferentes a los varones, no sólo psicológica sino también fisiológicamente" dicen los especialistas, que cada vez atienden más este fenómeno.

Más allá de los clichés y la iniciación escolar en las clases de biología, los investigadores están descubriendo que los hombres y las mujeres son más diferentes de lo que se suponía. Al parecer, las enfermedades cardíacas y el cáncer de pulmón, entre otras dolencias de peso, son influidas por el sexo del paciente y quizás exigen tratamiento ligeramente distinto para varones y para mujeres.

Estos descubrimientos son parte de un cambio silencioso pero revolucionario que se está produciendo en la medicina de los Estados Unidos a medida que un número creciente de científicos advierte que las mismas enfermedades suelen afectar de maneras distintas a los hombres y a las mujeres. "Las mujeres son diferentes a los varones, no sólo psicológica sino también fisiológicamente, y creo que necesitamos comprender estas diferencias", dice la doctora Catherine DeAngelis, directora de la Journal of the American Medical Association (JAMA).

DeAngelis, que fue la primera directora mujer de esa publicación en 1999, dice que ha asumido la misión de publicar únicamente las investigaciones en que los datos estén diferenciados por sexo a menos que se trate de enfermedades exclusivas de uno u otro género. En los últimos meses se publicaron dos textos médicos caracterizados como los primeros dedicados a las diferencias de género en todas las ramas de la medicina y no sólo de la medicina reproductiva: un informe del Journal enfatizó el hecho de que el cáncer pulmonar, y no el de mama, es el cáncer más mortífero entre las mujeres, y la American Heart Association anunció las primeras pautas de prevención cardíaca dedicadas específicamente a las mujeres.

En las próximas semanas, la Dirección Nacional de Salud Pública emitirá su primer informe sobre la osteoporosis. Esta enfermedad que debilita los huesos afecta desproporcionadamente a las mujeres, que en la menopausia pierden los efectos protectores del estrógeno. El informe pondrá énfasis en la prevención y en el hecho de que no se trata de una enfermedad exclusivamente femenina, ya que el 20 por ciento de los pacientes son varones, dijo Wanda Jones, directora de la <http://www.4woman.gov> oficina de Salud Femenina en el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

El movimiento médico fundamentado en las diferencias de sexo no es un esfuerzo por disminuir la gravedad del cáncer de mama sino que se propone enfatizar que "tenemos más de un órgano corporal... Hasta ahora no prevalecía esa conciencia", dijo Sherry Marts, de la <http://www.womens-health.org> Sociedad para Investigación de la Salud Femenina. Esa organización busca expandir la definición de la salud de la mujer más allá de la salud reproductiva y de los senos, que algunos llaman "medicina de bikini".

Hasta la década de 1990 los científicos solían excluir a las mujeres de la investigación médica, incluyendo los estudios de medicamentos. Por lo general desconocían los efectos sobre la reproducción y se basaban en la suposición de que varones y mujeres "son biológicamente iguales con la excepción de sus órganos reproductivos", observó Marts. Sin embargo, descubrimientos recientes sugieren que los genes, las hormonas y los estilos de vida pueden explicar muchas de las diferencias.

Por ejemplo:

- Los ataques cardíacos en las mujeres suelen carecer de dolor de pecho y podrían presentar síntomas más imprecisos similares a la gripe.
- Las mujeres que no fuman parecen ser más susceptibles al cáncer pulmonar que los varones que no fuman. Las mujeres también tienden a contraer esa variante de cáncer a edad más temprana que los hombres, y parecen metabolizar las sustancias carcinógenas de forma diferente que los varones.
- Las mujeres tienen menos probabilidad que los hombres de contraer cáncer oral.
- Las mujeres son más proclives a las enfermedades autoinmunes, incluyendo lupus, artritis reumatoidea y esclerosis múltiple, en que el sistema inmunológico ataca equivocadamente los tejidos del mismo organismo.
- Algunos medicamentos para el sida parecen metabolizarse más rápidamente en los hombres que en las mujeres, que podrían requerir dosis específicas.
- Los síntomas femeninos de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn --dolencias intestinales debilitantes que afectan a hombres y mujeres-- varían considerable mes a mes y requieren frecuentes ajustes en la medicación.

Las enfermedades intestinales inflamatorias, que abarcan Crohn y colitis, son una especialidad de la doctora Sunanda Kane, investigadora de la Universidad de Chicago que estudia por qué el problema parece aumentar

entre las mujeres jóvenes. Ambas enfermedades dañan el conducto digestivo y, en los casos severos, los cirujanos extirpan parte del colon y los pacientes deben usar bolsas de colostomía.

Kane dice que se interesó en el enfoque de diferenciación de los géneros durante su época de practicante, cuando había pocas mujeres en gastroenterología. "Las pacientes se entusiasmaban de ver a una mujer y empezaron a decirme cosas que nunca habían revelado a sus médicos varones", incluyendo la incidencia de sus períodos menstruales en la enfermedad, afirmó. Pero al igual que en otras áreas de ese enfoque médico se mantienen muchos interrogantes, incluyendo de qué modo el paso de la edad afecta las enfermedades intestinales inflamatorias, advirtió Kane.

"En forma anecdótica, hay quienes me dijeron que la enfermedad entraba en remisión después de la menopausia" y algunas mujeres "me preguntan si podían someterse a una histerectomía para entrar en remisión", agregó. Es una cuestión que podría tener un impacto resonante en la calidad de vida de las pacientes, pero que nunca se ha estudiado, concluyó.

Fuente: AP

TRIBUNA

Buenas y malas noticias sobre la explosión demográfica mundial

7.10.04 – Clarín

La población mundial crece a un ritmo más lento del que pronosticaban las previsiones más pesimistas. Pero la desigual tasa de natalidad en los países ricos y pobres anticipa problemas graves.

Paul Kennedy. Historiados, Universidad de Yale, Estados Unidos.

Los lectores de muchos diarios y revistas pueden haberse sentido agradablemente sorprendidos al enterarse de que la llamada "bomba poblacional", que atemoriza a los especialistas en demografía desde hace décadas está perdiendo su potencia explosiva.

La División de Población de las Naciones Unidas, que todos los años presenta cifras sobre tendencias demográficas, bajó hace poco sus estimaciones. Nuestro planeta tiene en la actualidad 6.300 millones de habitantes, y el organismo de la ONU pronostica que la población mundial se estabilizará en aproximadamente 9.000 millones de personas para el año 2050.

No son precisamente buenas noticias para aquellos que piensan que ya superamos el umbral sostenible de la Tierra. De todos modos, la cifra total es considerablemente menor que la que se barajaba hace unos diez años.

Sin duda la noticia concitó atención. Tal como se señalaba en el título de un importante artículo que publicó el New York Times el 29 de agosto: "¡La "bomba demográfica" apenas haría "pop"!"

Antes de descorchar las botellas de champagne, sin embargo, echemos una mirada más atenta a las cifras. El mundo es un lugar complejo y, en términos demográficos, existen grandes diferencias entre sus distintas regiones e incluso en el interior de esas regiones. En líneas generales la tendencia es descendente, pero, como veremos, no es lo mismo vivir en Lahore, Paquistán, que hacerlo en Francfort, Alemania.

La principal razón de la declinación es simplemente que la tasa de natalidad se reduce tanto en los países desarrollados (si bien no en todos) como en los países en vías de desarrollo (si bien tampoco en todos). No hay una única razón que explique la transición demográfica, pero los especialistas destacan dos causas principales.

La primera es que cada vez son más las familias que viven en ciudades en lugar de en el campo. Tener cinco o seis hijos resulta útil si se vive en una granja pobre y se les puede encargar el cuidado de las gallinas o reunir leña para el fuego. Si, en cambio, se vive en un departamento de un ambiente en un barrio pobre de, por ejemplo, San Pablo, tener una familia numerosa es sin ninguna duda una carga.

Es así como, irónicamente, a medida que se extienden los barrios pobres en la periferia de las capitales latinoamericanas, africanas y asiáticas —algunas ya tienen veinte millones de habitantes—, la tasa de natalidad por lo general se reduce.

Un segundo grupo de razones se relaciona con el cambio del papel de las mujeres, tanto en las sociedades desarrolladas como en las en vías de desarrollo. Si las jóvenes y mujeres tailandesas trabajan en una nueva planta electrónica de montaje en las afueras de Bangkok, el nivel de vida de la familia experimenta un marcado aumento. Lo más probable es que esas mujeres se casen después que las mujeres que viven en comunidades rurales y no quieren tener que ocuparse de una familia numerosa.

El mayor acceso de niñas y mujeres a la educación secundaria, e incluso a la terciaria, por más lento que ese proceso sea en algunos países, también reduce las dimensiones de la familia porque posterga el matrimonio y favorece las opciones de carrera. Por último, como la expectativa de vida de las mujeres aumenta en muchas regiones, hay menos presiones para formar una familia con rapidez.

Las mujeres hacen diferencia

Los cambios de estilo de vida y de oportunidades de carrera para las mujeres en el mundo desarrollado son igualmente fascinantes y también tienen importantes consecuencias demográficas. Si alguien trabaja en un estudio legal, dirige su propia agencia de viajes u otro tipo de empresa, le queda poco tiempo para formar una familia. También es posible que elija seguir soltera y divertirse hasta que aparezca el hombre indicado, si es que lo hace.

Por otra parte, el matrimonio carece de atractivos si los hombres de la sociedad en cuestión siguen sustentando valores retrógrados. ¿Qué llevaría a una joven japonesa ambiciosa a renunciar a su trabajo y quedarse en casa con chicos si su marido se va temprano a trabajar y no vuelve de la oficina (ni del bar) hasta entrada la noche? ¿Por qué una mujer rusa educada querría casarse con un hombre aburrido y alcohólico?

Si bien es imposible demostrarlo de manera concluyente, parece haber una notoria relación entre las suposiciones culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad y la tasa de natalidad nacional, y es probable que sea por eso que las tasas cayeron con menos rapidez en los Estados Unidos, Gran Bretaña y Escandinava que en Italia, Japón y España.

¿Esta disminución del ritmo al que crece la población mundial es una buena noticia? En términos generales, sí; sobre todo si se piensa en el medio ambiente, la salud y en la causa de la igualdad entre géneros. Sin embargo, hay varios aspectos que merecerían que hiciéramos una pausa para reflexionar.

El primero es la implosión demográfica de Europa, Japón y Rusia. Los ecologistas podrán regocijarse ante una Alemania o una Italia mucho menos pobladas, pero podría haber consecuencias inesperadas.

Una sociedad mayor es prudente y conservadora, y no es muy probable que haga los cambios necesarios para mantenerse a tono con el siglo XXI.

Si se piensa en términos más crudos, ¿de dónde saldrán los ejércitos? Que los padres alemanes tengan cuatro hijos y uno haga el servicio militar es una cosa, ¿pero qué pasa cuando los padres tienen un único hijo o hija? ¿Y qué pasará en Rusia, que pierde 750.000 almas por año y cuya población total puede reducirse de 145 millones de habitantes a unos 105 millones para el año 2050 si no se revierten las tendencias actuales? Es evidente que la tasa de fertilidad puede disminuir demasiado.

En segundo lugar, el panorama que se presenta a grandes rasgos de tasas de crecimiento de población que declinan en el norte de África y buena parte de Asia (China, Corea del Sur, India) no tiene en cuenta aquellos lugares donde las proyecciones demográficas indican que habrá grandes aumentos: Yemen, Asia Central, África Central y Occidental. Se estima que Paquistán, que en la actualidad tiene la misma población que Rusia, 145 millones de habitantes, alcanzará los 345 millones de habitantes para el año 2050.

En casi todos esos casos, los países en cuestión son estados que se derrumbaron, o poco les falta para ello, y padecen conflictos internos, ausencia de derechos de las mujeres, agotamiento ecológico y un nivel de pobreza aterrador, ya sea en el campo o en las nuevas ciudades pobres. Una última reflexión. Incluso si la tasa de fertilidad de todo el mundo en vías de desarrollo se estabilizara hoy por algún tipo de milagro (la tasa de fertilidad de reemplazo es de 2,1 nacimientos por mujer), seguiríamos teniendo ante nosotros los desafíos que plantean los mil millones o más de jóvenes que ya nacieron y que tienen actualmente entre cinco y veinte años de edad.

¿Cómo puede la sociedad global ayudar a las niñas y mujeres jóvenes pobres, cuya vida dista mucho de parecerse a la de sus hermanas de, por ejemplo, Suecia y Canadá? O, lo que resulta igualmente apabullante, ¿cómo ocuparnos de los centenares de millones de hombres jóvenes indignados y llenos de energía que carecen de educación y empleo e inundan las calles de Fallujah o la Franja de Gaza?

No hay respuestas fáciles para tales preguntas. Pero vale la pena que recordemos estos desafíos para no correr el riesgo de leer los titulares de los diarios que nos dicen que la pesadilla de la población mundial llegó a su fin pero no destacan que aún tenemos por delante el reto de problemas demográficos graves.

Continúa la distribución de anticoncepción de emergencia en Perú, a pesar de la oposición

13.10.04 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

La Ministra de Salud de Perú dijo el pasado lunes que los planes del gobierno para distribuir píldoras anticonceptivas de emergencia en clínicas de salud pública comenzarán en enero conforme a lo programado, a pesar del intento de legisladores conservadores en este país predominantemente católico romano, para procesarla penalmente por promover el aborto.

"La decisión está tomada y no hay vuelta atrás", dijo la Ministra de Salud Pilar Mazzeti a la prensa. "Esto no está basado en creencias personales, sino en estudios técnicos y científicos que muestran que la píldora no es abortiva".

Mazzeti dijo que la píldora, que contiene la hormona levonorgestrel y es vendida en las farmacias de Lima bajo la marca Postinor-2, evita el embarazo inhibiendo la ovulación. Para ser efectiva, debe tomarse dentro de las 72 horas posteriores al coito.

La semana pasada, tres legisladores conservadores denunciaron a Mazzetti por "estar mintiendo" cuando informó al Ministerio de Justicia de Perú que las píldoras no son una forma de aborto, debido a que cancelan el embarazo antes de que el óvulo fertilizado se implante en el útero.

Los legisladores, quienes argumentan que la vida comienza con la fertilización, desean que el Congreso vote para decidir si se retira la inmunidad constitucional a Mazzetti para que enfrente cargos criminales.

El aborto es ilegal en Perú, excepto en los casos en que la vida de la madre está en peligro.

"Cada vez que uno asume un cargo público hay un riesgo", dijo Mazzeti. "Evidentemente, en un país democrático, cada persona tiene la libertad de hacer denuncias, acusaciones y lo que sea. Si esta acusación es presentada, el Ministerio de Salud tendrá que respaldar sus decisiones".

El Consejo Médico de Perú ha avalado a Mazzetti; y Rocío Villanueva, sub-defensora del pueblo de derechos humanos de Perú, dijo que los alegatos criminales en contra de Mazzetti "no tienen bases".

Fuente: PlanetWire, 12/10/2004

Sexualidad en la mira de los especialistas

14.10.04 – El Mercurio - Chile

Profesionales de varios países están en Chile desde ayer para compartir los avances en las terapias sexuales.

Los desafíos que los nuevos tiempos imponen a la sexualidad humana serán abordados por más de 500 profesionales chilenos y extranjeros en el XII Congreso Latinoamericano Flasses, que se inauguró ayer en un hotel de Santiago bajo el título "La crisis de la sexualidad. Conflictos y alternativas".

"Crisis, porque estamos en un tiempo de cambios profundos, que han afectado a esta dimensión de la vida", dice el doctor Roberto Rosenzvaig, presidente del congreso, convocado por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (Flasses).

"Nos estamos reuniendo con especialistas de primer nivel para conocer y proponer alternativas a estos problemas; para sentir que somos capaces de desarrollar herramientas nuevas y enfrentar los cambios", señala Rosenzvaig.

A juicio del sexólogo, las principales transformaciones que han afectado la vida sexual de las personas se relacionan con las nuevas masculinidades y las nuevas feminidades. También menciona "la ansiedad contemporánea, en una sociedad que quiere buscar el placer, pero que no tiene tiempo para hacerlo". Todos, problemas que llevan a la falta de deseo o a las disfunciones eréctiles "aún con los medicamentos disponibles".

Los nuevos tratamientos para estos y otros problemas serán abordados en las diferentes mesas redondas y conferencias del congreso, que se realizará en el Hotel Sheraton hasta el sábado, y que contará con expositores de España, Francia y Finlandia, además de los latinoamericanos.

Para todos

En forma paralela, habrá actividades gratuitas abiertas al público en la Casa de la Cultura Anahuac (cerro San Cristóbal). Allí, además de una muestra de arte latinoamericano de los países participantes en el congreso, habrá diálogos con expertos extranjeros todas las tardes.

Hoy, a las 18:00 horas, se tratará el tema de la "Sexualidad femenina". El viernes, a las 17:00 se hablará de "Sexualidad en el adulto mayor" y el sábado, a las 16:00, se abrirá el diálogo en torno a la vida sexual de los jóvenes. Y para finalizar el congreso, se tomará una fotografía de todos los asistentes que pretende mostrar "un abrazo masivo".

El rey de los sex shops dona ganancias a países pobres

15.10.04 – Infobae

La revista The Economist cuenta el caso de Phil Harvey, que destina u\$s 31 M al año para regalar 350 millones de condones en países pobres y luchar contra el sida.

Phil Harvey es uno de los principales accionistas del grupo PHE, una empresa dedicada a la venta de juguetes eróticos y películas pornográficas, líder en los EE.UU.

El grupo obtiene ganancias anuales de unos u\$s 70 millones con un éxito comercial que continúa en ascenso.

Sin embargo, la publicación especializada The Economist, resalta que buena parte de esas ganancias van a parar a países pobres donde se reparten gratuitamente preservativos, pastillas anticonceptivas y educación sexual donde el HIV causa estragos.

Phil Harvey creó una fundación para dedicarse a educar, prevenir enfermedades sexuales y controlar la natalidad voluntariamente en naciones donde el hambre y la pobreza son tan grandes como la falta de educación. DKT es el nombre de la asociación filantrópica que preside Harvey y que desarrolla sus actividades en África, Asia y América latina.

Comenzó repartiendo anticonceptivos gratuitos desde 1989, realizando acuerdos con gobiernos de distintos países. El surgimiento del HIV y su violenta expansión lo llevó a incorporar los preservativos, aunque ya en la década del 60, cuando no se utilizaban en los EE.UU. y eran considerados "obscenos" en las universidades, junto a un amigo pusieron una pequeña fábrica de condones.

Su desembarco en la industria sexual no lo apartó de sus juveniles ideas de "Servicios Demográficos Internacionales", donde estudiaban el fenómeno del crecimiento de la población.

Cuando inició su empresa de productos sexuales, utilizó las rápidas ganancias que en los 90 comenzaron a generar los servicios de películas y juguetes eróticos.

Hoy, su empresa DKT; que se financia con una polémica industria, le permite distribuir 348 millones de preservativos y 29 millones de anticonceptivos en varios países.

LA "FEMINIZACIÓN" DEL SIDA

Un acercamiento a la problemática del SIDA en África y su vinculación con la perspectiva de género

15.10.04 - Rebelión.org

Romina Zampa. Observatorio de Conflictos

En el siguiente trabajo propongo un acercamiento a la problemática del SIDA en África, y su vinculación específica con la condición particular de la mujer. Presento un enfoque general que permita conocer los elementos más significativos que conforman el problema. Teniendo en cuenta que la complejidad, diversidad y riqueza de la sociedad y cultura africanas deja continuamente puertas abiertas para otro tipo de análisis que exceden este planteo.

Considero al SIDA no sólo como una enfermedad de transmisión sexual, con las características particulares que ello implica, sino principalmente como un exponente de otras cuestiones muchas más profundas y complejas, asociadas a la propia historia y dinámica de la sociedad africana.

Por otra parte, entiendo a las mujeres como un sujeto social atravesado por distintas dimensiones (culturales, religiosas, económicas, políticas, sociales, etc.) que la constituyen como tal, sin lo cual sería imposible comprender sus conductas, sus posibilidades, sus vidas.

¿Por qué pensar particularmente en las mujeres? No es sólo una cuestión de números. No es simplemente porque constituyan, según las estadísticas, el sector más afectado de la población africana. Sino porque, particularmente, la condición misma de mujer determina relaciones y prejuicios que le otorgan una posición cultural y social diferenciada.

Con lo expuesto no pretendo acercarme a una simple y reduccionista posición feminista. Por el contrario, creo que es importante visualizar un sector particular en relación con un contexto social más general que lo contiene. Siendo posible pensarlo para otros espacios y tiempos históricos.

Además, intento pensar el problema por fuera de los límites que imponen una educación y un pensamiento occidental y europeizado; para poder comprender la miseria, la muerte y el dolor de tantas mujeres distantes en su profundidad y especificidad.

Por último, quisiera aclarar que me refiero a "africanos" de manera general, a los fines de este trabajo. Sabiendo que en ese término incluyo organizaciones y culturas específicas.

CONTEXTO HISTÓRICO GENERAL

Para contextualizar a África en la actualidad quisiera tener en cuenta algunos datos históricos. En 1884, la Conferencia de Berlín dividió África en 48 nuevos estados de acuerdo a los nuevos criterios europeos dominantes. Para crear estas nuevas formas de poder político, no se respetaron las culturas indígenas, ni las realidades geopolíticas. Por el contrario, a través de la fuerza, pueblos enteros fueron divididos y otros, heterogéneos entre sí y muchas veces enfrentados, fueron incluidos en un mismo Estado - Nación, con el fin de cumplir con las necesidades del nuevo tiempo histórico europeo.

A lo mencionado, se agrega posteriormente "el caos y desolación en el que ha venido experimentando el África subsahariana a partir de la "descolonización" iniciada luego de la Segunda Guerra Mundial es sin duda producto de aquella repartición irresponsable, pero también de una irresponsabilidad aún mayor: pretender que sociedades de pastores y cazadores puedan adecuarse a las necesidades dictadas por las culturas europeas, insertándose en la última globalización, esa que ya no necesita de colonias sino que alienta instituciones que favorezcan el desarrollo del cada vez más avasallante capitalismo." (1)

En ningún momento hay que dejar de considerar la situación de pobreza extrema en la que vive la población africana, como resultado de una situación histórica de explotación de sus recursos humanos y naturales, a lo que se agrega sus propias contradicciones y luchas internas. La realidad social de las distintas etnias y tribus que habitan el espacio africano se constituye por la carencia constante de recursos, de acceso a la educación, por las pocas posibilidades de atención de salud. Todos estos elementos ubican a las distintas comunidades, en su gran mayoría rurales, en una situación de pobreza permanente.

En este contexto, es muy poco el acceso a información sobre HIV, servicios de salud o medios de prevención del SIDA, tales como condones o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

LA MUJER EN LAS CULTURAS AFRICANAS

"En todas las sociedades humanas y especialmente en África subsahariana, las mujeres tienen un poder formidable: son las depositarias de los valores fundamentales de la sociedad, las guardianas del saber íntimo de los hombres. Generación tras generación transportan la identidad de un pueblo. Son las mujeres las que conservan la memoria colectiva no ritualizada, y por lo tanto, la más profunda. Ellas transmiten la vida, aseguran la permanencia, su florecimiento en la tierra. Son el depósito, el conservatorio de los bienes simbólicos." (2)

La sexualidad es una construcción histórica, diversa según los contenidos e interpretaciones que hacen de la misma distintas culturas. Creo que el cuerpo y los significados que se le otorgan tienen que ser entendidos como parte de la formación de la identidad individual y colectiva. Las mujeres históricamente han ocupado un lugar distinto al de los hombres, según distintas sociedades. En consecuencia, los africanos tienen una manera particular de concebir la sexualidad y de comprender a la mujer en esa construcción.

Jean Ziegler describe algunos elementos que dan cuenta de la situación de la mujer en Burkina que pueden ser considerados para la gran mayoría de las comunidades tradicionales africanas.

"En casi todos los pueblos de Burkina, la mujer se encarga sola de la educación, la alimentación y la subsistencia del niño hasta los siete años de edad. Con sus propios hijos menores y los que el linaje les confía, las mujeres forman una comunidad cerrada. Gozan de una única protección, muy relativa: los embarazos se ven espaciados por el hecho de que cualquier relación sexual les está prohibida durante dos años, es decir mientras el bebé mama." (3)

"Las mujeres desempeñan una amplia actividad económica... ellas se encargan de la subsistencia de sus hijos hasta los siete años de edad. Todo lo que deben comprar para sí misma -paños, sandalias, adornos pero también medicamentos, utensilios de cocina, etc.-, lo pagan también ellas mismas. Las mujeres tienen su campo... también deben contribuir abundantemente al presupuesto familiar: el hombre aporta cereales y carne, las mujeres todo lo demás. En las regiones donde existen plantaciones llamadas coloniales y cuyos productos se destinan a la economía monetaria-ejemplo: el algodón-, la mujer proporciona su fuerza de trabajo al igual que el hombre." (4)

Entonces, necesariamente, hay que situar y comprender a la mujer africana en su contexto histórico social y cultural particular. En el mismo se destaca, por ejemplo, cómo las familias y los maridos exigen una alta reproducción, al mismo tiempo que existe una falta de recursos para la planificación familiar.

En las comunidades rurales, "...los maridos y la familia política ejercen una alta presión en la principal mujer de la familia cuando se trata de planear el número de descendientes." (5)

"Más del 80% de los habitantes de Burkina viven en el campo, y en el medio rural los matrimonios se arreglan desde siempre. Desde su más tierna edad las niñas son objeto de ásperas y complejas negociaciones entre los jefes de linaje y de familia. Por medio de la mujer se contraen complicadas alianzas." (6)

Las diferencias notables entre mujeres y hombres con respecto a su status jurídico, el acceso a los recursos, responsabilidades, participación en la toma de decisiones y el acceso a la educación, servicios sanitarios, información y comunicación, así como a los servicios legales y judiciales, son elementos que contribuyen a un crecimiento general de la pobreza y a la intensificación de la subordinación de la mujer.

Además, "...el matrimonio saheliano nada tiene que ver con la institución del mismo nombre en la civilización judeo-cristiana. El matrimonio africano se centra, casi exclusivamente, en la reproducción de los hijos.

Las nociones de adulterio, de fidelidad de los cuerpos, etc. Son extrañas a los hombres y mujeres de las grandes civilizaciones sahelianas. La reproducción de la familia, la fertilidad, la permanencia de la vida en la tierra son sus nociones fundamentales.

...prácticamente en todas las grandes civilizaciones sahelianas, la libertad sexual de la mujer no es problema alguno. El adulterio es un concepto desconocido. Lo único que cuenta es el hijo." (7)

Otra cuestión a tener en cuenta es la escisión a la que son sometidas las mujeres. La misma, "está vinculada a la iniciación de las muchachas y los jóvenes...la escisión en todas sus formas es una mutilación intolerable. Pretende esclavizar a la mujer al dominio masculino y reducir su capacidad de experimentar placer sexual. Expone a traumas psíquicos y a infecciones mortales." (8)

El profesor Nathan Clumeck, de la Universidad Libre de Bruselas, en una reciente entrevista para Le Monde, señala que "el sexo, el amor y la enfermedad no significan lo mismo para los africanos que para los occidentales [porque] el concepto de culpa no se entiende de la misma forma que en las culturas de origen judeo-cristiano" (9).

Agrega que "de hecho, hay muy pocas evidencias que puedan probar la imagen que tenemos los occidentales de la promiscuidad sexual en África. La amplia incidencia de los códigos morales en las mujeres -se considera su sexualidad como un don para la procreación- hace que las sociedades africanas parezcan verdaderamente castas frente a las occidentales. Los somalíes, afaros, oromos y amharas de nordeste de África creen que el mostrar en público los deseos sexuales decrementa dicho "don" en las mujeres; así, pues, los contactos sexuales están restringidos a bailes o tocamientos ceremoniales. En estas culturas se tienen las primeras relaciones sexuales cuando se proponen iniciar una familia. La noción del noviazgo, casi universal en Occidente, no tiene paralelo en la mayoría de las culturas tradicionales africanas." (10)

ESTADÍSTICAS Y DISCUSIÓN

"Según los nuevos datos arrojados por el nuevo informe anual de la Organización Mundial de la Salud uno de cada doce adultos en África estaría infectado por el virus del Sida. De ellos, además, el 58% de los portadores del VIH en África son mujeres." (11)

Diversos organismos oficiales de salud occidentales destacan en varios y reiterados informes que nos encontramos ante un momento crítico en la lucha contra la epidemia de Sida. Las cifras oficiales que se dan sobre África son tremendas. Se afirma el aumento constante de nuevos casos y sus consecuencias catastróficas.

"Pero ¿cómo se puede saber? En los países enriquecidos, el diagnóstico de Sida se realiza mediante dos pruebas de laboratorio (el test de ELISA primero y la PCR - amplificación genómica- después) que requieren una infraestructura sofisticada y abundantes medios económicos. En África es impensable disponer de estas pruebas, así que el diagnóstico de SIDA se hace mediante la clínica, es decir mediante los síntomas." (12)

Además "...en África el nombre de "SIDA" se utiliza para describir los síntomas asociados a enfermedades anteriormente conocidas. A mediados de los 80, estas enfermedades comunes fueron repentinamente rebautizadas como "infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA", y se aconsejó a los africanos que cambiaran sus prácticas sexuales adoptando la abstinencia, la monogamia y los preservativos, o morirían." (13)

Por otra parte, la definición de SIDA que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) para África difiere de la

que da para el SIDA en Occidente: "La definición de los casos clínicos de SIDA dada por la OMS en 1985 no se basa en el test del VIH o en el número de células T, sino en la combinación de varios síntomas, como la fiebre prolongada, una pérdida del 10% de peso en dos meses y tos persistente, ninguno de los cuales son nuevos o infrecuentes en el continente africano. Los motivos de estos síntomas no se transmiten por vía sexual; los causan los factores de riesgo ambientales a los que los africanos están regularmente expuestos... lo cierto es que la idea de que el SIDA es una epidemia causada por la promiscuidad sexual aumenta la dependencia africana de la ayuda occidental para tests de diagnóstico, material de esterilización de alta tecnología y personal médico." (14)

A través de los medios de comunicación masiva se construye la falsa imagen de que el Sida es el único problema en África, y su única solución a través del libre acceso a los medicamentos resolvería todos los problemas. De los artículos que seleccioné, sólo tres asumen una posición crítica en cuanto a las estadísticas difundidas y las formas de obtenerlas.

Se podría considerar, para este trabajo, que aunque existe un preocupante predominio de HIV en el continente las cifras presentadas por la agencia de la ONU, y las autoridades de los distintos gobiernos se han agrandado considerablemente según los análisis considerados.

Sean ciertas o no las cifras divulgadas, (lo que no se puede discutir son los miles de muertos), lo que expresan una vez más es una gran cantidad de vidas humanas que se mueren diariamente como consecuencia de la precariedad, la explotación y la pobreza. Como también demuestra los intereses, las especulaciones, los negocios que se hacen sobre la misma.

LA "FEMINIZACIÓN" DEL SIDA

"Si en Occidente, en un comienzo, se consideró que el SIDA atacaba primordialmente a los varones homosexuales, ya hace tiempo que la pandemia -especialmente en África- afecta principalmente a las mujeres. En el período 1999-2001, el porcentaje de mujeres creció del 41 al 47% entre el total de infectados; a este fenómeno se lo ha denominado "feminización del Sida" y se debe, al menos en parte, al hecho de que muchas mujeres no pueden controlar cuándo y con quién tienen contacto sexual y que, en muchos lugares del mundo, no se les permite, ni se les alienta, a entender su propio cuerpo, lo que las vuelve más vulnerables." (15)

Por otra parte, "...la reiterada incidencia de relaciones no consensuadas, la incapacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras y, en muchos casos, el miedo al abandono o expulsión del hogar o comunidad, plantean retos externos para las mujeres."

"Por ejemplo, en Sudáfrica, las encuestas entre jóvenes indican que 33% de las mujeres jóvenes teme negarse a mantener relaciones sexuales, y 55% las realiza aunque no lo desee, por insistencia de su pareja. La creencia de que las mujeres sólo centran su sexualidad en la reproducción, y que los hombres deben contar con amplia experiencia sexual, es otro elemento que impacta en la difusión del VIH/SIDA, en donde las mujeres dependen en gran medida de la cooperación masculina, subraya el informe." (16)

El aumento considerable de los casos de SIDA también tiene relación con los numerosos casos de abusos sexuales y violaciones a los que son sometidas las mujeres. Por ejemplo, "el alto índice de abusos sexuales y casos de violencia que sufren las jóvenes y mujeres en Zambia conlleva también un precio mortal. Un nuevo estudio revela que los abusos hacen incrementar además la epidemia de VIH/SIDA y produce un predominio de VIH mucho más elevado entre las chicas que entre los chicos. El predominio del VIH es cinco veces mayor entre las chicas jóvenes que entre los chicos de su misma edad." (17)

En otro informe, se agrega que "en muchos casos, las infectadas son niñas y adultas víctimas de violaciones, a manos de desconocidos, de soldados saqueadores, o de sus propios esposos (entre 16 y 52 % de las mujeres de este mundo han sufrido abusos físicos por parte de su pareja al menos una vez en la vida, en muchos casos, el abuso consiste en una violación sexual). La violencia de género, y el temor a la misma, provocan en muchos casos la sumisión de las mujeres y, con ella, aumenta la posibilidad de que sean infectadas. La prostitución, el tráfico sexual y el turismo sexual, formas de explotación arraigadas en el planeta, también son un factor que favorece la feminización de la enfermedad." (18) Además, la violencia sexual contra estas chicas se ve aún más aumentada debido a la creencia popular, que existe entre los hombres mayores, de que el sexo con las vírgenes curará el SIDA.

Otra dimensión más del problema son los niños que se quedan solos cuando mueren sus padres. "La pandemia de SIDA en África, además de reducir la expectativa de vida, elevar la mortandad y disminuir la fecundidad, no sólo está dejando menos mujeres vivas sino además produciendo millones de huérfanos: el 90 % de los 11 millones de huérfanos que dejó el SIDA hasta 1999 son africanos." (19)

Lo expuesto expresa la consolidación de la pobreza, sobre todo, en los hogares del África rural. "A través de la reciente investigación de la FAO realizada en algunas comunidades rurales del África Subsahariana, se han analizado los efectos de la epidemia en las comunidades y sus medios de subsistencia, con consecuencias como el endeudamiento profundo de las familias, la retirada de los niños de la escuela o los cambios en las técnicas agrícolas y en la alimentación." (20) Para las mujeres muchas veces implica perder propiedades como tierras, equipos agrícolas o ganado, lo que socava su capacidad de obtener ingresos, producir alimentos y sobrevivir con sus hijos y otros huérfanos que a menudo tienen a cargo.

Las demandas más recientes de las mujeres se dirigen a la posibilidad de obtener condones. Pero, "al contrario de las necesidades y deseos de las mujeres africanas, los condones apenas se utilizan. Muy pocas parejas utilizan, en general, anticonceptivos. Mientras que los gobiernos africanos y de los países donantes continúan teniendo diferentes visiones morales en materia de planificación familiar, las mujeres africanas continúan dando a luz a más

niños de lo que sus cuerpos y sus ambientes locales pueden sostener. Una mujer de Níger dará a luz a unos siete niños y una mujer de Swazilandia a unos seis." En consecuencia, "...la persistencia de la pobreza, en los países menos desarrollados, a la vez, convierte a estas naciones en reservorios de infección. Lo mismo sucede en términos de género: los hogares encabezados por mujeres, en general más pobres que el resto, son particularmente vulnerables a los efectos económicos de la enfermedad, y a la enfermedad misma. Si bien indirecta, la relación entre la enfermedad y la inestabilidad política es considerada algo real. El severo impacto social y económico de las enfermedades infecciosas amenaza intensificar la lucha por el poder político y el control de los recursos del estado." (21)

CONCLUSIÓN

En varios artículos se destacan soluciones y propuestas vinculadas a las diversas iniciativas generadas por los distintos programas o acuerdos que mantiene las Naciones Unidas con los gobiernos de los países africanos. La ayuda de esta organización, como la de países europeos o Estados Unidos, está mediatizada por relaciones de dominación a escala mundial. Los países dominantes, con sus políticas económicas, no parecen estar demasiado interesados en revertir la situación de pobreza en África y por ende, los altos niveles de Sida como parte de una expresión de la misma.

No significa que los distintos planes o campañas no sirvan para paliar situaciones coyunturales pero no resuelven, de ninguna manera, condiciones estructurales que sostienen y acrecientan no solo la enfermedad, sino también la pobreza y la relación de dependencia económica.

Hay que considerar que, "África subsahariana alberga a 69 % de la población seropositiva de todo el planeta, pero la lucha contra el SIDA en el continente y el subcontinente recibe como máximo 1% del presupuesto destinado a la salud. Sólo tres países en desarrollo destinan más de 1% del presupuesto de salud a la lucha contra la pandemia. En el África subsahariana, la región más afectada del mundo por el SIDA, sólo Senegal, Zambia y Uganda han desarrollado políticas definidas de lucha contra la enfermedad." (22)

Además, "La pandemia VIH-SIDA dice presente en los países con una altísima deuda externa, que dependen estructuralmente de los organismos financieros internacionales. Principalmente, del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI)." (23)

Entonces, "la "crisis del SIDA prospera en la pobreza, con la desintegración social y en la ignorancia. La deuda y los ajustes han sido instrumentales para crear esta situación, en desmedro de la educación y de la prevención". Clumeck dice que, "lo que está matando a los africanos es la política económica de subdesarrollo, no los contactos sexuales. Cosechas escasas, pobreza rural, sistemas de cultivo que provocan migraciones, superpoblación urbana, degradación ecológica y la violencia sádica de las guerras civiles ponen en peligro o destruyen muchas más vidas africanas. Cuando se hunden los servicios esenciales de agua, energía y transporte, entonces se deteriora la sanidad pública y aumentan los riesgos de cólera y disentería. La pobreza africana, y no unos supuestos comportamientos sexuales extraordinarios, es el mejor predictor de las enfermedades que definen el SIDA. (24) El mismo autor sostiene que "... se ha de animar a la gente de todo el mundo a que viva su sexualidad de forma más consciente. Se ha de proporcionar información digna de confianza sobre el uso de preservativos, contracepción, planificación familiar y enfermedades venéreas. Pero, desde Camerún hasta California, la educación sexual no tiene que continuar estando distorsionada mediante desinformación terrorífica y tendenciosa que equipara el sexo con la muerte." (25)

Creo que cualquier mujer del mundo debería poder vivir su sexualidad y su condición con libertad, para poder decidir de forma conciente sobre el desarrollo de su vida. Pensar esto no sólo es complejo para la cultura africana, sino también para otras donde la mujer ha ocupado un lugar de subordinación por muchísimo tiempo. También es difícil comprenderlo cuando hay mecanismos, códigos o normas tan arraigadas y aceptadas por todos. Y se hace aún más complicado cuando, en el contexto africano de pobreza, de enfrentamientos, de una realidad que se muestra tan caótica y desoladora, las necesidades cotidianas más urgentes son otras.

Para finalizar, propongo una frase que inevitablemente invita a la reflexión, el cuestionamiento y la discusión: "Cualquier cambio social pasa por las mujeres, tanto el cambio colectivo de los valores sociales dominantes como el cambio, más íntimo, más secreto, de los motivos y referencias simbólicas individuales." (26)

Notas:

(1) www.gloobal.info/guiadelmundo/index_temas.php

(2) ZIEGLER, J., La victoria de los vencidos, Ediciones B, Barcelona, 1988, p. 181

(3) ZIEGLER, J., La victoria de los vencidos..., cit., p. 181

(4) ZIEGLER, J., La victoria de los vencidos, Ediciones B, Barcelona, 1988, p. 183

(5) www.afrol.com/es/articulos/12500

(6) ZIEGLER, J., La victoria de los vencidos..., cit., p. 188

(7) ZIEGLER, J., La victoria de los vencidos..., cit., p. 191

(8) ZIEGLER, J., La victoria de los vencidos..., cit., p. 197

(9) <http://free-news.org/cgesheol.htm>.

(10) <http://free-news.org/cgesheol.htm>.

(11) www.afrol.com/es/articulos/12209

(12) www.solidaridad.net

- (13) <http://free-news.org/cgesheol.htm>.
- (14) <http://free-news.org/cgesheol.htm>.
- (15) www.gloobal.info/guiadelmundo/index_temas.php
- (16) www.gloobal.info/guiadelmundo/index_temas.php
- (17) www.afrol.com/es/articulos/12639
- (18) www.gloobal.info/guiadelmundo/index_temas.php
- (19) www.gloobal.info/guiadelmundo/index_temas.php
- (20) www.afrol.com
- (21) www.gloobal.info/guiadelmundo/index_temas.php
- (22) www.gloobal.info/guiadelmundo/index_temas.php
- (23) www.gloobal.info/guiadelmundo/index_temas.php
- (24) <http://free-news.org/cgesheol.htm>.
- (25) <http://free-news.org/cgesheol.htm>.
- (26) ZIEGLER, J., La victoria de los vencidos...,cit. p. 186
<http://ar.geocities.com/obserflictos>

El poco deseo femenino se resuelve de a dos

15.10.04 – El Mercurio – Chile

Investigador español dice que la falta de apetito sexual en las mujeres no es una disfunción sino un proceso normal que se puede revertir en una acción conjunta de la pareja.

CARMEN RODRÍGUEZ

"Cuando una mujer siente que no tiene deseo sexual, puede pensar dos cosas: a) estoy enferma; b) no quiero a mi marido. Pero ¿qué pasa cuando está perfectamente sana? ¿Y cuando en realidad sí quiere a su pareja?"

Las preguntas las hace el sexólogo y psicólogo español Francisco Cabello, uno de los principales expositores del XII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación que congrega en Santiago a más de 500 profesionales chilenos y extranjeros.

¿Qué pasa con esta mujer que no sabe por dónde empezar a enfrentar su falta de deseo sexual? Ella no piensa que, a lo mejor, lo que está fallando es quien tiene que inducir su deseo. "Si su marido es el que no lo está haciendo bien, entonces habría que tratarlo a él", afirma el doctor Cabello.

El médico ofreció ayer la conferencia "Nuevas tendencias en terapia sexual: el reto del deseo", en la que se mostró preocupado de que se esté considerando como una disfunción sexual algo que puede ser perfectamente normal: una mujer que vive una relación larga y estable y que no manifiesta deseo sexual en forma espontánea; es decir, sin que medie la incitación de su pareja.

"El 50% de las mujeres en parejas de larga duración no tienen el deseo de forma inicial sino que sólo a partir de una experiencia excitatoria", afirma el médico andaluz. "A este consenso llegamos el año pasado en París, en una Comisión de Expertos en Disfunciones Sexuales, tras analizar una serie de estudios".

Esta realidad choca con las fantasías masculinas: "Llegar a casa y que ella lo esté esperando en una tanga de leopardo, colgada de una lámpara, y esperando caer sobre él. Esta imagen el hombre la ha aprendido de las charlas con los amigos o de las películas porno; y ambas son siempre exageradas", afirma Cabello.

También la publicidad, el cine y "muchos textos de sexualidad" muestran que el deseo debiera estar a flor de piel, pero la verdad es que no es así, recalca el investigador. "El deseo espontáneo en la mujer sólo se va a dar en situaciones muy puntuales -por ejemplo, en la mitad del ciclo menstrual-, que coinciden con altos niveles de testosterona.

Durante su conferencia, Cabello mostró los diferentes pasos que requiere una mujer para llegar al deseo (ver infografía), a diferencia de lo que ocurre en el hombre, en quien el deseo aparece en forma inicial.

En la aparición del deseo femenino, en cambio, es clave lo que haga o deje de hacer su pareja sexual. "Las mujeres necesitamos de un clima de intimidad, de comunicación. No podemos hacerlo estando enojadas ni tampoco resolvemos los problemas en la cama", advierte la sicóloga y sexóloga argentina Diana Resnicoff, también presente en el congreso.

Sin embargo, advierte el sexólogo español, las mujeres pueden llegar a vivir un proceso de deseo inicial (similar al masculino) cuando se encuentran en la etapa del enamoramiento. Entonces, el solo pensamiento del ser amado las hace desearlo. Pero con el paso del tiempo, y cuanto más estable sea la pareja, esto desaparece.

"Llega un momento en que conoces tanto a tu pareja que te atrae menos que cualquier persona nueva que conoces". Entonces, afirma Cabello "o llamamos a un abogado (para enfrentar la separación) o aprendemos a vivir la sexualidad al interior de una pareja estable".

PARA LLEGAR A DESEAR

Los procesos que llevan al deseo son muy distintos en el hombre y en la mujer. Mientras el primero parte con éste, ella debe pasar por varias fases antes de llegar a desear el encuentro sexual.



Sólo las mujeres en estado de enamoramiento viven un circuito igual al del hombre.

EL MERCURIO

Cambio de guiones

Y esto se logra mediante una terapia en la que participan ambos. "Se trata de cambiar los guiones sexuales; de que la pareja cambie el modo de acercamiento, de que mejoren sus técnicas de intimidad", dice Cabello.

Diana Resnicoff habla de que la recuperación del deseo tiene que ver con "recuperar la memoria del cuerpo, de los momentos agradables que se vivieron antes: nuestro mejor kamasutra está en nuestra cabeza. El deseo se puede ir armando en nuestra mente desde antes de llegar a casa: a través de un e-mail cariñoso o de una invitación por teléfono".

"Si quieres volver a vivir lo que sentiste, no requieres de ninguna medicación sino de volverte a contactar con lo que alguna vez te provocó deseo", agrega Beatriz Goldstein, educadora sexual argentina.

La mayor parte de los cuadros de falta de deseo en las mujeres responde a una inadecuada intimidad de la pareja. Por ello, el doctor Cabello se muestra preocupado ante la creencia de que con fármacos, geles o cremas, las mujeres podrán revertir su falta de deseo y de excitación sexual.

Con él coincide Diana Resnicoff: "Ante la llegada del Viagra para los hombres, muchas mujeres se han sentido angustiadas y se preguntan por qué no hay una pastillita especial para la mujer. Y se olvidan de que la sexualidad se da de un modo muy diferente entre hombres y mujeres".

Francisco Cabello cree que no se debe patologizar un aspecto de la vida que en realidad funciona como una emoción; es decir, que fluctúa de acuerdo a varios factores. Eso sí, advierte, existen cuadros de falta de deseo que corresponden a una disfunción, aunque son los menos. "Frente a ellos, hay que analizar cuáles son los traumas psicológicos o los problemas hormonales que pueden estar provocándolos. Y entonces, sí lo tratamos de un modo combinado: terapia sexual de pareja y fármacos".

A ellos también les pasa

Los hombres también pueden sufrir de falta de deseo sexual, pero por distintas causas que las mujeres, explica el sexólogo e investigador Francisco Cabello, avalado por un estudio que realizó en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

Mientras la mayoría de ellas señala como principal causa la falta de atención de su pareja, el 86% de ellos lo atribuye al temor de no estar funcionando bien en su cometido sexual. "Sea cierto o no, ellos creen que acaban muy rápido y que no dejan a su mujer satisfecha. Esa sola idea los hace perder el deseo sexual".

Para afrontar esto, se usa una terapia de "reestructuración cognitiva"; es decir, se intenta cambiar su idea en caso de que ésta sea errónea.

"Así como la mujer necesita sentirse acogida, respetada y comprendida para desear al otro; el hombre requiere sentir que está teniendo éxito en lo sexual; o sea, necesita un poquito de aplauso", afirma el doctor Cabello.

Tendencias

Los "asexuales" salen del clóset

16.10.04 – el Mercurio - Chile

Un grupo creciente de hombres y mujeres dice no al sexo porque no les interesa. Están organizados, tienen sitios web y poleras con el lema "Asexuales: ya no sólo amebas".

Si un amigo suyo se declaró abiertamente homosexual o bisexual y usted cree que con ello lo ha visto todo, prepárese. Porque una nueva minoría sexual -o, mejor dicho, asexual- está sacando la voz.

Se trata de los "asexuales", un grupo creciente de hombres y mujeres a los que el sexo no les llama la atención. No es que se hayan autoimpuesto la castidad, que sublimen sus deseos, busquen un retorno a valores conservadores o sufran de impotencia. Sencillamente no experimentan atracción sexual frente a nadie.

El fenómeno salió a la luz el jueves, en un artículo publicado por la revista "New Scientist", que tuvo réplicas en "The Independent", "The Guardian" y "The Times", entre otros periódicos.

"Orgullo A"

Tras años de silencio en una sociedad hipersexualizada, los asexuales se están organizando a través de internet para decir que su condición no es sólo para las amebas. De hecho, ése es uno de los lemas impresos en sus poleras, que se venden en la red.

También tienen gorras, tazones, mousepads, autoadhesivos, loncheras y hasta ropa interior con mensajes como "Sin sexo, por favor", "Los asexuales tienen otras cosas en la cabeza" o simplemente "Inefable".

"Es una orientación, como ser bisexual o heterosexual", afirma David Jay, fundador de una comunidad asexual online llamada AVEN (Asexual Visibility and Education Network), que ya cuenta con mil 200 miembros. "Los asexuales no experimentamos atracción sexual. El sexo no nos interesa. Nuestras vidas son tan plenas como las de cualquiera; nuestras relaciones son tan íntimas y complejas como todas, pero sin sexo", agrega.

Un estudio de la Universidad Brock en St. Catherines, Ontario, Canadá, ofrece la primera estimación de la frecuencia de la asexualidad: cerca del 1% de la población.

Para el análisis se revisó un estudio de prácticas sexuales de más de 18 mil personas en el Reino Unido, de 1994. El 1% de los participantes estuvo de acuerdo con la frase: "Nunca me he sentido sexualmente atraído por nadie". Y el 2% nunca había tenido relaciones sexuales. La cifra no estaba tan alejada del 3% que informó sentir una atracción por el mismo sexo.

Nicole Prause, estudiante de doctorado en la Universidad de Indiana en Bloomington, reclutó asexuales a través de internet para preguntarles sobre su experiencia sexual, capacidad de excitación y niveles de deseo.

Sus resultados preliminares revelan que quienes se describen como asexuales a menudo tienen relaciones sexuales pese a no quererlo realmente.

Según el estudio, los asexuales no ven su condición como una enfermedad, sino como una orientación sexual.

La investigación animal muestra que la asexualidad no es exclusivamente humana. Estudios que se llevaron a cabo en los 80 demostraron que hasta 12% de las ratas y gerbos machos no tienen interés por las hembras. En un estudio con ovejas cerca del 10% de los carneros jóvenes, sexualmente maduros que fueron puestos en un corral con ovejas hembras no mostró ningún interés en aparearse. Luego fueron colocados en un corral junto con otros dos machos o dos hembras y se probó su interés sexual.

Entre el 5 y 7% mostró una tendencia homosexual al exhibir señas de atracción por otros carneros. Pero un 2 a 3% no mostró interés por hembras ni machos.

Entre los autoproclamados asexuales humanos, hay una amplia variedad de experiencias. Algunos admiten que pueden excitarse, mientras que muchos tienen una libido extremadamente baja. Pero todos encuentran el acto físico del sexo como algo completamente extraño.

Testimonios

Una niña norteamericana de 17 años, que declinó dar su nombre, recuerda haber buscado en el diccionario una definición que describiera su sexualidad.

Confidenció en su diario: "¿Qué soy? No soy nada: para 'nada' al menos existe una palabra... Si hubiera una palabra para lo que estoy empezando a pensar que soy no tendría -a diferencia de la palabra homosexual, heterosexual, bisexual, transexual- la palabra sexo en ella. Soy algo diferente".

Para Kate Goldfield, de 20 años, estudiante universitaria, el sexo es "tan extraño como que me digan: 'Cuando cumplas 18 vamos a llevarte en un transbordador espacial para ir a Marte'".

Pete, también estudiante, mantiene un pololeo no sexual. "Me excito pero cuando sucede es molesto, porque para mí no tiene ningún sentido".

En internet

AVEN

www.asexuality.org

SEXUALIDAD

Analfabetos sexuales

16.10.04 – El Mundo - España

Patricia Matey

Si haces el amor por primera vez no puedes quedarte embarazada. Tampoco si estás con la regla. Cuando te masturbas salen granos... La mayoría de los adolescentes españoles, según rezan las encuestas, asegura que está bien informado sobre temas relacionados con la sexualidad, pero una cosa es lo que saben y, otra, lo que creen saber. Algo está fallando: 18.000 embarazos cada año en menores de 19 años, un aborto y un alumbramiento cada día entre adolescentes y uno de cada tres jóvenes de 18 a 29 años que declara que en sus últimas tres relaciones sexuales no ha usado el preservativo. Al analfabetismo en temas de sexo, y a sus tremendas consecuencias, sólo hay una forma de plantarle cara: con educación. Todos, médicos, profesores, padres y alumnos están de acuerdo: la formación en sexualidad debería estar en los programas escolares. Existe una asignatura transversal que versa sobre este tema, pero todos, de nuevo, critican que se está impartiendo mal y que en muchos centros ni siquiera está presente. Ninguno de los expertos consultados por SALUD ha dudado en afirmar que la gran asignatura pendiente de nuestro país es la educación sexual. No es sólo sentido común. Un estudio reciente, elaborado por la ONG británica Population Concern, determinaba que la formación deficiente en temas de sexo produce unos 75 millones de embarazos no deseados al año, de los cuales 45 millones son interrumpidos. Y España es ya, después de Reino Unido, el primer país de Europa donde más gestaciones no queridas se producen (18.000 al año), de los que cerca de la mitad (7.000) acaban en abortos voluntarios, según un trabajo presentado el pasado mes de julio por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Más argumentos: el estudio Ipertim, en el que participaron 126 jóvenes españoles con verrugas genitales causadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH), demostró que las intervenciones educativas específicas pueden ayudar a reducir las recidivas por este tipo de infección, una de las que más ha aumentado en este sector de la población.

VIRGINIDAD. La mitad de los adolescentes de entre 17 y 19 años de todos los países occidentales ha tenido una relación sexual. La edad del primer encuentro a ha ido descendiendo de forma constante en las últimas décadas. Al principio de siglo, la iniciación en el sexo solía producirse alrededor de los 20 años. Ahora y, según datos del 2000 del Instituto Nacional de Juventud Española (INJUVE), como media, los chicos pierden la virginidad a los 17 y las chicas a los 18. Los más precoces se inician a los 15.

Las razones de la precocidad cada vez mayor en la inauguración de la vida sexual hay que buscarlas tanto en la liberación sexual que se produjo en los años 60 y 70, y que trajo de la mano una mayor tolerancia hacia el sexo prematrimonial (lo que ha permitido que los jóvenes se sientan más libres para practicarlo) y la disponibilidad de contraceptivos seguros y eficaces. Pero ninguno de estos cambios se ha visto acompañado por una mayor formación de los adolescentes en materia de sexo. No han faltado buenas intenciones para intentar modificar este panorama, pero todavía se está lejos de que estos virtuosos propósitos se conviertan en realidad. Antonio Merino, de la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS), creada dentro del departamento de Medicina Preventiva del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, justifica esta aseveración.

En los 90 se introdujo dentro de la LOGSE una nueva asignatura llamada Educación para la Salud en Primaria (6 a 11 años) y Secundaria (12 a 16), en la cual se abarcan temas que van desde la alimentación; la higiene y también la educación sexual. Pero la introducción de esta materia está en manos de los colegios y de los profesores. Éstos últimos no están preparados para impartir educación sexual. Es más, se sabe que las clases de formación en esta materia que se dan están mal orientadas».

RESPONSABILIDAD. De la misma opinión se muestra el sexólogo Alberto Jiménez, del Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid. «El concepto teórico de dar formación en sexualidad está muy bien y es importante, pero cuando se dice que impartir este tipo de asignatura es una responsabilidad de todos y no se establece un programa para hacerlo ni se forma a los docentes es como decir que no es responsabilidad de nadie. Es muy necesario hacer educación sexual pero recordando que la sexualidad no es sólo reproducción».

Precisamente, por este motivo, porque formar en sexualidad no es ilustrar únicamente en el sistema reproductor humano, todos los colectivos consultados (enfermería, médicos, profesores y padres) defienden la necesidad de preparar a los maestros para que puedan afrontar este nuevo reto. Porque, tal y como razona José Luis Doval Conde, presidente de la Sociedad Española de Contracepción, «la formación en temas de sexo no es una clase de zoología, ni consiste únicamente en decirle a una joven cómo evitar un embarazo». De hecho, varios estudios han demostrado que las personas que alcanzan la edad adulta formadas adecuadamente en sexualidad son más seguras, más respetuosas, tienen menos conflictos emocionales, ejercen su sexualidad sin sentimientos de culpa y no realizan prácticas de riesgo. Es más, la educación sexual permite avanzar en la lucha contra la discriminación y la desigualdad.

La excelencia, por tanto, en la educación es una prioridad si se persigue, además, que cumpla con su finalidad. Mari Cruz Molina, de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona, explica que «al igual que nos hemos dado cuenta de que la formación en temas de sexo no debe quedar relegada a acciones puntuales, ya que fracasan y pierden el interés del alumno, la calidad de la educación es primordial para la evolución de otros aspectos, como la emotividad, la comunicación, la orientación sexual, los afectos, entre otros».

Para ilustrar sus palabras esta profesora recuerda que las charlas impartidas en colegios con motivo, por ejemplo del Día Mundial de Sida, «acababan sin despertar el interés, los propios estudiantes nos decían, 'otra vez eso... ya me lo sé'. Hay un rechazo hacia estas actuaciones puntuales. Por tanto, es fundamental no limitarse a hablar de sexo relacionado con riesgo, como sucede ahora. Hay que educarlos desde la infancia, con una actitud positiva y contextualizar, cuando son adolescentes, los conceptos de riesgo. Pero, sobre todo, hay que ser constante a la hora de impartir estas materias».

Constancia y casi obligatoriedad exigen también los afectados más directamente relacionados con los problemas de los adolescentes: sus padres. Lola Abelló, presidenta de la Confederación Estatal de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA), defiende el acuerdo entre los progenitores respecto a que la educación sexual de los menores sea una tarea compartida por ellos y por los profesores. «Antes había padres que no querían que se impartiera esta materia en las aulas, pero poco a poco las cosas han ido cambiando y se han dado cuenta de que los niños no son como los de hace 20 años, tienen otras curiosidades reciben más información de otros medios y ellos, muchas veces, no saben cómo afrontar los interrogantes que les plantean».

Tal y como se recoge en una encuesta con padres de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, el 40% reconoce no saber manejar los conflictos de convivencia familiar y cerca de una tercera parte dice sentirse incapaz de educar bien a sus hijos. Para ayudar a resolver las dificultades que tienen en esta formación, el 59,6% de los padres cree que los profesores deberían educar mejor y el 49% dice que los medios de comunicación tendrían que ser más formativos.

Abelló explica que la buena voluntad de ciertos centros y del profesorado está motivando que «ya existan algunos colegios en los que dentro de la asignatura de Naturales se imparte, durante cuatro meses, formación en educación sexual, con un éxito muy grande entre los alumnos y los padres». No obstante, el reconocimiento merecido a este logro no nubla el hecho de que denuncie «que sigue siendo una asignatura pendiente». Cree que uno de los aspectos más positivos es la introducción de la escuela de padres en los propios centros educativos, «ya que les permite aprender a saber cómo deben hablar a sus hijos y reduce los conflictos».

Para la presidenta de la CEAPA, parte del interés depositado en esta materia se debe a que «estamos preocupados por el número elevado de embarazos no deseados entre las menores y la prevención es el arma más eficaz contra ellos. Creemos, además, que la formación en sexualidad debe empezar pronto, cuando los menores tienen cuatro años. Hoy en día, las niñas tienen la menstruación cada vez más pronto y si queremos prepararlas para que entiendan este momento y pregunten sus dudas e inquietudes tenemos que dirigirnos a ellas antes».

Uno de los puntos más problemáticos para expandir la formación en materia de sexo es quién debería llevarla a cabo. Sin embargo, a la vez que los propios docentes piden que se les impartan cursos sobre la materia, el personal sanitario está deseoso de traspasar las puertas de los centros médicos y llegar hasta las aulas.

Así lo manifiesta María José García, secretaria general de comunicación del Sindicato de Enfermería (SATSE), que defiende la obligatoriedad de la asignatura de Educación para la Salud. A modo de ejemplo basta recordar que esta medida ha servido para que, en Holanda, por citar un único aspecto, el número de embarazos no deseados entre menores se reduzca a uno por cada 1.000 adolescentes, la menor tasa de Europa. «Nosotros defendemos», apunta García «que el personal sanitario esté en colegios e institutos. La mejor forma de prevenir enfermedades es enseñando hábitos de vida saludables y para ello debemos llegar hasta las aulas. Cataluña es pionera. Tiene un programa para implantar de aquí al 2008 a profesionales sanitarios en los colegios con 1,8 millones de euros de presupuesto».

CENTROS DE ANTICONCEPCIÓN

La falta de recursos para atender a los jóvenes

El paso dado a principios de mes por la Generalitat de Cataluña de distribuir gratuitamente y sin receta en centros de atención primaria, urgencias y centros de salud reproductiva la píldora del día después ha sido acogida como una de las mejores noticias que se han producido en el camino de la reducción de los embarazos no deseados y abortos. Las malas noticias vienen de la mano de un estudio realizado para elaborar la Guía Sex Joven que se presentó en Madrid la semana pasada. El manual, disponible en Internet (www.fpfe.org/guiasexjoven), ha sido realizado por la Federación de Planificación Familiar de España (EPFE) y recoge por primera vez los recursos para jóvenes en materia de sexualidad y anticoncepción dentro de la red pública española o en establecimientos pertenecientes a ONG con financiación pública. En el informe se demuestra que sólo existen 167 centros, de los cuales un tercio cumplen las características que propone la Organización Mundial de la Salud. Además, y respecto al tipo de recursos que se ofrecen, en el 91% de los casos se atiende a los jóvenes una tarde o una mañana a la semana. Para Alberto Jiménez, del Centro Joven de Sexualidad y Anticoncepción de Madrid, la falta de recursos es palpable. «Un ejemplo es el de la píldora del día después. La verdad es que no se está dando. Hasta aquí llegan jóvenes desde Guadalajara, por ejemplo, que han pasado antes por cinco sitios o más y que al final les han derivado hasta nosotros. Somos una institución privada pero hay centros públicos que cierran en verano y que, directamente, desvían sus llamadas de teléfono a nuestro número». A los escasos recursos hay que añadir ahora el cierre en los meses de noviembre y diciembre del Centro Joven de Madrid, «no tenemos dinero para finalizar el año», aclara Jiménez. Desde 1991 hasta 1999, han atendido a más de 66.000 jóvenes.

INFECCIONES SEXUALES

En sus mentes sólo está la palabra sida... ¿Y las otras?

Saben muy bien lo que significa la palabra sida, pero desconocen que existen otras muchas Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que se pueden contraer y que, en el caso de las mujeres, elevan el riesgo de padecer grandes trastornos como enfermedad pélvica inflamatoria e, incluso, infertilidad. Y lo que es peor, ignoran que no saben nada en materia de sexo. De hecho, el 73% de los jóvenes se considera bien informado en temas relacionados con la sexualidad.

Aún así un 76% de los que mantienen relaciones con penetración considera que está tomando las medidas necesarias para evitar un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual, pero cuando se analizan sus hábitos sexuales, sólo un 50% usa de forma constante el preservativo. Juan Ballesteros, Centro Sanitario Sandoval de Madrid, reconoce que la infección por el virus del papiloma humano y el herpes genital son las ETS más comunes entre los adolescentes.

«Lo más preocupante en este sector de la población es que están más desprotegidos que los adultos. No acuden a las consultas cuando tienen molestias y sus problemas pueden complicarse más a menudo», dice. Otros especialistas consultados por SALUD insisten en el aumento de las infecciones sexuales por clamidia y gonorrea en todos los países occidentales entre los más jóvenes, tal y como se desprende del siguiente dato: cerca de un 25% de las mujeres jóvenes sexualmente activas tiene alguna ETS una cifra que en España puede estar entre el 10% y el 20%, sobre todo si se incluyen las infecciones fúngicas que padece un 75% de las féminas al menos una vez en la vida. Los programas educativos en las escuelas de Holanda han servido para que uno de cada cuatro adolescentes use la píldora y el preservativo en su primera relación sexual y pueden evitar estos problemas.

Actitudes, demandas y comportamientos

El 25% de los adolescentes españoles de entre 15 y 17 años mantiene actividad sexual. Dos tercios de los que tienen relaciones íntimas lo hacen con una sola persona, pero un 35% practica con más de una pareja. Precisamente es en este grupo donde más embarazos no deseados se producen. De hecho, se sabe que uno de cada tres adolescentes no usa preservativo en sus relaciones con penetración. Llegar hasta ellos, para intentar que modifiquen sus hábitos es difícil.

Sus principales fuentes de información son, por este orden, los amigos, los medios de comunicación (televisión y radio) y, por último, los padres. Sin embargo, esfuerzos como los llevados a cabo desde el Programa de Agentes Jóvenes en Educación Para la Salud (PAJEPS), dan sus frutos. Ana Martín, de 25 años, psicóloga que lleva los temas de sexualidad dentro de esta institución afirma que los adolescentes «están deseando recibir información sobre sexualidad y te preguntan sin cesar cosas cuando hablas con ellos. Creo que es muy positivo que personas que ven como cercanas, por la edad, les manden estos mensajes porque creen que están ante iguales». Ana es una más de los 460 jóvenes profesionales de varios ámbitos que se dedican a impartir cursos, seminarios, entre otras actividades, en colegios e institutos para favorecer la cultura de la salud.

Para esta voluntaria, como para Antonio Merino, de ADEPS, lo que está cada vez más claro es que los «jóvenes no tienen una percepción del riesgo real, que se traduce no sólo en la no utilización del preservativo, sino, además, en otros ámbitos como las drogas, el alcohol, la conducción. Para hacer frente a ésto se debe realizar formación continuada. La asignatura de Educación para la Salud tiene que ser obligatoria porque está claro que los mensajes que estamos lanzando a los jóvenes no les llegan».

Fracasos

En este sentido, tanto Martín como Merino hacen especial hincapié en el fracaso que han tenido las campañas contra la droga o las de consumo de alcohol y tráfico. «Somos el país de Europa donde más cocaína se consume y todos los fines de semana se mata un número muy elevado de jóvenes en las carreteras. Algo no se está haciendo bien. De hecho, creemos que la cadena de salud está fallando y, además, del elevado número de abortos, tenemos que decir que se están detectando casos de sífilis entre este sector de la población», aclara Merino.

Defienden que para modificar comportamientos no se debe llegar al joven con «bombardeo continuo de consejos por muy atractivos que se crean que son o con mensajes coercitivos y restrictivos».

En este sentido, y tal y como expuso Jany Rademakers, del Instituto de Investigación Sexológica de Holanda, los intentos de mantener «una actitud liberal hacia la sexualidad del adolescente tiene un efecto positivo sobre su salud sexual, porque facilita la disponibilidad de los servicios de contracepción y programas de educación en temas de sexo. Por lo tanto, este tipo de actitud lleva al uso más efectivo de la contracepción, a menos embarazos adolescentes y a menos abortos, tal y como ha sucedido en este país». El ejemplo de Holanda no es el único. Suecia, una de las primeras naciones en las que se introdujo la educación en las escuelas, tiene una incidencia de VIH baja entre los adolescentes, los niveles de clamidia están reduciéndose y la gonorrea casi no existe.

CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA SEXUAL

Falta de deseo y otras disfunciones sexuales se debaten en un Congreso

18.10.04 - El Día - La Plata

Problemáticas como la eyaculación precoz, la disfunción eréctil y la falta de deseo en los hombres, y las dificultades en el orgasmo, en la excitación y también respecto del deseo en las mujeres son aspectos centrales que se abordarán en el Congreso Mundial de Medicina Sexual que comenzó ayer en la capital federal.

El encuentro cuenta con la participación de más de 1.500 especialistas del país y del extranjero, y el lema convocante es el abordaje de las distintas funciones y disfunciones sexuales que aquejan a hombres y mujeres en los comienzos de este siglo, al tiempo que se revelarán estudios inéditos sobre diagnóstico y tratamiento de estas problemáticas.

40% CON PROBLEMAS

"Los principales trastornos en los varones son la pérdida de deseo, la disfunción eréctil y los trastornos de la eyaculación, donde el más frecuente es la eyaculación precoz", destacó Amado Bechara, secretario científico del Congreso.

"En la mujer, los trastornos más frecuentes están relacionados al orgasmo, la excitación, el deseo y las alteraciones hormonales", añadió el especialista que se desempeña como jefe de Disfunciones Sexuales del Hospital Durand, de Buenos Aires, y docente de la UBA.

En cuanto al vínculo de la pareja, el experto lo ubicó en un lugar central de este tipo de problemáticas, al marcar que "la relación hace a la génesis del problema o a su mantenimiento, tanto para el hombre como para la mujer".

Este tipo de problemas ocurren en cualquier etapa de la vida, pero "los 55 es la edad, en promedio, de mayor vulnerabilidad, es un pico importante", dijo al referirse a la mayor incidencia de problemas orgánicos.

El experto destacó que la prevalencia de disfunciones sexuales "es alta, oscila entre un 40 y 60 por ciento a nivel mundial, en varones y mujeres, y la Argentina está en los mismos valores internacionales".

No obstante, Bechara destacó que en el país "no hay un estudio de prevalencia de la población, por lo que nos manejamos con datos de otros países; hay estudios pero son parciales, de Capital o alguna provincia, pero si se evalúa la situación en el mundo, las cifras son similares".

NUEVAS DROGAS

El encuentro, que se lleva a cabo en el Hotel Sheraton del barrio porteño de Retiro, se extenderá hasta el 21 de octubre, con la presentación de trabajos sobre drogas nuevas que están en investigación, especialmente para mejorar la erección en el hombre y retardar la eyaculación.

Uno de los aspectos que concentra la atención de muchos especialistas está referido a los aspectos éticos en el manejo de los pacientes con disfunción sexual que padecen enfermedades de transmisión sexual.

El especialista remarcó que los factores generadores de las distintas disfunciones sexuales son muchas veces de índole psicológica y emotivo vinculado a la relación de pareja o a la propia singularidad de la persona, y otras veces las causas son orgánicas, hormonales, vasculares, entre otras.

Gel vaginal puede proteger a las mujeres del VIH

18.10.04 - Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

Un producto químico especialmente diseñado para frustrar la forma en que el virus del SIDA invade durante la relación sexual, ofrece a las y los científicos una nueva pista en la larga búsqueda de un gel vaginal que las mujeres pudieran aplicarse para protegerse cuando sus parejas sexuales no utilizan condón.

El medicamento todavía en fase experimental no está listo para pruebas en humanos, pero ha proporcionado una potente protección a monas que estuvieron expuestas a grandes cantidades del virus del SIDA, reportó un grupo de científicos el jueves en la revista Science (Ciencia).

El producto químico evitó que el VIH invadiera el tejido vaginal, a través del bloqueo de su entrada celular preferida, y esto constituye la primera evidencia que, teniendo ese portal como objetivo, es suficiente para prevenir la infección. "Este trabajo nos da una molécula individual en la cual concentrarnos" en la creación de los llamados microbicidas tópicos, gel o cremas vaginales bloqueadoras del VIH, dijo el pasado jueves el investigador principal, Dr. Michael Lederman de la Universidad Case Western Reserve.

Las y los especialistas en SIDA se refirieron a este descubrimiento como una pista prometedora.

"Ha habido mucha dificultad en la obtención de microbicidas que sean al mismo tiempo efectivos y no irritantes", dijo el Dr. Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas. "Este es un paso hacia adelante".

La cacería de microbicidas ha sido difícil. El primer producto promovido realmente para la protección del VIH, el espermicida nonoxynol-9, a fin de cuentas se encontró que aumenta la probabilidad de infección debido a la irritación que produce en el tejido vaginal.

Actualmente, dos microbicidas experimentales están siendo sometidos a la etapa final de experimentación en miles de mujeres en África. Mientras que quienes están a favor de estos medicamentos tienen la esperanza de que proporcionarán por lo menos una protección parcial, los microbicidas no se enfocan específicamente a la forma en que el VIH invade el cuerpo durante la relación heterosexual.

El VIH invade las células a través de la superficie de moléculas "receptoras"; el virus prefiere una molécula llamada CCR5. Las y los científicos han sabido por mucho tiempo que la gente que carece de CCR5 debido a mutaciones genéticas, rara vez contrae el VIH -y que el cuerpo aloja otra molécula llamada RANTES que puede bloquear el VIH pegándose primero a la CCR5.

Lederman se asoció con científicos suizos quienes crearon una versión sintética de RANTES miles de veces más potente en el bloqueo de la CCR5. Ellos dieron una hormona a 30 monas para hacerles más vulnerables a la infección por VIH. Entonces aplicaron en sus vaginas un nuevo químico llamado PSC-RANTES, y 15 minutos más tarde les rociaron altas dosis de una cepa combinada del virus del VIH proveniente de monas y humanos.

Las monas que recibieron la dosis alta de PSC-RANTES quedaron completamente protegidas; una dosis menor proporcionó 80 por ciento de protección. No hubo efectos colaterales detectables.

Sin embargo, PSC-RANTES cuesta mucho dinero para su fabricación, por lo que las y los científicos están trabajando en fórmulas más económicas, y en una versión de gel que podría permanecer más tiempo en la vagina. También son necesarios más estudios de seguridad en animales. Pero "si tenemos suerte", en un año podrían comenzar pequeños estudios de seguridad en mujeres con una molécula bloqueadora del CCR5, dijo Lederman.

Es de suma importancia el desarrollo de métodos múltiples para bloquear el VIH transmitido sexualmente, dijo la Dra. Zeda Rosenberg del Programa Internacional de Microbicidas. "El tener un medicamento que específicamente bloquee los receptores del VIH es una pieza de verdadera importancia".

La investigación fue financiada por los gobiernos de EE.UU. y Suiza.

Fuente: PlanetWire, 15/10/2004

EE.UU. informan que apoyan la Agenda de Población con el entendido de que esta no promueve el aborto

18.10.04 - Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

Los Estados Unidos informaron a la Asamblea General de la ONU que apoyan decididamente el plan adoptado por la ONU hace 10 años, para promover el derecho de cada mujer a la educación, la atención a la salud, y para tomar decisiones referentes a la procreación de hijos -bajo el entendido de que dicho plan no promueve el aborto.

Sichan Siv, el embajador norteamericano ante el Consejo Económico y Social de la ONU, dijo que la preocupación fundamental de los EE.UU., en el sentido de que el plan estuviera siendo usado para promover el aborto, fue aplacada en reuniones de revisión regional en las que un país tras otro afirmó que no creían que el plan "promueve, avala o apoya el aborto".

Una década después de la histórica Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, conocida como la CIPD, la Asamblea General sostuvo una sesión de un día de duración el pasado jueves, para promover la implementación del plan de 20 años adoptado por 179 naciones que asistieron a la reunión de la ONU.

El miércoles, las Naciones Unidas habían recibido una declaración firmada por más de 250 líderes globales en todos los campos -incluyendo 85 jefes de estado y de gobierno- apoyando el plan de El Cairo. Pero la administración del presidente George W. Bush rehusó firmar debido a que la declaración menciona el término "derechos sexuales".

Siv dijo a la Asamblea General que los Estados Unidos están firmemente comprometidos a "impulsar el bienestar de las mujeres y sus familias".

En el entendido de que los países no deben usar la agenda de El Cairo para apoyar el aborto, "nos complace continuar ofreciendo nuestro sólido apoyo a la CIPD y su programa de acción", él dijo. El aborto fue un tema en la conferencia de El Cairo en 1994, pero la plataforma establece que el aborto no debe ser usado como un método de planificación familiar. También establece que el aborto inseguro debe ser tratado como un tema de salud pública, y que las mujeres que se someten a abortos no deben ser tratadas como criminales.

Siv dijo que los Estados Unidos están promoviendo las metas de El Cairo de muchas maneras -apoyando la educación y participación política de las niñas y con programas de microcrédito para las mujeres, así como a través del gasto de más de 475 millones de dólares anuales durante los últimos cuatro años para financiar la salud materna, la planificación familiar y programas de salud reproductiva.

La administración Bush promueve la abstinencia sexual para la gente joven.

Siv dijo, "la promoción del cambio de comportamiento -alentando la abstinencia y la fidelidad- es parte integral de nuestra lucha contra el VIH/SIDA".

Pero Mona Sahlin, la ministra sueca para temas de democracia, integración e igualdad de género, dijo a la Asamblea General "la realidad nos muestra que la promoción de la abstinencia no funciona". Sin nombrar a países o personas, ella dijo, "demasiados actores promueven actualmente la abstinencia".

"La gente joven necesita tener medios para protegerse a sí misma de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA" dijo Sahlin. "Ellos y ellas necesitan educación sexual así como condones y otros anticonceptivos".

La conferencia de El Cairo puso en la agenda global algunos temas "que solían ser tabú", especialmente en cuanto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la sexualidad de los y las adolescentes, la violencia basada en género, y prácticas tradicionales dañinas "como la mutilación genital femenina", ella dijo.

"Toda la gente debería poder tener una vida sexual satisfactoria y segura", dijo Sahlin. "Esto incluye a las mujeres, lesbianas, hombres homosexuales, bisexuales y personas transgéneras".

El programa de acción de El Cairo -en cuyo diseño la pasada administración del presidente Bill Clinton jugó un papel fundamental- establece que las mujeres tienen "el derecho a tomar decisiones concernientes a la reproducción, libres de discriminación, coerción y violencias, como se expresa en los documentos de derechos humanos". Pero no menciona específicamente los "derechos sexuales".

Sin embargo, los derechos sexuales fueron mencionados específicamente un año después, en la plataforma de acción adoptada por más de 180 naciones incluyendo los Estados Unidos, en la Conferencia de Beijing en 1995.

La plataforma, en cuyo diseño también tomo un rol de liderazgo la administración Clinton, establece: "Los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre asuntos

relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, libre de coerción, discriminación y violencia".

En anteriores reuniones de la ONU durante la presidencia de Bush, las y los representantes de los EE.UU. se han expresado en contra del aborto, los derechos de los homosexuales y la promoción de la promiscuidad al proporcionar condones a la gente joven para prevenir el SIDA.

Bush ha bloqueado 34 millones de dólares (?27,72 millones de euros) en asistencia anual aprobada por el Congreso al Fondo de Población de la ONU -la principal agencia implementadora de la agenda de El Cairo- alegando que la agencia de la ONU ayudó a China a manejar programas que involucraron abortos forzados, una acusación que el Fondo considera sin bases.

El anterior comisionado de la Unión Europea Hans Van Den Broek, enviado especial de la Unión Europea a la conmemoración, hizo notar el "alarmante déficit" en el suministro de anticonceptivos para planificación familiar y condones para la prevención del VIH, mismo que el Fondo de Población ha estimado que requeriría para este año 75 millones de dólares (?60,6 millones de euros) para ser rectificado.

Van Den Broek anunció que la Unión Europea pretende contribuir con 75 millones de dólares (?60,6 millones de euros) para cubrir ese déficit.

Pero él también hizo un llamado para "menos ideología, más realismo, menos hablar de dientes para afuera y más dinero" para alcanzar las metas para 2015.

Fuente: PlanetWire, 15/10/2004

Fue exitosa en animales y se inició su uso en humanos

Aplican terapia génica para tratar la impotencia

19.10.04 – La Nación

Se utiliza un gen que actúa sobre el músculo liso del pene

- Se aplica una inyección que logra efecto duradero durante seis meses
- El objetivo es mejorar el comportamiento de las células que gobiernan la erección

Todos conocen su tema de investigación. En el XI Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Investigaciones en Sexualidad e Impotencia, que se realiza en Buenos Aires, el trabajo del doctor Arnold Melman, médico del Departamento de Urología del Albert Einstein College of Medicine, de Nueva York, es uno de los que más permiten soñar con la medicina del futuro: terapia génica para la disfunción sexual eréctil, que estaría disponible en menos de cinco años.

Arnold Melman explicó que él y su equipo diseñaron un gen de ADN humano con la capacidad de fabricar canales de potasio en las células del músculo liso del pene. Y son estas células las que, al relajarse, permiten la dilatación arterial que hace que la sangre ingrese a los cuerpos cavernosos del órgano viril y lo mantienen en erección.

"El gen se llama Maki K Potassium Channel -dijo-, y su misión es «fabricar» nuevos canales de potasio en la superficie de estos músculos. La mayor parte del tiempo estos canales están cerrados. Pero cuando aparece una señal se abren, permiten que el potasio salga de la célula, que así se despolariza. Entonces, el calcio no puede ingresar y se relajan las células musculares, permitiendo la erección."

El doctor Melman afirmó que los experimentos se realizaron en ratas de laboratorio, pero que ya han comenzado a probarlo en tres pacientes. "No a dosis terapéuticas sino más bajas -advirtió-. Por el momento, el único objetivo es comprobar que sea un método seguro. El próximo paso será utilizar dosis más altas para ver si logramos en los hombres lo mismo que en los animales: una vez que les aplicamos este gen en el pene mediante una inyección, las ratas, que eran impotentes, se curaron y permanecieron así durante los seis meses que continuamos con el estudio."

El científico añadió que si bien la FDA (agencia que regula los alimentos y medicamentos en los EE.UU., por sus siglas en inglés) lo autorizó únicamente a probar su método en hombres con diabetes, hipertensión arterial u otras condiciones graves que causen impotencia (por ejemplo, fibrosis entre las células del músculo liso del pene), él está convencido de que "podremos probarlo inclusive como un método preventivo del envejecimiento. Y una alteración que pensamos tratar también es la incontinencia urinaria, que afecta en especial a las mujeres después de cierta edad".

Melman explicó que les llevó varios años demostrar que sobre la superficie de las células del músculo liso del pene existían varios tipos de canales de potasio y, luego, comprobar que estas células fueran capaces de incorporar como propio al gen fabricante de nuevos canales de potasio.

"Nos ayudó mucho trabajar ADN desnudo -dijo el investigador-. Las terapias génicas acoplan el gen modificado a un virus, que puede causar alteraciones inmunológicas. En este caso, trabajamos con un gen manufacturado en bacterias, con gran capacidad reproductiva, pero luego las quitamos y nos quedamos con el gen. Somos el primer grupo que utilizó ADN desnudo en disfunción sexual eréctil."

El doctor Arnold Melman dijo que al agregar nuevos canales de potasio a las células del músculo liso, "buscamos compensar ciertas condiciones. Por ejemplo: una persona normal tiene cuatro células y cada célula tiene su nervio correspondiente. Pero si padece diabetes, como la enfermedad causa neuropatía, quizá de los cuatro nervios sólo le quedó uno sano. Si fabricamos sobre la superficie de su músculo liso más canales de potasio, las células responderán en forma normal, aunque haya un número mucho menor de nervios estimulados".

Sin embargo, el doctor Melman señaló que su objetivo no es que la terapia génica alcance solamente a los casos graves. "Hay hombres físicamente sanos que tienen disfunción sexual eréctil por problemas psicológicos -dijo-. No sabemos bien de qué manera funciona el trastorno en estos casos. Quizás es el cerebro, que inhibe la transmisión nerviosa por la dificultad anímica. La cuestión es que siempre existe una alteración en el equilibrio celular entre el potasio y el calcio. Eso es lo que no permite que el músculo se relaje. Y la erección es, básicamente, una cuestión de relajación."

Por Gabriela Navarra



Una droga exitosa que busca nuevos terrenos

19.10.04 – La Nación

El sildenafil tendría más indicaciones

Ayer, durante una conferencia de prensa realizada en el marco del XI Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Investigaciones en Sexualidad e Impotencia que concluye el jueves en esta ciudad, el doctor Osvaldo Mazza, jefe de la división de Urología del Hospital de Clínicas, anunció que el sildenafil (conocido en todo el mundo como Viagra, y también ahora en la Argentina, donde no se vendía con ese nombre) no solamente muestra efectos en medicina sexual, donde ha ganado reputación por haber sido el primer fármaco lanzado al mercado para tratar la disfunción sexual eréctil.

"Desde que se conoció, en 1998 -dijo Mazza, que es docente de la UBA-, se han indicado más de mil millones de dosis, la han consumido 23 millones de pacientes y produjo 1600 artículos científicos. Varios estudios confirmaron que no aumenta el riesgo cardiovascular. De hecho, su acción sobre la impotencia se descubrió casualmente, cuando se lo probaba entre pacientes con angina de pecho. Pero ahora, además, se están investigando indicaciones del fármaco en otras patologías: hipertensión pulmonar, glaucoma, accidente cerebrovascular, síndrome de Raynaud, neuropatías y también posibles aplicaciones en obstetricia, para casos de hipertensión gestacional y amenaza de parto prematuro."

El doctor Luis Otavio Torres, médico brasileño que preside la Sociedad Latinoamericana para el Estudio de la Sexualidad y la Impotencia (Slais), dijo durante su charla científica -titulada "Harder erections for great sex", algo así como "erecciones más duras para mejor sexo"- que el uso de sildenafil "no depende de la edad del hombre" y que en su país el fármaco se vende sin receta.

"El uso recreativo -advirtió el doctor Mazza-, ya sea para aumentar la performance o dar una sensación de seguridad, no causa un problema médico, pero sí puede originar un problema psicológico. Es parte de un círculo negativo, que consiste en utilizar cosas que en realidad no se necesitan y que pueden conducir a excesos."

LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES PODRIAN AFECTAR LA SEXUALIDAD

"La píldora debe ser investigada"

19.10.04 –Página 12

El “padre del Viagra” advirtió en Buenos Aires que esos anticonceptivos pueden propiciar disfunciones sexuales femeninas.

Por Pedro Lipcovich

“Hay que investigar a fondo la posibilidad de que los anticonceptivos hormonales propicien disfunciones sexuales femeninas”, reclamó, en Buenos Aires, el célebre especialista norteamericano Irwing Goldstein, quien también pidió que el estudio se extienda “a las drogas que se usan en tratamientos contra la infertilidad y a los antidepresivos”. Goldstein describió los mecanismos por los cuales estos fármacos podrían producir problemas que van desde la falta de orgasmo hasta la inhibición de deseos o fantasías sexuales.

Este profesor de la Universidad de Boston –quien, en su momento, había conducido los principales ensayos clínicos que establecieron la eficacia del Viagra para la impotencia masculina– centra sus investigaciones actuales en las disfunciones femeninas. Ya anunció, para el año que viene, el primer producto específicamente aprobado en Estados Unidos para estos problemas: unos parches de testosterona que servirían para tratar a las mujeres en quienes los análisis de laboratorio hubieran diagnosticado la falta de esa hormona, que incide en la respuesta sexual. Goldstein participa en el XI Congreso Mundial de Medicina Sexual, que se está desarrollando en Buenos Aires.

“Un problema para detectar las disfunciones sexuales en las mujeres es que, a diferencia del hombre, la mujer puede tener sexualidad sin que esté en juego su deseo –empezó por advertir Goldstein–. Puede incluso ser sin su permiso, puede ser una violación; puede no tener interés, puede tener miedo, pero su anatomía misma la habilita para el sexo aun sin su voluntad; no hay en este sentido un requisito que equivalga a la erección en el hombre, que no puede tener sexo si la fisiología no actúa.”

El especialista –que dirige el Instituto de Medicina Sexual de la Universidad de Boston– señaló los tres requisitos fisiológicos para la función sexual femenina: “Que el sistema nervioso esté en buenas condiciones para transmitir los estímulos a la zona sexual; que los vasos sanguíneos de la zona no estén dañados para que la sangre pueda fluir a la zona de la vulva y el clitoris; y que estén presentes las hormonas necesarias, especialmente los estrógenos, la progesterona y la testosterona. Los problemas en cualquiera de estos órdenes –el neurológico, el circulatorio y el hormonal– pueden afectar la sexualidad femenina en el nivel del orgasmo, de la lubricación genital e incluso de la presencia de deseos o fantasías sexuales”. En cuanto al orden de la regulación que obedece a las hormonas, Goldstein señaló la necesidad de investigar los eventuales efectos de los anticonceptivos hormonales sobre la función sexual: “La píldora actúa inhibiendo la función de los ovarios; así impide la ovulación y por lo tanto el embarazo. Pero los ovarios tienen otra función, que es producir hormonas, y entre ellas la testosterona, cuya ausencia afecta la función sexual. Esta función también puede ser afectada por estos anticonceptivos”.

Según el investigador, podría haber un segundo modo, a largo plazo, como los anticonceptivos hormonales podrían afectar la función sexual femenina: “El hígado elabora una proteína llamada ‘fijadora de hormonas sexuales’ (SHBG, son sus siglas en inglés), que tiende a inhibir la acción de estas hormonas; en la mujer que toma anticonceptivos hormonales, ese ingreso adicional de hormonas hace que los niveles de esta proteína suban muy por encima de los valores normales; si la mujer toma anticonceptivos durante muchos años, el hígado puede experimentar un cambio bioquímico, por el cual esa proteína seguirá elevada: entonces, cuando la mujer deje de tomar anticonceptivos, sus propias hormonas, inhibidas por la SHBG, resultarán insuficientes para la función sexual”.

No es que Goldstein se manifieste contra el uso de anticonceptivos hormonales. Lo que dice es que “sus efectos colaterales sobre la vida sexual de las mujeres nunca han sido examinados y hay que investigar específicamente en este plano”. Igualmente, este especialista alerta sobre “la posibilidad de que las drogas que se emplean para combatir la infertilidad en las mujeres puedan tener efectos inhibidores sobre la función sexual. Necesitamos más investigaciones sobre el tema. Y esto mismo vale para los antidepresivos, de uso muy común en Estados Unidos”. Y tales efectos podrían potenciarse: “Una mujer que ha dejado de tomar píldoras anticonceptivas está triste; quizá no sabe muy bien por qué, o no se atreve a decirle al médico que su vida sexual no es ya muy satisfactoria; el médico, entonces, le receta un antidepresivo que agravará el problema”.

En el orden no ya de crear sino de resolver problemas sexuales causados por deficiencia hormonal, Goldstein anunció que “en 2005 saldrá a la venta en Estados Unidos el primer medicamento con indicación específica para ciertos casos de disfunción sexual femenina: se trata de los parches de testosterona”. La testosterona, desde luego, ya está en el mercado; lo nuevo es la forma de administración. Goldstein estimó que “cuando está próxima al final de su edad fértil, la mujer no parece contar con un mecanismo biológico que garantice la producción de testosterona. De ser así, esto podría obedecer a razones evolutivas, en el nivel de la especie: a la especie no le convendría mayormente el funcionamiento de una hormona que aliente el deseo sexual en hembras que, si quedaran embarazadas, tendrían más riesgo de parir crías con defectos genéticos”.

Los “fines recreativos” del Viagra

“¿Así que vos tomás Viagra pero solamente ‘con fines recreativos’? Vamos...”: esta respuesta queda plenamente habilitada por las observaciones del propio “padre del Viagra”, Irwin Goldstein, quien aclaró que quienes dicen o aun creen no necesitar el medicamento que toman “probablemente padezcan impotencia parcial”.

"Los problemas de erección son comparables con, supongamos, la tristeza: uno puede estar un poco triste, más o menos triste, no necesariamente muy triste", comentó Goldstein.

Edgardo Becher –presidente del XI Congreso Mundial de Medicina Sexual, que celebra en Buenos Aires la International Society for Sexual and Impotence Research, ISSIR– advirtió que "muchas personas compran el sildenafil (Viagra) sin receta; se automedican y hacen un mal uso de la medicación".

"Por de pronto, siempre es posible que la persona no necesite esa medicación, que por otra parte presenta efectos secundarios: dolor de cabeza, congestión nasal, trastornos gastrointestinales", agregó Becher. El especialista argentino señaló que "la primera causa de consulta por dificultades sexuales en el país es la disfunción eréctil. A partir del Viagra, la cantidad de consultas aumentó mucho y se modificó la actitud de los pacientes: antes se presentaban con mucha vergüenza o directamente no consultaban."

El 50% de los nuevos casos de VIH se diagnostican cuando la enfermedad se ha desarrollado

19.10.04 - Canal Solidario – España

Organizaciones de VIH/Sida inician una campaña para animar a la población a hacerse la prueba del VIH/Sida y advierten que en la actualidad, el resultado no suele venir acompañado de consejos para evitar conductas de riesgo.

Bajo el lema No pongas a prueba tu vida. Toma el control: Hazte la prueba, organizaciones de VIH/Sida y la Generalitat de Catalunya ponen en marcha una campaña que pretende sensibilizar a toda la ciudadanía de la importancia del diagnóstico precoz del VIH/Sida. En la actualidad, cerca del 50% de los nuevos casos de infección por VIH se diagnostican de forma tardía, cuando la enfermedad se ha desarrollado, algo que también ocurre con los enfermos de Sida que se detectan cada año.

"Hay un importante porcentaje de personas que llegan al estadio de Sida porque desconocían su situación", afirma el director de la asociación Proyecto de los Nombres-Hispanosida, Ferran Pujol, que advierte de la importancia de "crear unos hábitos de salud" y de que la prevención "vaya ligada al diagnóstico precoz".

Como explica Katy Zaragoza, portavoz de la asociación Stop Sida, hacerse la prueba es importante para que la persona cuyo resultado sea positivo "reciba un tratamiento lo antes posible, antes de que el VIH se haya desarrollado". Asimismo, el hecho de hacerse la prueba, indistintamente de si el resultado es positivo o negativo, debería ir acompañado de consejos asistidos por los centros de salud para saber cómo reducir conductas de riesgo, según las ONG.

La prueba del VIH/Sida se lleva a cabo con un análisis de sangre en el que se detecta en el organismo la presencia de anticuerpos contra el VIH; para que el resultado sea fiable es necesario esperar tres meses desde la posible infección. Para hacer llegar este mensaje, las organizaciones de VIH/Sida cuentan con 6.000 pósters y 800.000 trípticos informativos que se distribuirán a través de sus locales, los centros de atención primaria y de atención a la salud sexual y reproductiva y las oficinas de farmacia catalanas.

Dónde hacerse la prueba

Según estas entidades, "el colectivo heterosexual es el grupo donde se observa un mayor retraso de diagnóstico", aunque la prueba debería extenderse a quienes han mantenido relaciones sexuales sin preservativo con personas de las que desconocen si son o no seropositivas, a las personas que han compartido jeringuillas para inyectarse drogas, a las mujeres embarazadas o que piensen tener un hijo y a las personas que han tenido alguna infección de transmisión sexual. Las parejas estables que desean dejar de utilizar preservativo en sus relaciones también deberían hacerse previamente la prueba, añaden las ONG.

Para ello, basta con acercarse al médico de cabecera, a los centros de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y a los centros alternativos de las organizaciones no gubernamentales. En las dos últimas instalaciones, la prueba, además de gratuita, es anónima, una garantía que las ONG exigen que se dé en todo tipo de centros.

La Asociación Médica Mundial limita los incentivos de la industria a los médicos

20.10.04 - Diario Médico – España

La última Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Tokio, se ha saldado con una nueva versión de la Guía ética sobre los médicos y la relación con las compañías comerciales.

El documento reconoce que el apoyo de la industria farmacéutica hace posible la investigación médica, la celebración de conferencias científicas y la formación médica continuada, compromisos de los que se benefician tanto los pacientes como los sistemas sanitarios; eso sin contar, su aportación insustituible en el descubrimiento y desarrollo de nuevos fármacos, tratamientos y tecnologías sanitarias.

No obstante, no oculta que cuando las consideraciones comerciales se ciernen sobre la objetividad del médico, surgen habitualmente los denominados conflictos de interés. La declaración oficial señala que "más que prohibir toda relación entre médicos e industria es preferible establecer criterios sobre los que articular tal relación".

Cuatro áreas

Con este fin, la guía aborda los congresos científicos, los regalos, la investigación y la afiliación. En el primero de los casos establece cuatro requisitos para asistir a un congreso patrocinado: que el fin principal del encuentro sea el intercambio de información científica o profesional, que la hospitalidad se subordine a este fin principal, que el nombre del patrocinador sea público y conocido y que las presentaciones realizadas por médicos sean precisas, ofrezcan una visión completa de las posibilidades de tratamiento y no estén influidas por el patrocinador.

Los regalos serán sólo admisibles si así lo prevé una ley o las normas de la organización médica nacional; además, deben ser de valor simbólico, nunca en efectivo y no pueden estar condicionados a la prescripción de fármacos, el uso de determinada tecnología o la remisión de pacientes a centros concretos.

Respecto a la investigación, se recuerda que son contrarias a la ética médica las cláusulas que permitan al laboratorio vetar la difusión de resultados. La participación en el accionariado de las compañías es admisible si no compromete la independencia del profesional. La Asamblea ha designado a Otmar Kloiber como nuevo secretario general. Este especialista en Fisiopatología ha sido secretario general de la Asociación Médica Alemana.

Planificación Pro-Kerry en campaña publicitaria en EE.UU.

20.10.04 - Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

La Federación de Planificación Familiar de América [Planned Parenthood Federation of America (PPFA)] ha roto con una larga tradición no partidista de ocho décadas, al avalar a un candidato presidencial en un anuncio de 30 segundos en televisión, dirigido a mujeres solteras votantes.

"Planned Parenthood siempre ha tratado de mantenerse apartidista pero ahora sintió que está en un lugar muy peligroso en lo que se refiere a la protección de los derechos de las mujeres -no solamente el derecho a decidir- y por ello necesitó tomar partido" dijo la actriz Helen Hunt, ganadora del Oscar de 1998, quien estelara el anuncio en favor de John Kerry.

El comercial de Hunt, que comenzó a salir al aire en domingo en los estados de mayor batalla electoral y que no se difundirá localmente, destaca lo que el grupo considera es la oposición de la administración Bush a la educación sexual basada en información médica precisa y a financiar las clínicas de planificación familiar.

El comercial debe aparecer en ocho mercados de batalla electoral: los suburbios de Filadelfia; Tampa; Las Vegas-Reno; Portland, Ore.; Seattle; Des Moines; Milwaukee y Manchester, N.H. El Planned Parenthood Action Fund, brazo político de la organización, gastó cerca de 1 millón de dólares por el espacio en los medios. El anuncio televisivo se presentará solamente en canales de cable como MTV, TBS Y USA.

Gloria Feldt, presidenta de PPFA, dijo que el grupo consideró apropiado romper con su tradición de tantos años "debido a lo mucho que está en juego para las mujeres".

"La gente piensa que esto es acerca del aborto, pero es acerca del acceso a la anticoncepción... y a los servicios de atención a la salud que las clínicas ofrecen a las mujeres", dijo Feldt.

Los grupos conservadores se apresuraron a condenar la campaña como predecible y como un ejemplo más del "liberalismo Hollywoodense".

Fuente: PlanetWire, 19/10/2004

Violencia sexual, un problema endémico

20.10.04 - La Nación

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es uno de los flagelos más graves de salud pública y de derechos humanos en Latinoamérica.

Los problemas tienen como víctima principal a las mujeres e incluyen casos de prostitución forzada, acoso sexual, violaciones y relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio.

Dinys Luciano, asesora de la Unidad de Género y Salud, de la OPS, la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), habló con BBC Mundo sobre la violencia sexual y el panorama en Latinoamérica.

¿Qué tipos de actos son considerados como violencia sexual?

Incluye una diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual, los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de virginidad.

¿Cuál es la situación en América latina en relación a la violencia sexual ejercida contra mujeres?

La violencia sexual contra las mujeres en América latina es uno de los problemas más graves de salud pública y derechos humanos en la región.

Estudios de la OPS/OMS muestran que más del 36% de las chicas y el 29% de chicos han sufrido abuso sexual infantil.

Una significativa proporción de mujeres jóvenes dijeron que su primer contacto sexual se produjo bajo coerción y hasta una tercera parte de las adolescentes ha sufrido una iniciación sexual forzada.

Según estos mismos datos, en algunos países, casi una de cada cuatro mujeres casadas confesó haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja.

A esto se suma el tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, que es otro factor de la propagación del VIH.

A escala mundial, Colombia es el tercer país de origen en cuanto a tráfico de mujeres.

Aproximadamente, 35.000 mujeres salen de Colombia al año, a través de Ecuador, para escapar de la violencia en su propio país, y allí las reclutan para que trabajen como prostitutas en Asia y Europa.

Mientras que se estima que más de 50.000 mujeres de República Dominicana están trabajando en el exterior en la prostitución.

¿Cuáles son las secuelas que puede provocar la violencia sexual contra mujeres?

La violencia sexual reduce el poder personal y grupal en función de habilidades, capacidades, necesidades e intereses, impactando negativamente en la capacidad de las mujeres para evaluar sus opciones de vida y sus posibilidades de elegir, así como en la capacidad de tener control y poder sobre su propia vida y los recursos.

¿Por qué la violencia contra la mujer es también un problema de salud?

La violencia sexual en la salud de las mujeres tiene consecuencias importantes que comprometen el bienestar, la integridad y la vida de sus víctimas.

Puede tener efectos mortales como el homicidio, suicidio, mortalidad maternal, así como efectos relacionados con el SIDA.

¿Qué pueden hacer las mujeres que viven situaciones de violencia sexual, en especial, aquellas que lo viven dentro de la pareja?

Aunque el silencio y la reticencia de las mujeres sobrevivientes de violencia sexual, particularmente, aquellas que lo viven dentro de la pareja es sólo una forma de defenderse, es necesario que busquen apoyo.

La posibilidad de romper el silencio, y hablar sin censura es fundamental para enfrentar el problema.

Las mujeres víctimas de violencia sexual deben buscar la protección de su familia, de redes naturales de sostén, de la policía o de la administración de justicia. También deben buscar ayuda emocional especializada para trabajar en las distintas secuelas generadas por la violencia sexual.

¿Hay una clara voluntad de los gobiernos latinoamericanos de luchar contra la violencia sexual contra la mujer?

La Convención Interamericana sobre la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres obliga a los gobiernos a implementar y dar seguimiento a leyes y políticas para sancionar la violencia contra las mujeres.

Actualmente la mayoría de los países de la región han ratificado esta convención y cuentan con leyes sobre la violencia sexual.

Pero a pesar de estos avances en el diseño de políticas, existen limitaciones en relación a los presupuestos que les asignan y con los contenidos y la implementación de las leyes.

Por ejemplo, algunas legislaciones no tipifican determinados delitos como la violación conyugal, ni el acoso sexual y las sobrevivientes enfrentan serios problemas de acceso a la justicia, debido a la cobertura de la protección que se les ofrece, la falta de patrocinio jurídico gratuito y limitados servicios especializados con asesoramiento psicológico, médico y legal para las sobrevivientes.

¡Colegio peruano pide certificados de virginidad!

19.10.04 - Mujereshoy

El colegio de monjas dominicas Santa Rosa, de Trujillo (norte de Perú), está exigiendo a sus alumnas un certificado de virginidad para permitirles seguir con sus estudios. Además, las niñas son presionadas bajo amenaza de expulsión del colegio para que no hablen del tema. Las autoridades de educación del Perú ordenaron una investigación.

La investigación se inició después de que una madre denunciara que el colegio de monjas le exigió a su hija, de 16 años de edad, una prueba de "virginidad" y un examen toxicológico como requisitos indispensables para continuar sus estudios.

La madre de la adolescente, Dolores Moreno Aguilera, relató que todo empezó hace un mes, cuando el nombre de su hija apareció en una página web muy usada por las alumnas del colegio Santa Rosa, de Trujillo, a 570 kilómetros al norte de Lima, en la que se decía que la menor comercializaba con drogas e incitaba a sus compañeras a tener relaciones sexuales.

Cuando las autoridades del colegio, administrado por monjas dominicas, se enteraron de que el nombre de la menor aparecía en dicha página web, iniciaron un proceso para expulsarla del establecimiento.

La madre de la adolescente señaló que, en ese momento, tanto la psicóloga del colegio como la coordinadora de Orientación y Bienestar del Educando le pidieron que presentara, "como parte de sus descargos", una prueba médica de la virginidad de su hija y otra que señalara que no consumía drogas.

Dolores Moreno precisó que aunque dichas pruebas resultaron negativas, decidió retirar de todas maneras a su hija del colegio Santa Rosa porque fue víctima de "un injusto maltrato" y resolvió presentar el caso a la Defensoría del Pueblo de Trujillo, que, a su vez, lo puso en manos de las autoridades educativas que realizan la investigación. El viceministro de Gestión Pedagógica, Idel Vexler, aseguró que la Dirección Regional de Educación de La Libertad (cuya capital es Trujillo) está investigando el caso y que emitirá un pronunciamiento en los próximos días. Según el viceministro, si se confirma la denuncia de la madre de la adolescente, las autoridades del colegio estarían "atentando contra los derechos fundamentales de la menor y poniendo en peligro su integridad moral".

Colegio de Trujillo habría pedido más certificados de virginidad, según Defensoría

Mientras tanto, la funcionaria de la Defensoría del Pueblo, Yolanda Falcón, informó que el colegio de monjas dominicas Santa Rosa de Trujillo habría pedido a más de una alumna un certificado de virginidad para continuar sus estudios escolares.

"Varias personas nos han llamado para darnos testimonios (sobre la expedición de un certificado de este tipo), puesto que no sólo sería un caso individual y aislado. Es probable que existan otras adolescentes cuyos derechos han sido igualmente vulnerados y sobre ello es necesario una investigación", dijo la funcionaria.

Falcón dijo que esta exigencia vulnera "tremendamente" el derecho a la intimidad de una adolescente, además de calificar de "terrible" el hecho de que se pida un certificado de esa naturaleza.

Según las investigaciones hechas por la defensoría de La Libertad, las autoridades del mencionado centro educativo recibieron una información anónima que daba cuenta sobre la conducta impropia de alguna de sus alumnas.

Ello no justifica el accionar de las monjas, detalló Yolanda Falcón, quien por el contrario sostuvo que es "inaudito que frente a este tema se reaccione de esa manera".

Fuentes: Agencias, CPN Radio, Yahoo.

Un estudio niega los riesgos de la píldora anticonceptiva

22.10.04 - El Mundo - España

Según nuevas evidencias del Women's Health Study, la píldora anticonceptiva podría proteger a sus usuarias de varios tipos de cáncer así como de diversos eventos cardiovasculares a largo plazo.

El mismo trabajo que hace dos años alertó de los riesgos del uso de la terapia hormonal en la menopausia muestra ahora ciertos beneficios relacionados con la píldora anticonceptiva en mujeres jóvenes. La diferencia de edad podría ser la clave de esta disparidad.

Las hormonas vuelven al centro del debate. Si hace menos de dos años se advirtió del riesgo derivado de su uso para aliviar los síntomas de la menopausia, las últimas evidencias apuntan a un cierto efecto protector cuando estas sustancias se usan como método anticonceptivo. La píldora podría proteger a sus usuarias de varios tipos de cáncer así como de diversos episodios cardiovasculares a largo plazo.

Esta vez han sido científicos de la Universidad Wayne State de Detroit (Estados Unidos) quienes han dado a conocer sus conclusiones en el transcurso de la reunión anual de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva.

Según recoge el diario "Wall Street Journal", y contrariamente a lo que hasta ahora se pensaba, las mujeres que han tomado la píldora en algún momento de su vida tienen menor riesgo de padecer un accidente cerebrovascular, un ataque al corazón, o cualquier otro problema coronario. Además, tampoco se ha descubierto que tengan más probabilidades de desarrollar cáncer de mama.

Los datos dados a conocer por Rahi Victory y su equipo indican que "el riesgo de padecer un accidente cardiovascular se reduce un 8% frente a mujeres que nunca han tomado este método anticonceptivo".

En el caso de los tumores de ovario y útero la protección resultó ser mayor entre aquellas que más tiempo estuvieron tomando la píldora. Concretamente, las probabilidades de desarrollar un tumor ovárico fueron un 42% menores entre quienes tomaron la píldora durante más de cuatro años, y en el caso de cánceres de útero de un 30%.

Los resultados proceden de más de 162.000 mujeres que participaron en el estudio "Women's Health Initiative", el mayor llevado a cabo hasta ahora en todo el mundo sobre la salud femenina y uno de los más numerosos sobre métodos anticonceptivos. Precisamente esta misma investigación tuvo que ser interrumpida en el año 2002 ante

las evidencias que demostraban que el uso de la terapia hormonal sustitutiva (THS) entre mujeres menopaúsicas aumentaba el riesgo de sufrir enfermedad coronaria, cáncer de mama, infarto cerebral y embolia pulmonar. Los especialistas explican esta disparidad atendiendo al periodo de su vida en el que las mujeres toman las hormonas. "Esto puede hacer que las hormonas, estógenos y progestina, tengan un efecto protector a largo plazo en el caso de mujeres jóvenes y sean capaces de perjudicar a las pacientes en otra etapa de su vida", señalan. En enero de 2004, la Agencia Española del Medicamento emitió una recomendación para limitar el uso de los combinados de hormonas, estrógenos y progestina, en mujeres menopaúsicas. Ante los riesgos derivados de este tratamiento, las autoridades sanitarias insistieron en la importancia de limitar su uso a dosis mínimas y períodos de tiempo cortos.

Acuerdos básicos

22.10.04 – Página 12

En un documento inédito, once sociedades científicas suscribieron un consenso sobre la acción de los anticonceptivos hormonales que podría servir como una herramienta eficaz para frenar los juicios anacrónicos contra la fabricación y el expendio de estos medicamentos fundamentales para que las mujeres puedan decidir y planificar su proyecto vital.

Por Sandra Chaher

Algunas veces los médicos generan buenas noticias que no tienen que ver con descubrimientos científicos. Que promueven la defensa de los derechos humanos y por lo tanto avanzan en la construcción de ciudadanía, algo tan importante como las nuevas fórmulas de laboratorio.

Este compromiso social es el que asumieron las once sociedades científicas que suscribieron el Consenso sobre mecanismos de acción de los anticonceptivos hormonales, que se presentó en agosto, durante las Terceras Jornadas Argentinas de Anticoncepción que se hicieron en Buenos Aires.

Desde fines del año 2003, tres de esas sociedades –la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (Amada), la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva (Saegre), y la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil (Sagij)– empezaron a trabajar en el documento con la intención de que demandados y jueces tuvieran una herramienta científica para defenderse y fallar, respectivamente, en los juicios iniciados por varias asociaciones católicas contra los laboratorios privados y el Estado por la venta y entrega de anticonceptivos hormonales en el marco del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. "A fines del 2003 empezamos a pensar en el tema cuando nos enteramos del juicio iniciado por el Portal de Belén en Córdoba, en el juzgado de la doctora Garzón de Lascano, en el que aducían que los anticonceptivos hormonales eran abortivos. Nuestro objetivo era estudiar los mecanismos actuales de los anticonceptivos y emitir un Consenso suscrito por la mayor cantidad de sociedades científicas posible –explica la ginecóloga Inés de la Parra, presidenta de Amada–. El planteo del Portal de Belén es una locura, hace 50 años que existe la píldora y que sabemos que su mecanismo es la anovulación. Estar discutiendo esto es un retroceso, pero como vemos que el Gobierno está comprometido con la salud reproductiva, queríamos emitir un documento que los apuntalara."

El juicio del Hogar Portal de Belén, una organización no gubernamental de estrechos vínculos con la Curia cordobesa, se da en el marco de la avanzada de la Iglesia en el ámbito judicial. Sancionada la Ley de Salud Reproductiva en octubre del 2002, y con el claro respaldo del ministro de Salud, Ginés González García, y del presidente Néstor Kirchner, a la implementación del Programa creado por dicha ley, la Iglesia, a partir de ese mismo año, focalizó sus embates en el ámbito judicial.

La actual querrela por los anticonceptivos hormonales fue iniciada en agosto del año 2003. El Hogar Portal de Belén demandó al Ministerio de Salud de la Nación, a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat) y a los laboratorios Gador por su responsabilidad "en la distribución de productos abortivos que se entregan como anticonceptivos". En la presentación judicial se enfatiza en la falta de información en los prospectos de los medicamentos sobre la alteración que éstos producen en el endometrio, lo cual generaría –según los abogados de la asociación católica– un efecto destructivo sobre el embrión humano. Junto con la Asociación Mujeres por la Vida, el Portal de Belén se hizo conocido por sus causas contra el Estado en temas de salud reproductiva. Ellos fueron quienes iniciaron la querrela –"casualmente" también en Córdoba, una ciudad donde la Curia tiene aún un poder de lobby gigantesco, y que también recayó en el juzgado de Cristina Garzón de Lascano, una mujer de reconocida militancia católica– por los presuntos efectos abortivos de la píldora del día después, que terminó en marzo del 2002 con un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación prohibiendo la droga, pero con un nombre equivocado, con lo cual la sentencia no tuvo efecto. Un año después, en febrero del 2003, Lascano también hizo lugar a un pedido de no innovar presentado por Mujeres por la Vida para impedir la aplicación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, que finalmente quedó sin efecto.

Ante esta última presentación del Portal de Belén, médicos y científicos decidieron reaccionar, y a comienzos del 2004 se produjo el primer encuentro. "Convocamos a todas las sociedades científicas en la AMA –continúa De la Parra–. También invitamos al doctor Enrique Bagnati, un viejo profesor, ex presidente de varias sociedades científicas, que expuso un trabajo sobre el tema; y al doctor Roberto Nicholson, que no pudo asistir, pero envió una investigación. Sobre esos dos documentos se discutió y se aprobó un primer Consenso. Nos volvimos a reunir en

abril, y ahí invitamos al doctor Carlos Tagle, investigador básico del Conicet. Después de esto se redactó el documento definitivo que se presentó en agosto." Y que dice textualmente: "La anticoncepción hormonal basa su alta efectividad en la inhibición de la ovulación como mecanismo de acción. (...) El claro efecto anovulatorio de los anticonceptivos hormonales combinados –orales, inyectables, parches, anillos vaginales– queda demostrado por el notable efecto bloqueante ejercido sobre la producción hipotalámica de la hormona liberadora de gonadotropina (Gn-RH). (...) Podemos deducir, entonces, que los anticonceptivos hormonales no alteran las condiciones para una adecuada implantación del óvulo fecundado en el endometrio."

Junto con la presentación, el documento fue entregado a la viceministra de Salud, Graciela Rosso, en un claro gesto de apoyo político. En ese momento las sociedades científicas que lo suscribieron fueron –además de Saegre, Sagij y Amada– la Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia de la provincia de Buenos Aires (Sogba); la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (Samer); la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM); la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (Sasia); la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (Aagop); la Asociación Argentina para el Estudio de Infecciones en Ginecología y Obstetricia (Asaigo); la Asociación Médica Argentina (AMA) y la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (Fasgo). El apoyo de estas dos últimas fue el más importante ya que Fasgo nuclea a buena parte de las demás entidades, y en AMA se reúne la mayoría de los médicos del país que no están necesariamente relacionados con la salud reproductiva. El Consenso había sido enviado "a todas las sociedades científicas nacionales relacionadas con salud reproductiva y anticoncepción" especifica Parra, pero dos muy importantes no adhirieron: la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (Sogiba). El argumento que dio en ese momento la SAP fue que siendo pediatras no estaban en condiciones de opinar sobre el tema, y la respuesta del presidente de Sogiba, Carlos Gori, fue, en cambio, que si bien él apoyaba el Consenso a nivel personal, la entidad no había tenido oportunidad de reunirse para emitir una opinión conjunta. Dentro de ambos organismos, pediatras y ginecólogos armaron el revuelo suficiente como para que unas semanas atrás, a comienzos de octubre, las comisiones directivas de las dos instituciones suscribieran el documento, que ahora cuenta con el apoyo de las trece sociedades científicas más prestigiosas y relevantes del país.

La ONU advierte sobre el problema del SIDA en la región de la costa del Pacífico del Ecuador

22.10.04 - Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

El SIDA está propagándose rápidamente en la provincia más populosa del Ecuador y podría convertirse en una epidemia nacional si se deja fuera de control, advierte UNICEF.

"En 10 ó 15 años, si no hay un trabajo de prevención importante, vamos a tener una espantosa epidemia, empezando en la costa y propagándose por todo el país", dice Paul Maratin, representante de UNICEF. "En ciertas zonas de la costa en Guayas, los niveles de infección por SIDA están llegando a niveles que fueron alcanzados hace 10 años por África y el Caribe", él destacó.

El Ministro de Salud del Ecuador dijo que hay entre 4.800 y 5.000 casos reportados de SIDA en el país de 12 millones de habitantes, pero que los casos no reportados podrían llegar hasta 50.000.

En años recientes, ha habido una feminización del VIH/SIDA en el Ecuador, dijo Miguel Machuca, un representante de la Organización Panamericana de la Salud. "En el caso de Ecuador, la situación se está volviendo más alarmante debido a la predominancia de infecciones en mujeres e infantes. Esto significa que la epidemia está avanzando fuera de control", dijo Machuca.

Por su parte, Martin dijo que el ONUSIDA ha presupuestado 14 millones de dólares para combatir el VIH/SIDA en el Ecuador, pero hace falta una erogación para cubrir "la lentitud del lado ecuatoriano para definir el rol de programas para combatir esta epidemia".

Fuente: CDC HIV/STD/TB Prevention News Update , 19/10/2004

Comienza la carrera por el negocio de los nuevos tratamientos contra la disfunción sexual de la mujer

23.10.04 - ABC – España

Expertos en sexualidad advierten que los productos que ahora se ensayan sólo resolverán entre el 15 y el 20 por ciento de los trastornos que sufren las mujeres.

N. Ramírez de Castro

MADRID. La disfunción sexual femenina ha dejado de ser un problema inexistente para convertirse en un apetecible negocio para las compañías farmacéuticas. Los laboratorios tienen en sus últimas fases de investigación más de cinco productos para tratar la falta de deseo sexual y conseguir relaciones placenteras. Los beneficios podrían superar a los que han reportado los tratamientos para la impotencia masculina.

Sólo en Estados Unidos se estima que el 43 por ciento de las norteamericanas sufren algún problema de esta índole. Los expertos no creen que las españolas sean muy distintas por los datos con los que se cuenta. Aunque

no existen cifras de prevalencia en nuestro país, se sabe que la gran mayoría de las mujeres que consultan al médico se quejan de anorgasmia y de cada diez pacientes que acuden al sexólogo, cuatro son ya mujeres. Los nuevos tratamientos verán la luz en los próximos dos o tres años, pero ya se empiezan a ver los primeros resultados. Un laboratorio ya ha anunciado prometedores resultados con un parche que libera pequeñas dosis de testosterona. Colocado sobre el vientre, cerca de la axila o en el interior del muslo, el nuevo parche ha logrado resultados espectaculares en mujeres que habían llegado a la menopausia. Las conclusiones se han dado a conocer esta semana durante la reunión de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva.

En el congreso se hizo público un estudio con 549 mujeres de 54 años que tenían falta de deseo sexual y probaron el tratamiento novedoso. La mayoría de las que se colocaron el parche incrementaron su deseo sexual, tuvieron más placer en las relaciones con su pareja, no sintieron molestias o dolores y hasta mejoraron su autoestima. En el estudio se vio cómo estas mujeres cuadruplicaron las relaciones sexuales durante el tiempo que duró el experimento, frente al grupo de féminas a las que se les puso un parche placebo sin testosterona.

La testosterona es la precursora de los estrógenos en las mujeres y desarrolla un papel importante en la sexualidad femenina. Por eso la pérdida brusca de la función ovárica y la caída de estrógenos en la menopausia provoca una caída biológica del deseo.

Sin embargo, el nuevo producto, que puede conseguir la autorización rápida de las autoridades sanitarias norteamericanas, no es la panacea. Aunque el laboratorio que lo ha diseñado lo llama «viagra femenina», no se cree que pueda tener una aplicación tan amplia como la famosa pastilla azul.

Sólo en mujeres menopáusicas

«La investigación norteamericana es muy interesante. Han comprobado su eficacia y, algo más importante, que las disfunciones sexuales causan frustración en las mujeres afectadas. Pero sólo han demostrado su eficacia en mujeres con menopausia, donde se produce un descenso de estrógenos y también de testosterona, la hormona masculina. Ahora debemos saber qué ocurre con mujeres más jóvenes», comenta Santiago Palacios, presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia.

Palacios también reclama estudios a largo plazo que valoren la seguridad del consumo continuado de la hormona masculina y su comportamiento en mujeres del mundo real: obesas, con enfermedades crónicas o niveles elevados de colesterol y tensión.

El presidente de la Federación Española de Sociedades de Sexología, Francisco Cabello, tiene claro que los parches de testosterona sólo funcionarán en un pequeño grupo de mujeres, aquellas con niveles bajos de testosterona. «Esta hormona es clave en el deseo, pero también intervienen otros factores en la compleja sexualidad femenina. Si se añade más testosterona a mujeres con niveles normales se logra un aumento del deseo, aunque el efecto no dura más de dos meses», cuenta.

La sexualidad, en la cabeza

El resto de los tratamientos, que están en la línea de salida de los laboratorios, tampoco solucionará todos los problemas. Se centran en desniveles hormonales y en las funciones genitales como la pieza central de la sexualidad. Como las prostaglandinas y otras moléculas, que buscan aumentar el flujo sanguíneo en la zona genital para mejorar la excitación. Con estas dos vías de tratamiento se ayudará «como mucho a un 15-20 por ciento de las mujeres», aventura Cabello.

No todo es biología. En la disfunción sexual en las mujeres se unen varias cosas: falta de deseo sexual (disminución de la libido), incapacidad para excitarse (falta de lubricación de la vagina), ausencia o dificultad para alcanzar el orgasmo, dolor en la penetración... «El origen de todos estos problemas también puede estar en un mal aprendizaje sexual o malas relaciones con la pareja que no se solucionan con un tratamiento médico», advierte el doctor Cabello. Este experto aplaude el interés de la industria farmacéutica, sin embargo, pide más investigación en terapias psicológicas.

AFECTAN AL 25% DE LAS MUJERES: QUEDAN CON ALTERACIONES PERMANENTES

Los problemas sexuales luego del parto

24.10.04 - La Nación

Pueden ser de origen fisiológico, de relación con su pareja o psicológico, pero generalmente se pasan por alto y no reciben atención

- El tema está poco investigado
- Suele haber un cambio hormonal que afecta el deseo
- En general, estas disfunciones femeninas se atribuyen, erróneamente, a problemas psíquicos

Cuando hace 26 años fundó el Centro de Medicina Sexual de la Universidad de Boston, en los EE.UU., el tema aparecía apenas, tímidamente, sugerido.

Ahora, el doctor Irwin Goldstein, profesor de Ginecología y Urología, sabe que la salud sexual de varones y mujeres cobra cada vez mayor relevancia, e insiste en considerarla un problema de salud pública.

"Es sencillo: en todo el mundo, hay más de 2000 actos sexuales por segundo. Y en la mitad de los casos los protagonistas tienen algún problema", dice, cómodamente vestido con jeans y remera, y descalzo, en la habitación

del hotel de Retiro donde se hospedó toda la semana pasada, durante el 11° Congreso de la International Society for Sexual and Impotencia Research (Issir), realizado en Buenos Aires.

Goldstein, siempre acompañado por su esposa Sue -colega y estudiosa de los mismos temas- pertenece al laboratorio de científicos que identificó qué neurotransmisor permite la erección del pene, un hallazgo que más tarde permitió desarrollar el Viagra.

-En términos de conocimientos sobre la respuesta sexual femenina, estamos casi igual que en los 70 -se lamenta Goldstein-. Aún no determinamos qué neurotransmisor relaja la vagina, cuál es la fisiología de la vascularización del clítoris o de los mecanismos de lubricación... Por eso es muy habitual creer que todas las disfunciones sexuales femeninas están en su cabeza, como se creía antes respecto de las masculinas.

El especialista añade que, como ocurre entre los hombres, las dificultades de las mujeres a la hora del sexo pueden manifestarse en tres niveles: el del deseo o interés sexual; el de la respuesta física ante los estímulos (vascularización clitoridiana y vaginal, lubricación) y, en el nivel del clímax u orgasmo.

El doctor Goldstein puntualiza que una de cada tres mujeres tiene alguna o varias disfunciones sexuales antes de la menopausia, mientras que la proporción se eleva al 45% durante la perimenopausia -y un 25% de ellas sufrirá depresión por esa causa-, y luego del cese de la menstruación el 80% del universo femenino sufre disfunciones sexuales.

Pero Irwin Goldstein se anima a más y asegura que después de ser madres el 25% de las mujeres queda con alguna disfunción sexual permanente.

"Hay muchas explicaciones -afirma-. Quizás antes eran dos y ahora son tres, y la nueva personita reclama tiempo y dedicación y ella está cansada y le duelen los pechos; la maternidad es muy bella, pero se siente algo deprimida y no tiene ganas de contacto sexual. O, tal vez, le hicieron episiotomía y no ha cicatrizado del todo bien: siente dolor y eso la desalienta... Muchas mujeres quedan con problemas de vejiga, con cistitis, o inflamaciones e infecciones. O el fórceps, si se usó, puede haber dañado el nervio que inerva al clítoris y le hace perder sensibilidad. Pero el motivo más frecuente de las disfunciones sexuales luego de la maternidad son los desequilibrios hormonales."

El especialista afirma que por un motivo desconocido muchas mujeres dejan de secretar suficiente testosterona libre como para sostener el deseo sexual luego del embarazo. "La falta de testosterona libre es un punto crítico en la falta de deseo -dice Goldstein-. El año próximo, en los EE.UU., se conocerá el primer medicamento aprobado para tratarlo: los parches de testosterona."

El especialista agrega que no hay especialistas en medicina sexual para dar atención a estos problemas. "El tema no se estudia en las facultades de medicina -puntualiza-. Nunca un ginecólogo revisa a una paciente y le dice: «Quédese tranquila; su clítoris o los labios de su vagina son normales». Y nosotros, en nuestro centro de atención, estamos cansados de ver a mujeres psíquicamente normales que llegan a pedir ayuda porque sienten dolor durante el coito por una infección no tratada, o cuyo clítoris no está bien irrigado por fallas en la vascularización o debido a que por un accidente que ni recuerda se cortó el nervio y perdió la sensibilidad. Nadie le dice a una mujer que una histerectomía (ablación del útero) quizá no le permita sentir igual calidad de orgasmos, o a una paciente tratada por depresión, que la medicación puede inhibir su deseo. La mujer tiene derecho a recibir información y tratamientos. Eso es lo que buscamos."

Por Gabriela Navarra

La píldora, cuestionada

24.10.04 - La Nación

Irwin Goldstein no le teme a la polémica. Uno de sus ataques se dirige contra la píldora anticonceptiva, a la que acusa de disminuir el deseo y el disfrute sexual femenino.

"La píldora cumple una función: detiene el trabajo del ovario, que no produce óvulos -dice -. Pero su tarea no termina allí. Lo que hace es apagar la glándula pituitaria, que comienza el ciclo hormonal. El efecto de la píldora es que el ovario no produzca ni folículos ni hormonas. Una mujer de 21 años, luego de tres semanas, tiene los mismos ovarios que los de una señora mayor."

Según Goldstein, hay muchas mujeres que no conocen otro sexo que el que permite la pastilla anticonceptiva.

¿Cómo regular la fecundidad? "Pueden elegirse otros métodos: condón, diafragma, dispositivo intrauterino. O usar la píldora, pero con toda la información disponible, sabiendo que se hace una elección, midiendo riesgos y beneficios: la tranquilidad de no quedar embarazada contra disfrutar menos del sexo. Así son las cosas. No se puede tener algo por nada. Es la ley de la vida", concluye.

DERECHOS HUMANOS

Muerte silenciada

24.10.04 - Página 12

Cada día el nombre de una mujer se anota en los archivos de alguna morgue. Cada día, todos los días, una mujer muere durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es una cifra sin comparación con otros países de condiciones socioeconómicas similares. El aborto clandestino es una de las principales causas de muerte, sin embargo, según un estudio reciente, la ilegalidad no alcanza para explicar este drama silenciado.

Por Luciana Peker

Cada día que los despertadores suenan y las radios se encienden y los colectivos y los trenes vuelven a la gente apenas un rompecabezas de un país en movimiento, cada vez que el día empieza, hay en la Argentina una mujer menos, una mujer muerta, una mujer que no despierta. Una mujer que, sin embargo, no tiene nombre ni causa ni caso en las radios que despiertan al resto de la gente. Cada día, todos los días, en Argentina, muere una mujer, durante el embarazo, el parto, o los 40 días siguientes a la terminación de su embarazo. Un problema silenciado que, sin embargo, debería ser mucho más resonante por lo inexplicable de la sobredimensión de la tragedia. Argentina tiene más muertes maternas que Uruguay, Costa Rica y Chile. Y la primera causa de la mortalidad materna son las consecuencias derivadas de abortos ilegales, una razón que sólo tiene tanto peso –en toda Latinoamérica– como acá en Jamaica y Trinidad y Tobago. La comparación muestra que en países similares al nuestro la muerte de las mujeres no está naturalizada como acá –ni acallada por un silencio de hospital– y que sólo en naciones en condiciones sociales y económicas mucho más deterioradas que las de Argentina, el aborto y la muerte tienen la relación de causa y consecuencia.

“La Argentina tiene un gran rezago en salud reproductiva que no hay como esconder debajo de la alfombra. Y lamentablemente se termina notando de la manera más terrible: con más de 300 muertes al año”, señala Silvina Ramos, socióloga, directora e investigadora del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes). “Es una mujer por día, una mujer sana que enfrentaba un evento de la naturalidad, no un evento patológico y falleció de eso. Es una tragedia. Y si continúa y se mantiene en el tiempo los epidemiólogos podríamos considerar que es casi una pandemia”, advierte Mariana Romero, médica e investigadora del Cedes.

Silvina Ramos y Mariana Romero son las autoras del estudio Para que cada muerte materna importe, realizado con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación y el Fondo de Población de Naciones Unidas (con la colaboración de Ariel Karolinski, Raúl Mercer, Iván Insua y Cynthia del Río Fortuna, entre otros) en el que se investigó la situación en Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis y Tucumán. “La mortalidad materna es evitable”, es la tajante conclusión del libro.

–A pesar de ser un problema muy grave, todavía hay mucha gente que ni siquiera conoce el término “mortalidad materna”. ¿Por qué está tan poco instalado en la opinión pública y los medios?

Silvina Ramos: –Es un problema invisibilizado más allá de la opinión pública. Por ejemplo, dentro de la comunidad médica es difícil encontrar reuniones dirigidas a trabajar esta problemática. El tema de la mortalidad materna ha estado opacado, en principio, porque es la punta del iceberg de los derechos reproductivos que siempre estuvieron silenciados. Argentina tiene un rezago considerable en relación con otros países de la región en una política pública de provisión de métodos anticonceptivos.

Mariana Romero: –Hay gente que cree que la mortalidad materna es un hecho poco frecuente y nuestro objetivo es empezar a comprometer a la sociedad. En el 2002 se murieron 320 mujeres y no se ha actuado a pesar de que las intervenciones para evitar las muertes están disponibles y no son costosas. Apenas se requieren recursos humanos capacitados y atentos a actuar con la celeridad que las emergencias requieren e insumos muy básicos: sangre segura, medicamentos muy económicos y la disponibilidad de un quirófano en algunos casos.

–¿No se le da importancia a la mortalidad materna porque las que mueren son mujeres y pobres?

S. R.: –Sí, son mujeres que se mueren por traer un hijo al mundo o por no querer llevar adelante un embarazo y necesitan recurrir al aborto y, porque son pobres, lo tienen que hacer en condiciones riesgosas que hace que sus abortos se compliquen.

–¿El aborto es la principal causa de mortalidad materna?

S. R.: –Es una estructura que se mantiene en la Argentina desde hace muchos años. Sólo hay dos países (Trinidad y Tobago y Jamaica) en toda América latina con características similares en donde el aborto está en el primer lugar entre las causas de la mortalidad materna. Y la ilegalidad no explica todo porque, salvo en Guyana y en Cuba, el aborto no está permitido en ningún país latinoamericano. Por eso, uno puede hipotetizar que esta alta proporción de muertes maternas debido a complicaciones de aborto se pueden deber a dos cosas: que existan mayor cantidad de abortos con respecto a otros lugares de la región y que muchas mujeres pobres se los realicen en condiciones más inseguras.

M. R.: –También hemos visto que en nuestra sociedad el aborto conlleva una condena moral y social muy grande que tiene consecuencias: a muchas mujeres que ingresan a un hospital público con complicaciones por un aborto le hacen el legrado (raspado) sin anestesia.

–¿Para hacerlas sufrir a propósito?

M. R.: –A veces hay una decisión medio malévolamente de someterlas a un mayor sufrimiento “porque hicieron eso”. Y, en otros casos, porque el tratamiento de las complicaciones de aborto no se hace como se debería hacer. Por ejemplo, se podría utilizar la aspiración manual endouterina que es una técnica internacionalmente probada, menos cruenta, que no requiere de anestesia, pero en Argentina esa técnica no se usa.

–En Uruguay los hospitales tienen un nuevo manual de instrucciones para que los médicos atiendan mejor a las mujeres que llegan con complicaciones por aborto.

S. R.: –Asesinar es delito y nadie se cuestiona atender a un herido de bala en un servicio de salud. Sin embargo, con el tema del aborto aparece una preocupación absolutamente injustificada de los servicios de salud cuando una mujer se interna por una complicación de un aborto.

M. R.: –También es muy interesante el consejo preaborto que están haciendo en Uruguay. Si la mujer manifiesta que va a interrumpir el embarazo el profesional tiene la obligación de indicarle mínimas cosas para que si la complicación aparece sea menor, como, por ejemplo, antibióticos.

–¿Cómo es, en lo personal, investigar sobre la muerte de mujeres siendo mujeres?

S. R.: –Yo elegí trabajar estos temas por mi condición de mujer y por tener cercanía existencial con lo que significa quedar embarazada, no quedar embarazada, poder llevar adelante un embarazo, querer interrumpir un embarazo, poder hacerlo y poder no hacerlo. Creo que sólo el cuerpo de mujer me ha dado las posibilidades de tener un grado de acercamiento al tema.

M. R.: –Nosotros no hacemos la investigación desde el escritorio, nosotros hablamos con las mujeres. A mí una mujer me dijo: “Yo pienso que vos tenés mi propio cuerpo”. Te lo digo y todavía me emociono. Hay una pasión inmensa en el compromiso para explicar que, desde la salud pública, con tan poco se puede hacer tanto por salvar tantas vidas.

ANUNCIO DE CIENTIFICOS ESTADOUNIDENSES SOBRE LOS ANTICONCEPTIVOS

Dicen que la "píldora" reduce el riesgo de problemas cardíacos

24.10.04 – Clarín

También, de sufrir ciertos tipos de cáncer. Surge de un estudio a 162 mil mujeres.

Los Angeles Times. Especial para Clarín

Investigadores estadounidenses revelaron que las píldoras anticonceptivas reducen la incidencia de infartos y otro tipo de enfermedades cardiovasculares, además de disminuir el riesgo de ciertos tipos de cáncer, incluido el de ovario y endometrio.

Un equipo de la Universidad Wayne State, de Detroit, utilizó la información de 162 mil mujeres estadounidenses que participaron de un estudio federal para ofrecer la conclusión más definitiva hasta ahora sobre la seguridad de la píldora. Trabajos anteriores, no tan grandes, que intentaron analizar la conexión entre la píldora y las enfermedades cardiovasculares habían arrojado resultados disímiles.

El doctor Michael Diamond, del equipo científico de la Wayne State, recordó que en el pasado el consenso que existía era que las hormonas presentes en la píldora —estrógeno y progestina— aumentaban el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas. Y opinó que los flamantes hallazgos debieran ser "muy tranquilizadores" para todas las mujeres que toman anticonceptivos.

Los nuevos resultados fueron presentados durante la conferencia de la Sociedad Norteamericana de Medicina Reproductiva que se hizo en Filadelfia. Diamond comparó la situación de 67.000 mujeres que habían tomado la píldora en uno u otro momento de sus vidas con las de mujeres que nunca la habían ingerido.

A partir de ahí se comprobó que las hormonas que contiene la píldora reducen el riesgo de hipertensión, infartos, derrames cerebrales, aneurismas y niveles elevados de colesterol entre un 8 y un 10 por ciento. Reducen también la necesidad de procedimientos quirúrgicos entre un 20 y un 50 por ciento, incluidos los angiogramas y los puentes coronarios (bypass). Además, cuanto más tiempo tomaban la píldora, mayor era la "protección".

También se estableció que el cigarrillo elimina muchos de los efectos benéficos de la píldora, pero de todos modos se observó que las fumadoras que la tomaban corrían menos peligros que las que no la ingerían.

Finalmente, las pacientes que toman la pastilla tienen un 7% menos de riesgo de sufrir cáncer. Las que la tomaron por cuatro años o más demostraron tener un 42% menos de riesgo de tener cáncer de ovario y un 30% menos de riesgo de tener cáncer de útero.

Los investigadores no están todavía del todo seguros de cómo es que la píldora confiere sus beneficios a quienes la toman. Algunos estudios en animales sugieren que el estrógeno reduciría la inflamación en los vasos sanguíneos, lo que los mantiene más flexibles y disminuye el riesgo de coágulos.

Traducción: Silvia S. Simonetti

Insuficiente información en los jóvenes sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual

26.10.04 - El Cronista Regional - Entre Ríos

Sólo un 30% pudo nombrar cuatro o más enfermedades venéreas. El Sida y la sífilis son las más conocidas. El 80% no se realiza análisis médicos periódicos de detección de ETS y el 42% no se preocupa por informarse sobre el tema.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen 25 tipos de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que son transmitidas por bacterias (sífilis), hongos (candidiasis), virus (herpes, HIV), parásitos (ladillas) y organismos unicelulares (clamidias y microplasma). Sin embargo, de acuerdo a los datos extraídos un sondeo

realizado por El Paraninfo a 120 estudiantes de la UNL, los jóvenes sólo pudieron mencionar 11, mientras que el 70% no pudo reconocer al menos cuatro tipos de ETS. La totalidad de los estudiantes reconoció el HIV y el 67,8% mencionó la sífilis.

En cuanto al manejo de información -según los especialistas, un tema fundamental-, el 42% de los consultados no se preocupa por informarse sobre las diversas ETS, sus síntomas y los modos de prevenirlas. Pero además, un preocupante y elevadísimo 80% no se realiza análisis médicos periódicos de detección de las ETS. El resultado: los jóvenes poseen datos insuficientes o erróneos que los lleva a señalar, por ejemplo, que la seborrea, la toxoplasmosis o la tuberculosis son ETS, o que los métodos anticonceptivos como el DIU o las pastillas sirven para evitar el contagio de las ETS.

En el transcurso de la última década, el contagio de ETS se incrementó a nivel mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el aumento se explica no sólo a partir de la ausencia de medidas de prevención y de educación sexual en los países en desarrollo, sino también en virtud del cada vez más temprano inicio de las relaciones sexuales.

"Lo importante es tener la información correcta y saber procesarla: el tema de la sexualidad es bastante más profundo que lo que dice un folleto. Más aún si consideramos que los mayores problemas de ETS los estamos detectando en chicos y chicas de 12 años", explicaron los Dres. Carlos Piva y Mario Amín, especialistas en ETS del Hospital J. M. Cullen. "El inicio en la vida sexual es cada vez más temprano, y la información que tienen los adolescentes o su capacidad para entenderla, disminuye".

Falta de información

Aunque el 7% de los consultados cree "saber mucho sobre SIDA" y el 64% considera "estar suficientemente informado", un 28% reconoce "saber poco" al respecto. No obstante, el Dr. Alberto Lichieri, encargado de la Dirección de Salud de la UNL, afirma que los estudiantes "manejan información sobre HIV, pero tienen pocos datos sobre otras ETS".

En el mundo de la tecnología, la velocidad y la circulación de datos, la desinformación sobre temas de educación sexual tiene diversas explicaciones. Pero sin dudas, la principal variable es que, inexplicablemente, el sexo todavía sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad. Por ello no es de extrañar que, tal como indica el sondeo realizado, sólo el 4% de los jóvenes recurre a su entorno familiar en busca de información y el 15% a sus amigos. En el otro extremo, los medios de comunicación son la mayor fuente de información (33%), seguidos por la escuela (29%).

A pesar de su importancia para evitar el contagio de ETS, de los 120 jóvenes consultados, sólo uno admitió utilizar la información como método preventivo. "Falla la familia, la escuela y la Universidad. Y tampoco hay campañas educativas desde el Estado", agregaron Piva y Amín. Por su parte, Lichiere admite que "los amigos manejan la misma información o tienen datos que no son correctos y con respecto a los medios de comunicación hay que ver a quién apuntan. El lenguaje no es el mismo para toda la gente".

El uso del preservativo

Según Piva y Amín, "la prevención parte de la educación y desemboca en el uso del preservativo". Sin embargo, aunque el preservativo resultó ser el método preventivo más utilizado por los encuestados (59%), los profesionales consultados acuerdan que no siempre la utilización de este método es correcta. "No todos los usan, y cuando los usan, muchos lo hacen mal", aclaró Lichieri y agregó que "siempre decimos que el preservativo debe colocarse al inicio de la relación y no en el momento previo a la eyaculación".

Mientras tanto, la realidad en el consultorio confirma las estadísticas y tendencias. "El gran incremento de casos de sífilis en los últimos cinco años, sobre todo en embarazadas, es un alerta, porque esto indica que la gente no se cuida y está más expuesta también al Sida", señaló el Dr. Jorge Roldán, responsable del Laboratorio de la Dirección de Salud de la UNL.

Fuente: Recorte de Prensa

UN DELITO ESCONDIDO: INFORME DEL CONSEJO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Denuncian que el abuso sexual de un chico sucede casi siempre en el hogar

26.10.04 – Clarín

Padres, padrastros y conocidos figuran primeros en la lista de personas denunciadas. Las defensorías barriales reciben denuncias y estudian la situación de la víctima.

Alejandra Toronchik.

Ni el hombre de la bolsa ni un desconocido: la mayoría de los abusos sexuales contra niños y niñas son cometidos por sus propios padres, padrastros, familiares y conocidos. Así lo revela un informe de la red de defensorías barriales del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNyA), del Gobierno porteño.

La investigación sobre "Relación entre víctima y victimario en casos de abuso sexual a menores" fue realizada en el segundo semestre de 2003 y presentada en setiembre de este año, durante un curso sobre prevención y detección del abuso sexual, destinado a capacitar a directivos de escuelas y jardines porteños.

El trabajo corrobora la hipótesis de que el abuso se produce en secreto y puertas adentro: de hecho, sobre los 114 casos recibidos en 11 defensorías porteñas (la mayoría, ubicadas en los Centros de Gestión y Participación capitalinos), cincuenta han sido perpetrados por los propios padres y padrastros (ver infografía).

En un espectro que abarca de 0 a 21 años, la mayoría de casos aparece en la franja de chicas de 7 a 9 años (24 casos) y varones de 4 a 6 años (9 casos) e incluyen situaciones de abuso, violación, corrupción (obligarlos a exponerse, contemplar material o escenas sexuales) y prostitución.

La posibilidad de que se denuncien estos casos depende de que sean detectados por los equipos de orientación escolar (dependientes de la Secretaría de Educación), los juzgados, una mamá, un familiar o vecino que descubren la situación y deciden tomar cartas en el asunto. "Tenemos un caso testigo de una vecina que descubrió la violación de una chiquita y ella misma la trajo al hospital, la acompañó a la defensoría y la cuidó. Gracias a su actitud, la protección de la nena y la acción penal fueron inmediatas. Por eso le decimos a la gente que no tema involucrarse, que llame al 102, que el servicio es gratuito y debemos proteger a los chicos entre todos", dice Alicia Chimenti, de la Defensoría de Mataderos-Liniers.

También las posibilidades de detección varían según la edad. "En general, cuanto más chicos son, cuentan la situación más espontáneamente. En cambio, cuando crecen, el abusador establece una relación de seducción o amenaza, convenciéndolos de que ellos también son culpables: así, por culpa, vergüenza o enamoramiento, se garantiza su silencio", explica Sara González, vicepresidenta del CDNNyA.

En cuanto a las denuncias realizadas por adolescentes, "suelen corresponder a casos de abuso crónico, que la misma víctima "blanquea" al llegar a la mayoría de edad, porque recién ahí siente que puede (o que tiene derecho a) defenderse", explica la licenciada Marisa Castiglione, de la Defensoría Número 6, de La Boca. La decisión de denunciar surge en situaciones que actúan como detonante: "Una charla en la escuela, la llegada de la primera menstruación, el primer noviazgo o la primera relación sexual con un par, con alguien elegido libremente. O es el novio quien hace la denuncia", agrega. En otros casos, en cambio, el temor o el hecho de que el abusador sea el sostén económico o el único familiar hacen que el caso permanezca en secreto.

Una vez recibida la consulta, las defensorías organizan una evaluación inmediata de la situación y su seguimiento médico, psicológico y legal, además de ordenar la protección inmediata de los hermanos, si los hubiera. En caso de que la madre sea cómplice, se traslada al menor a casa de familiares u hogares municipales de domicilio reservado.

Pero, además, se presenta el hecho ante el fuero penal, tomando recaudos fundamentales. "Todavía es muy trabajoso lograr que estas causas avancen en un sistema judicial como el nuestro, que aún está más acostumbrado a realizar una pericia balística que a tratar un caso de abuso donde puede no haber huellas físicas —señala el doctor Gustavo Gallo, asesor legal del CDNNyA—. ¡Si hasta hay gente que prefiere investigar al denunciante o acusar al menor abusado preguntando "¿cómo estaba vestida la víctima?" ¡Aunque estuviera desnuda, nadie tiene derecho a abusarla!".

Una de las consignas con que trabajan los abogados expertos en abuso es la de proteger al niño o niña durante todo el proceso judicial: "Lo acompañamos en la querrela, que puede iniciar aunque tenga cuatro años. También damos absoluto crédito a sus palabras, evitamos que se los interroge más de una vez o brutalmente o que se los envíe a un instituto. Ellos deben seguir con su vida normal, su escuela y sus amigos y sólo hay que separarlos del abusador", agrega Gallo.

A pesar de esto, "no siempre se llega a la condena judicial. Aunque para el chico sería fundamental saber que va a haber una sanción para la persona que le hizo daño", agrega Andrea Ventura, abogada, de la Defensoría de Nueva Pompeya. "Por eso el trabajo con educadores y la prevención —concluye María Elena Naddeo, presidenta del CDNNyA—: porque tenemos que educar a los chicos desde pequeños para que entiendan cabalmente que la intromisión de un mayor en su sexualidad no es, de ninguna manera, un acto de afecto."

Sin vergüenza ni temores

Oscar Spinelli

Hay temas que causan tanto escozor, dolor e impotencia que muchos preferirían ni siquiera pensarlos. ¿Cómo puede ser?

Ocurre. Y el mejor síntoma de salud y madurez es encarar el problema, sin vergüenza ni temores. De ello depende la suerte de víctimas de vejaciones que golpean tanto como la muerte.

¿Hasta qué punto puede repararse el daño? Detrás de los victimarios se esconde una tremenda perversidad. No es para trazar perfiles de abusadores, pero hacia afuera pueden hasta aparecer esgrimiendo fachadas moralistas. No faltan tampoco los que pregonan un rotundo rechazo a que las cuestiones sexuales se aborden en la escuela: el silencio es aliado de la vileza. Por eso, proteger a los chicos también es escucharlos e incentivarlos a que hablen.

Dónde se puede pedir ayuda

Por teléfono: Línea Gratuita: 102. Consejo de niños, niñas y adolescentes: 4331-3232 y 3297. Línea Te Ayudo: 0800-666 8537. Línea Cuidaniños (provincia de Buenos Aires): 0800-666-6466.
 Defensorías en Centros de Gestión y Participación: Av. Cabildo 3067. Santo Domingo 2752. Pavón 2017. Pillado 1057. Miller 2751. Francisco de Viedma 6871. Del Barco Centenera 2902. Junín 521. Av. Córdoba 5690. Uruguay 740. Guzmán 396. Ricardo Gutiérrez 3250. Cafayate 5230. Díaz Vélez 4558.
 Defensorías en ONG: "Igualdad de Derechos": Puan 373. "Ideas": Moreno 3393. "El Trapito": Olavarría 601.
 Unidad de Violencia Hospital Elizalde: Montes de Oca 40.

Relación víctima - victimario

► Denuncias recibidas en las Defensorías de Flores, El Trapito, Mataderos-Liniers, Once, Boca-Barracas, Pza. Lavalle, Centro, Chacarita, Va. del Parque-Devoto, Parque Centenario y Va. Urquiza en el segundo semestre de 2003. Casos según sexo y edad.

■ Mujeres
■ Varones

Vínculo con la víctima	Edad de la víctima														TOTALES		
	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12	13 a 15	16 a 18	19 a 21										
Abuelo/abuelastro		1	1	3					2		1			4	4	8	
Padre/padrastro	4	1	7	2	5	3	5	1	6	1	3		1	31	8	39	
Pareja de la madre			1		2		3		2		1			9	0	9	
Madre		1												0	1	1	
Hermano			2		1		1		1		2			5	0	5	
Otros familiares	1		3		3	1	4		1					14	1	15	
Conocidos y vecinos	1	2	1	4	13		4		4	1				23	7	31	
Portero									1	1		1		2	1	3	
Sin identificar			1						2					1	2	3	
TOTAL	6	5	15	9	24	4	17	1	16	3	8	0	2	0	89	24	114

Fuente GOBIERNO DE LA CIUDAD CLARIN

UN DELITO ESCONDIDO

No se trata de aterrorizar a los niños sino de darles información

26.10.04 – Clarín

Eva Giberti. Psicoanalista

Los resultados que obtuvo el Equipo de investigación del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes confirman los datos que los organismos internacionales han difundido —y continúan haciéndolo— acerca de la victimización de niños, niñas y adolescentes por parte de los adultos. Son los varones quienes protagonizan incestos y abusos contra las niñas y, dentro de esa población masculina, los padres son los principales victimarios.

El argumento con el que suele defenderse el proceder de estos sujetos pretende normalizar sus actos, alegando que ellos mismos fueron abusados siendo niños, lo cual no está probado estadísticamente. ¿Para qué sirven estos datos? Marcan una tendencia que deja al descubierto una realidad, pero al mismo tiempo sugiere la ausencia de denuncias que podrían realizarse en el Consejo.

Si los datos corresponden sólo a 114 criaturas de la Ciudad de Buenos Aires, cabe preguntarse cuántas denuncias no se han hecho o se han radicado en otras instancias legales.

Estos datos constituyen el soporte necesario para asumir que dentro de las familias puede surgir una convivencia peligrosa para niños y para niñas.

También, que tanto los unos cuanto las otras precisan recibir información acerca del capital real y simbólico que conlleva ser un niño o una niña.

O sea, aprender que pueden aparecer adultos —familiares o vecinos— que pretendan utilizar sus cuerpos para proporcionarse placer.

Entonces les solicitarán que mantengan en silencio los hechos, ya sea amenazándolos o seduciéndolos al mismo tiempo que intentarán hacerles creer que "las cosas" que les hacen son normales.

No se trata de aterrorizar a niños y a niñas, pero sí de posicionarlos en el mundo en el cual viven. Que no es el que ellos y ellas eligieron al nacer.

Más mujeres contraen VIH-sida en el Ecuador

26.10.04 - El Comercio – Ecuador

La incidencia de VIH-sida se incrementa y afecta a más niños y mujeres. Este anuncio lo hizo Paúl Martín, representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Martín advirtió que "hace diez años, la relación de los hombres y mujeres con la enfermedad era de siete a una, pero que en la actualidad la relación es casi de dos a una".

Según los datos de Unicef, de los 800 casos de sida reportados, durante el 2003, en el Ecuador 538 son de hombres, 262 mujeres (168 amas de casa) y 67 corresponden a niños y adolescentes.

El 81 por ciento de los casos se detectaron en la Costa; de estos, Guayas tiene el 71 por ciento con 422 casos registrados y 92 muertes durante el 2003; el resto de provincias del Litoral suma el 29 por ciento.

En la Sierra se registró el 17 por ciento de los casos a nivel nacional, mientras que en el Amazonia hubo el 1,5 por ciento y en Galápagos el uno.

Por su parte, el Ministerio de Salud señaló que desde el 2003 arrancó un programa para atender a las personas con sida. De acuerdo con esa dependencia, 570 pacientes reciben antiretrovirales y para el 2005 esperan incrementar la cifra a mil. Pero indica que necesita más dinero.

La cifra: Desde 1986 hasta junio del 2004, se registraron 5 630 personas con sida con 1 564 muertes.

Fuente: Recorte de Prensa

EL VATICANO PROPONE CASTIDAD A LOS HOMOSEXUALES

Cruzada contra las bodas gays

26.10.04 – Página 12

El Vaticano salió ayer al cruce de los avances que, en materia de derechos civiles, está alcanzando la comunidad gay en distintos países: a través de un documento doctrinario, rechazó con firmeza el matrimonio entre homosexuales, animó a éstos a vivir en castidad y pidió a los estados que no coloquen esos matrimonios en el mismo plano jurídico que la familia. También reiteró el derecho de los niños a vivir en una familia basada en el matrimonio entre un hombre y una mujer. Así lo recoge en el nuevo Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia, presentado ayer por el cardenal Renato Martino, presidente del Consejo Pontificio Justicia y Paz, y en que se condena también el aborto, se rechazan las parejas de hecho.

El Compendio, de 500 páginas, dedica un amplio capítulo a la familia, a la que denomina célula básica de la sociedad, y en el que resalta el valor del matrimonio entre un hombre y una mujer "dirigido a la procreación y a la educación de los hijos". Según el Vaticano, "ningún poder" puede abolir el derecho natural del matrimonio "ni modificar sus características y la finalidad".

Al respecto, el texto analiza las uniones de hecho y las de homosexuales y afirma que las primeras se basan en una falsa concepción de la libertad de elección de los individuos. Según la Iglesia, el matrimonio no es un simple pacto privado de convivencia y la equiparación legislativa entre la familia y las uniones de hecho supone "desacreditar" a la familia, "que no se puede realizar en una precaria relación entre personas".

Sobre las parejas de homosexuales, el Vaticano afirma que es "incongruente" atribuir una realidad conyugal a la unión entre personas del mismo sexo y subraya que la misión principal del matrimonio es la de transmitir la vida, "según el proyecto de Dios", y que ello sólo se logra con la unión de dos personas de distinto sexo.

"El homosexual tiene que ser plenamente respetado en su dignidad y animado a ejercer la castidad. El respeto que se les debe tener no significa legitimar comportamientos no conformes a la ley moral y mucho menos significa que haya que reconocer el derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo, equiparándole a la familia", precisa el documento.

El Compendio va por más y agrega que, si desde el punto de vista legal el matrimonio entre dos personas de diferente sexo "sólo es considerado como un matrimonio más", el concepto del matrimonio sufriría un cambio radical, con grave detrimento del bien común. "Poniendo la unión homosexual en un plano jurídico análogo al del matrimonio o de la familia, el Estado actúa de manera arbitraria y entra en contradicción con sus deberes", precisa el texto.

El Vaticano pide a la comunidad civil no permanecer "indiferente" ante las tendencias disgregadoras de la familia y pide a los estados que defiendan el matrimonio entre un hombre y una mujer "como única forma auténtica de familia". El documento considera a la familia "santuario de la vida" y, tras insistir en que el matrimonio tiene que estar abierto a la procreación responsable, condena la esterilización y el aborto, al que denomina "abominable".

delito" y "desorden moral grave". También rechaza los medios anticonceptivos y la clonación humana y advierte, respecto a técnicas de fecundación, que no todas son aceptables.

El Vaticano reitera el derecho de los padres a elegir la educación de sus hijos. Sobre los niños, resalta el derecho que tienen a "nacer en una verdadera familia", un respeto que –sostiene– siempre ha sido problemático y que conoce nuevas formas de violaciones".

Para el Vaticano el divorcio es una "verdadera plaga social". De todas formas la Iglesia, según destaca el texto, no abandona a sus hijos divorciados y que se han vuelto a casar. Sin embargo, reitera que sólo podrán comulgar "los arrepentidos que estén sinceramente dispuestos a una forma de vida que no esté en contradicción con la indisolubilidad del matrimonio".

OPS resalta vínculo entre casos de VIH/SIDA y derechos humanos

28.10.04 - EFE – España

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) expuso ayer ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) la necesidad de vincular más estrechamente los temas del VIH/sida con esos derechos.

En su 121 período de sesiones de tres semanas que finalizará mañana, jueves, la CIDH, de la Organización de Estados Americanos (OEA), examina los casos de violaciones a los derechos humanos en América y mantiene audiencias sobre esos hechos.

Representantes de la Unidad de VIH/sida y la Oficina de Asuntos Jurídicos de la OPS comparecieron hoy ante ese organismo para abogar por los portadores del virus del sida y quienes sufren la enfermedad.

"Las personas que viven con VIH/sida se encuentran muy frecuentemente en una particular situación de vulnerabilidad, estigmatización, discriminación e impotencia, tal como lo han establecido organismos internacionales de derechos humanos", según dijo la médica Heidi Jiménez, asesora jurídica de la OPS.

Añadió que "por eso se requiere de acciones inmediatas e intersectoriales para proteger la salud y otros derechos humanos íntimamente vinculados tales como la vida y la integridad física, psíquica y moral de miles de niños, adolescentes y adultos que viven con el VIH en nuestro continente".

Durante la audiencia se recordó que, según la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, agencias de salud pública y otros grupos de apoyo a pacientes, entre los derechos y libertades fundamentales de las personas que viven con VIH/sida, que se violan con mayor frecuencia, figuran la discriminación y la igualdad ante la ley.

Asimismo, la integridad física, psíquica y moral, la libertad y seguridad personales, la circulación y residencia, y la libertad de pensamiento y expresión (especialmente en relación a la libertad de buscar, recibir y difundir información sobre este problema).

Otros participantes de la OPS, Paloma Cuchi y Javier Vázquez, destacaron que en América existen grupos vulnerables, mujeres, niños, personas privadas de su libertad y otros, que todavía no tienen acceso a cuidados de salud, medicamentos, ni a exámenes médicos voluntarios y confidenciales.

Explicaron que, en muchos casos, eso es una consecuencia de medidas discriminatorias establecidas por políticas y legislaciones nacionales que contribuyen a la estigmatización, y que hacen que las personas tengan miedo de acudir a los servicios de salud.

Pusieron de relieve que el trabajo de la CIDH incluye medidas como el análisis de casos individuales, la visita a instituciones de salud pública, y la formulación de estándares especiales sobre salud pública y derechos humanos.

La OPS pidió que esa Comisión de la OEA además de las visitas que realiza a hospitales psiquiátricos, asilos y orfanatos, incluya también aquellos lugares en donde viven personas con VIH/sida que han sido privadas de su libertad.

También sugirió que incluya la situación de personas que viven con el VIH/sida en los informes especiales que se publiquen con relación a la situación de los derechos humanos en los 34 países miembros de la OEA.

Además, aconsejó que la CIDH colabore con la OPS en la Iniciativa "tres millones para 2005" que se propone ampliar el número de personas con VIH/sida que reciben tratamiento médico adecuado.

También instó a alentar o mejorar legislaciones que promuevan y protejan la disponibilidad en cantidades suficientes de medicamentos y tecnologías utilizadas para tratar pandemias como la de VIH, y el acceso sin discriminación a medicamentos y medios preventivos.

Pidió igualmente contribuir a reformar los estándares internacionales de derechos humanos de tal forma que prohíban la discriminación relacionada con las personas que viven con VIH/sida, y que coordinen acciones con otras entidades para proteger los derechos humanos de las personas afectadas por ese virus y la enfermedad.

RECOMENDACIÓN DE LA OMS

Todos los niños y adolescentes vacunados contra la hepatitis B

28.10.04 - El Mundo – España

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación universal frente a la hepatitis B a todos los niños y adolescentes.

Raquel Barba

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación universal frente a la hepatitis B a todos los niños y adolescentes. Con esta medida se pretende controlar una infección que afecta a millones de personas en todo el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo, y que puede producir cirrosis o cáncer de hígado.

En la actualidad 151 países han incluido estas recomendaciones en su calendario vacunal, aunque en los últimos meses en Gran Bretaña se ha revisado la indicación para ofrecer sólo la vacuna a los individuos considerados de mayor riesgo. Los inmigrantes, especialmente aquellos de zonas de alto riesgo como China, y los consumidores de drogas son las personas con más probabilidad de padecer la infección.

La vacunación universal a todos los niños sería la estrategia más adecuada para acabar con la enfermedad. Sin embargo, el coste para el sistema sanitario es lo suficientemente elevado para que se estén planteando otras alternativas. Se considera que tratar ahora en Gran Bretaña a todos los niños menores de cinco años costaría 150 millones de euros, seguidos de 30 millones anuales para ir vacunando a todos los niños que fueran naciendo. En contrapartida, el precio de un tratamiento de un paciente con hepatitis B en fase avanzada cuesta 5.000 euros.

Pero si se decide vacunar sólo a los individuos de riesgo es necesario saber si la inmunización en estos individuos es igual de eficaz y si las vacunas disponibles en la actualidad son útiles o existe un gran porcentaje de individuos que no cumple con la vacunación completa.

Características sociodemográficas

Un estudio publicado en la revista "Archives of Disease in Childhood" valora si ciertas características sociodemográficas de los adolescentes vacunados se asocian a un mayor riesgo de no completar el tratamiento. Esto debe ser considerado si se va a seleccionar grupos de pacientes para la inmunización selectiva (a grupos de riesgo) en vez de la universal (a todos).

En el estudio se incluyeron 10.832 alumnos de secundaria de Glasgow a los que se puso la vacuna y dos dosis de recuerdo, al mes y a los siete meses de la primera dosis.

Los estudios demuestran que los varones, los que viven en áreas más deprimidas, los niños que necesitan educación especial, los que van a colegios que tienen más de un 10% de inmigrantes y los que estudian en centros que tienen más del 10% de absentismo, tienen más riesgo de no cumplir bien con el calendario vacunal y no recibir todas las dosis.

Son precisamente los individuos con más riesgo de adquirir la infección los que menos cumplen el calendario vacunal. Por ello parece que las vacunas de dos dosis, que ya están disponibles en EEUU y pronto lo estarán en Europa, deberían ser consideradas como opción a la vacunación habitual, de tres dosis, especialmente en los adolescentes de zonas deprimidas.

Fuente: Recortes de Prensa

Próstata: "Haga el amor y no la guerra"

29.10.04 – Infobae

Este es el slogan de una campaña para la prevención del cáncer más común en los hombres. El mensaje proviene de un estudio que indica que la eyaculación es un excelente antídoto para esta enfermedad.

El descubrimiento fue hecho por especialistas de la Universidad Federico II, en Italia, y se llevará a cabo esta semana la promoción de una campaña preventiva. La Sociedad Italiana de Urología se une a la propagación de este concepto, mediante charlas y conferencias sobre el tema.

La conclusión más importante a la que llegaron los médicos es que tener relaciones sexuales en forma frecuente podría reducir el tumor de próstata. Según uno de los responsables del estudio, "las evidencias demuestran que el riesgo de padecer esta enfermedad es inferior en aquellos hombres con una alta frecuencia eyaculatoria".

Otro dato importante es que, dentro del antídoto, no sólo se incluye al sexo con otra persona, sino que también la masturbación es un buen remedio para la protección de este tipo de cáncer.

SALUD: INVESTIGACION DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA

Embarazadas y Prozac: un gran peligro para los hijos

29.10.04 – Clarín

Las que lo consumen pueden afectar la futura salud mental de sus bebés.

Las mujeres embarazadas que consumen Prozac pueden poner en serio peligro el futuro de la salud mental de sus hijos, según un estudio de un equipo médico que la revista Science publica en su edición de hoy.

Científicos de la Universidad de Columbia en Nueva York, en los Estados Unidos, indicaron que los niños nacidos de madres que tomaban regularmente Prozac —que contiene inhibidores selectivos de serotonina (SSRI, en sus

siglas en inglés)—, tienen altas posibilidades de desarrollar en su juventud ansiedades y hasta depresiones muy severas.

El equipo de investigadores, dirigido por el profesor Jay Gingrich, advierte que "el consumo de antidepresivos en el embarazo y a edades muy tempranas podría traer riesgos hasta ahora desconocidos de perturbaciones emocionales en la vida futura".

El Prozac es el fármaco más antiguo y conocido contra las depresiones y, llamativamente, el único cuyo utilización en los Estados Unidos y Gran Bretaña también está autorizado en los niños y los jóvenes.

Luego de estudiar el período del desarrollo mental en ratones, el equipo científico logró concluir que existe suficiente evidencia genética que vincula al Prozac con bebés muy susceptibles de comenzar a desarrollar problemas mentales.

Se determinó que el fármaco causó en los ratones daños a largo plazo cuando era administrado a edades muy tempranas.

Los animales que (recalcado a edades humanas: los ratones de tres meses de embarazo equivalen a los de entre seis y ocho meses en humanos) consumieron este remedio antes de los ocho años, resultaron a edades maduras extremadamente temerosos y tenían perturbaciones emocionales.

La noticia se conoce pocos meses después de que en los Estados Unidos se publicaron estudios que indicaron que el consumo de Prozac estaría vinculado al alto índice de suicidios en adolescentes.

Este mes, la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ordenó que se imprimieran advertencias adicionales en los envases de medicamentos antidepresivos tras una serie de suicidios en pacientes jóvenes con depresión.

Medicinas como el Prozac (fluoxetina) y el Seroxat (paroxetina) logran bloquear la reabsorción del químico cerebral serotonina, provocando que los niveles de este químico en el cerebro aumenten por más tiempo.

La serotonina ayuda a enviar señales de una neurona a otra y su disminución en el cerebro puede llegar a provocar depresiones y ansiedades.

Sin embargo, los científicos descubrieron que en cerebros en desarrollo, estos procesos son mucho más complejos, y la modificación en los niveles de serotonina puede influir peligrosamente en la forma en que crecen las neuronas del bebé.

CÓMPRELO HECHO

¿Para que sirve el Viagra femenino?

29.10.04 - Página 12

Es claro que de sexo se habla cada vez más (en cualquier lugar, menos en las escuelas, no vaya a ser cosa...) y, encima, hay que practicarlo en igual medida y con performance acorde. ¿Usted no está a la altura de la circunstancias? No se preocupe, lo que le falta pronto podrá comprarlo en la farmacia ¿o acaso piensa que hay alguna diferencia entre su cuerpo y cualquier otro mecanismo?

Por Luciana Peker

Si se apaga la luz... se enciende GI MONTE", decía el aviso –paradigma del sexo con la luz apagada, de los jadeos con la boca en la almohada y de los problemas sexuales silenciados. Hoy algunas cosas han cambiado, el sexo estalla por los poros de la televisión y los consejitos para gozar más y mejor son parte de la nueva mujer utilísima que –también– tiene que ser útil para el sexo.

Tan útil que el sexo –también– se volvió una imposición (claro que sexo sí, pero educación sexual no, cruz diablo). Clarín publica el ranking de los países con mejores amantes, La Nación se preocupa por las disfunciones sexuales de las mujeres después del parto, en Cosmopolitan las sexólogas dan cátedra mediática de perfeccionamiento de sexo oral, HBO le muestra a una pareja que creía que se las sabía todas que hay más posiciones de las 69 que –muestran en cámara– practicaban a diario y Playboy, además de películas, muestra sexo didáctico, explícito, pero para aprender. A gozar más y mejor.

La libertad sexual hoy es también un producto del mercado. Justamente porque ahora ese gozo íntimo, desbordante, que hace descarrilar la razón y las razones quiere encarrilarse en otra góndola del supermercado. Si ahora hay que comprarse shampo X para que tu marido te vuelva a tocar el pelo, en poco tiempo, la propaganda subliminal –esa que viene con formato de información periodística– va a hacer que te compres un nuevo Viagra rosa para que te guste como te toca, en ese momento en que se apaga la luz o se encienden Playboy y Cosmopolitan.

El éxito económico del Viagra es indudable. Por ejemplo: solamente de marzo del 2003 a marzo del 2004, se vendieron en Argentina 8.150.000 pastillas contra la impotencia masculina (incluyendo más de veinte marcas de sildenafil y tadalafil), un 93% más que en el 2002. Un auge con traducción económica: 10 millones de dólares anuales, según una auditoría realizada por IMS Health Drug Monitor, que mide las ventas en farmacias y droguerías. Pero las cajas nunca acaban. Y ahora van por más. Exactamente, por nosotras. Y si el Viagra no se puede feminizar (las investigaciones sobre la utilización en mujeres no arrojaron resultados positivos), la fórmula de un remedio para mejorar el sexo sí. Por eso, en el contexto del XI Congreso de Medicina Sexual que se realizó en Buenos Aires, se anunció la salida al mercado, durante el 2005, de un parche para las mujeres. Toda una definición.

“Negocios son negocios. Aquí y ahora, antes y allí. Siempre se busca el negocio. Es cierto que el Viagra es eficiente para las disfunciones eréctiles masculinas. Y como las ganancias no les alcanzan quieren extender su uso a todo lo posible, incluyendo los problemas sexuales femeninos”, señala el sexólogo León Gindin, autor del libro *La nueva sexualidad de la mujer (a la conquista del placer)*. Virginia Martínez Verdier, psicóloga y secretaria general de la Federación Sexológica Argentina, subraya: “Los laboratorios siempre tienen que tener un medicamento que solucione los problemas de la gente. Pero esa no es la manera de resolver los problemas de la satisfacción femenina. No hay ninguna aspirina mágica que solucione la sexualidad. Además, el agujero básico de la sexualidad femenina sigue siendo la comunicación en la pareja, de donde puede surgir si se anima a autoestimularse, qué fantasías tiene o si necesita más juego sexual, entre otras cosas”.

Noti Viagra

Es interesante tener en cuenta que los medicamentos no funcionan con el formato tradicional publicitario. Por eso, muchas veces atrás del tratamiento periodístico de una enfermedad puede haber intereses. Este invierno, por ejemplo, el ministro de Salud, Ginés González García, advirtió que la noticia del recrudescimiento del virus de la gripe estaba alentada por los potenciales beneficiarios de la suba de venta de las vacunas antigripales.

Esta semana, en una nota periodística de *La Nación*, Irwin Goldstein, profesor de Ginecología y Urología, fundador del Centro de Medicina Sexual de la Universidad de Boston y presentado como “el padre del Viagra”, afirmó que el 30% de las mujeres tiene alguna o varias disfunciones sexuales antes de la menopausia, pero que después de la menopausia llegan al 80% las que tienen disfunciones sexuales y que, después de ser madres, el 25% de las mujeres queda con alguna disfunción sexual permanente. Por si no lo entendió: señora, si usted tiene entre 20 y 80 años, es mamá o ya no puede serlo, usted tiene un problema en la cama.

Claudia Groisman, sexóloga y psicoterapeuta, lo refuta: “Hay que definir qué es disfunción, una idea que presupone que habría un funcionamiento correcto. Ya de entrada no estoy de acuerdo. La palabra disfunción es vieja. Este señor además de hablar como un mecánico de automóviles da porcentajes como si no hubiera contextos que el ser humano atraviesa. Indiscutiblemente, una mujer que acaba de tener un bebé está más interesada por un tiempo en el hijo que en el sexo, pero eso no son disfunciones, son avatares del ser humano”.

Por si usted se siente identificada en el 25% de las mujeres que después de ser mamá no viven su sexualidad igual que antes y que tienen menos deseos después de dar la teta seis veces al día, caminar al ritmo de un berrinche por kiosko o decirle chau a la caca del nene para que pueda dejar los pañales –que me presenten al otro 75%–, Irwin Goldstein tiene una solución: “Por un motivo desconocido muchas mujeres dejan de secretar suficiente testosterona libre como para sostener el deseo sexual luego del embarazo. La falta de testosterona libre es un punto crítico en la falta de deseo. El año próximo en los EE.UU. se conocerá el primer medicamento aprobado para tratarlo: los parches de testosterona”.

Una nota de *Clarín* también cubrió la expectativa sobre el futuro parche: “Las estadísticas dicen que un 35% de las mujeres, en algún momento de su vida, experimentan un declive en su deseo sexual (...) Un nuevo desarrollo que aún se encuentra en proceso de experimentación comienza a dar muestra de su efectividad: un parche de testosterona. Un estudio reveló que las mujeres que utilizaron el parche incrementaron cuatro veces sus relaciones sexuales en dos meses. Pero no solamente es cuestión de cantidad: también lograron una mayor excitación, más placer, alcanzaron el orgasmo más asiduamente y hasta mejoraron su autovaloración”.

“La sociedad de consumo te valora cuánto más tenés y en la sexualidad, cuánto más rendís. La avanzada de la industria sobre la sexualidad sigue en la línea del consumo y saca al sexo del lugar de placer para pasar a ser rendimiento”, apunta Martínez Verdier. Gindin enfatiza: “No hay que olvidar que estamos viviendo en una sociedad medicalizada y con píldoras de la felicidad (Prozac). Mi opinión personal es que nada podrá en el futuro hacer acallar a las mujeres que ya ocuparon su lugar. Por eso, los inventos de la industria farmacéutica sólo prenderán si se demuestra su eficiencia para resolver los reales problemas de la sexualidad femenina”. Aun cuando los progresos científicos puedan ayudar a algunas mujeres a resolver problemas puntuales con progresos puntuales –no hay que descartar la utilidad de todos los nuevos medicamentos para la sexualidad femenina–, indudablemente, detrás del cuco de las disfunciones sexuales hay una industria que quiere vender una superwoman, que tape sus problemas con parche, que en vez de capa tenga un pastillero en el bolsillo y en vez de contar con un bolsillo lleno –ahora que es libre para trabajar y tener su plata– tenga un bolsillo volcado a ser una superchica, con un goce muy bien diez, felicitado.

La polémica por los anticonceptivos

Hay que investigar a fondo la posibilidad de que los anticonceptivos hormonales propicien disfunciones sexuales femeninas”, reclamó Irwin Goldstein, durante su paso por Buenos Aires. Y obviamente su frase –atacando las pastillas que revolucionaron la sexualidad femenina– desataron la polémica. Goldstein, director del Instituto de Medicina Sexual de la Universidad de Boston, aseguró: “La píldora actúa inhibiendo la función de los ovarios. Así impide la ovulación y, por lo tanto, el embarazo. Pero los ovarios tienen otra función que es producir hormonas y, entre ellas, la testosterona, cuya ausencia afecta la función sexual. Esta función también puede ser afectada por estos anticonceptivos”.

“No hay ninguna demostración científica que pueda demostrar que los anticonceptivos que se usan en la actualidad inhiban la libido ni la función sexual en la mujer. No sé dónde está la fundamentación de estos argumentos porque no hay pruebas científicas. Por eso, nosotros recomendamos utilizar una combinación de preservativos para prevenir infecciones y pastillas anticonceptivas para prevenir embarazos no deseados. Lo mejor

es usar los dos métodos”, destaca Enrique Berner, médico y jefe del servicio de adolescentes del Hospital Argerich.

Matrimonios homosexuales podrán adoptar hijos en Alemania

29.10.04 - La Segunda, Chile

Una enmienda aprobada por el parlamento germano les permitirá adoptar a los hijos de matrimonios anteriores y de los que nazcan durante la unión fruto de una inseminación artificial.

Fuente :DPA

BERLÍN.- El Parlamento de Alemania aprobó hoy una enmienda legislativa que amplía los derechos de las uniones civiles de homosexuales y lesbianas y permitirá, entre otras cosas, la adopción de hijos de matrimonios anteriores y de los que nazcan durante la unión fruto de una inseminación artificial.

Una mayoría de diputados oficialistas -socialdemócratas y verdes- y de opositores del Partido Liberal votaron a favor de una mayor equiparación de los derechos de las parejas de igual sexo.

De acuerdo con la enmienda, las parejas de homosexuales y lesbianas podrán comprometerse como lo hacen las heterosexuales y formar una sociedad de gananciales.

También podrán adoptar los hijos del compañero que vivan en el hogar conjunto así como los que nazcan mediante inseminación artificial. En el caso de separarse, regirán para los homosexuales las mismas disposiciones sobre el pago de la cuota alimenticia que para heterosexuales.

El gobierno anunció que presentará más enmiendas para subsanar la discriminación de las parejas de igual sexo que persisten en materia de derecho impositivo y de sucesión.

"Los homosexuales y las lesbianas siguen siendo tratados de manera dispar sin razón fundamentada", sostuvo la ministra de Justicia, Brigitte Zypries.

La adopción de hijastros desató airadas protestas de la oposición conservadora de demócratas y socialcristianos, que temen desventajas para estos niños frente a sus coetáneos así como que pierdan derechos respecto al padre o la madre biológicos.

Cerca de 8.000 niños viven en Alemania en hogares de parejas homosexuales.

El reconocimiento y la equiparación de los derechos de las uniones homosexuales a los derechos del matrimonio heterosexual ha sido uno de los principales proyectos de reforma que impulsó el gobierno del socialdemócrata Gerhard Schroeder.

En 2001 fue sancionada por primera vez en Alemania una ley que permite la inscripción en el registro civil de las uniones de homosexuales. En julio de 2002, el Tribunal Constitucional alemán declaró la ley constitucional, desestimando la demanda interpuesta por los estados federados gobernados por los conservadores. El máximo tribunal alemán destacó entonces que las uniones de homosexuales podrían ser dotadas de mayores derechos que los otorgados por la ley sin que de esta forma se cuestionase la protección del matrimonio y la familia que contempla la Constitución.

Cerca de 5.000 parejas de homosexuales y lesbianas se han inscrito en los registros civiles desde hace tres años. Pueden llevar el mismo apellido, están obligadas a la asistencia económica mutua y cada una de las partes puede continuar como inquilino de un piso en caso de muerte del compañero y seguir llevando la empresa del mismo.

En 2002, el gobierno alemán intentó otorgar también ventajas tributarias a las parejas homosexuales, pero fracasó ante la resistencia de los partidos conservadores, mayoritarios en la Cámara Alta (Bundesrat).

Fuente: RIMA

“ Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto seguro para no morir. ”

NotiSASH es el boletín semanal de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH) que contiene una selección de artículos publicados durante la semana anterior.