


**Vinculación de programas
y servicios de salud sexual
y reproductiva, género y de
prevención de VIH y ITS**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Vinculación de programas
y servicios de salud sexual
y reproductiva, género y
prevención de VIH e ITS**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Vinculación de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, género y prevención de VIH e ITS”

Washington, D.C.: OPS, © 2010

ISBN: 978-92-75-33077-7

I. Título

1. INFECCIONES POR VIH – prevención y control
2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – prevención y control
3. SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA – organización y administración
4. SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD
5. PROMOCIÓN DE LA SALUD
6. EDUCACIÓN SEXUAL
7. DESARROLLO SEXUAL

NLM WC503.6

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones.

Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de VIH/SIDA, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2010

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud. Más información: <http://www.paho.org>



Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN

- A. La sexualidad y la salud 9
- B. ¿Vinculación, articulación o integración? 11

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

- A. Importancia de la armonización de los esfuerzos en salud sexual y reproductiva, perspectiva de género y respuestas programáticas al VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) 7
- B. Progresos y obstáculos para la conexión de intervenciones en salud sexual y reproductiva, perspectiva de género y respuestas programáticas al VIH/sida y otras ITS 7

2. RACIONALIDAD PARA LA VINCULACIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y OTRAS ITS

- A. Integración de salud reproductiva y sexual..... 9
- B. Sexualidad y prevención de la infección por el VIH..... 10
- C. Enfoque basado en derechos humanos 11
- D. Creación de una cultura de prevención..... 13

3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA Y LA FUNCIÓN CLAVE DE LA SEXUALIDAD 17

4. METAS, ESTRATEGIAS Y ESPACIOS PARA ATENDER LA SSR A TRAVÉS DEL CICLO DE VIDA

- A. Etapa en el ciclo de vida: Primer año de vida 21
- B. Etapa en el ciclo de vida: Lactancia 1-5 años 23
- C. Etapa en el ciclo de vida: La niñez 5-9 años 25
- D. Adolescencia 28
 - D.1 Etapa en el ciclo de vida: Adolescencia temprana 10-14 29
 - D.2 Etapa en el ciclo de vida: Adolescencia tardía 15-19 30
- E. Etapa en el ciclo de vida: Juventud y edad adulta 32
- F. Etapa en el ciclo de vida: Madurez y vejez 33

5. ETAPAS EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA LA ARTICULACIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH/ITS

- A. Análisis de la situación 35
- B. Recolección y análisis de datos 38
- C. Abogacía de la agenda 39

D. Promoción de la capacitación	39
E. Diseño de intervenciones	40
F. Elaboración de un plan de acción	41
G. Seguimiento y evaluación	42
H. Difusión de lecciones aprendidas, información y datos	43
6. ARQUITECTURA DE SERVICIOS INTEGRADOS	44
Ejemplos de algoritmos para la entrega de los “paquetes básicos de servicios”	50
7. ANEXOS	
Anexo # 1	
Hitos en la armonización de los esfuerzos en salud sexual y reproductiva, perspectiva de género y respuestas programáticas al VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)	55
Anexo # 2	
Experiencias que reflejan esfuerzos significativos para integrar servicios de atención salud sexual y reproductiva con acciones para prevenir la infección por el VIH y otras ITS	57
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (INCLUYE LOS ANEXOS).....	60

Este documento, dirigido a tomadores de decisiones en el sector de la salud, así como a gerentes de programas y servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y de prevención de VIH e ITS, es el producto de una serie de consultas de expertos convocadas por la OPS, con participación de otras agencias del sistema de Naciones Unidas, llevadas a cabo a lo largo de meses de trabajo intensivo.

El proceso ha estado orientado a consolidar un enfoque de trabajo en el que dichos programas y servicios, además de aumentar su cobertura, sean más accesibles a los segmentos de la población que más los necesitan. El incremento en su utilización debe, al mismo tiempo, resultar en una reducción significativa de problemas asociados con la actividad sexual y la reproducción.

La infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual revisten una importancia tal que no es posible postergar acciones necesarias para hacerles frente. Por ello, es indispensable incorporarlas en el quehacer de los programas y servicios de SSR. La dimensión de género, que interseca todas las facetas de la vida humana, se hace particularmente visible en el área de la sexualidad y la reproducción, y ha sido considerada desde el comienzo como un sustrato en el proceso de vinculación de servicios y programas. El género se torna así el cimiento en el que se construyen las articulaciones y enlaces que deben resultar no solamente en una reducción de los casos de VIH e ITS sino también en una mejoría notable de diversos indicadores de salud sexual y reproductiva y del bienestar sexual en general de personas, familias y comunidades.

El proceso de coordinación y conducción de consultas de expertos, así de como la preparación, revisión y edición de las diversas versiones del documento ha estado a cargo de Rafael Mazín, funcionario del Área de Salud Familiar y Comunitaria. Las primeras dos consultas de expertos se realizaron en Montevideo, en junio y agosto de 2007. En ellas participaron los siguientes representantes de OPS: Betzabé Butrón, Virginia Camacho, Luis Codina, Catharina Cuéllar, Bremen De Mucio, Ricardo Fescina, Matilde Maddaleno, Gerardo Martínez, Patricio Rojas, Maritza Romero, Gina Tambini, Horacio Toro y Luis Toro. Raquel Child participó por el UNFPA.

La tercera consulta se llevó a cabo también en Montevideo, en octubre de 2007. Participaron representando a la OPS: Fernando Amado, Virginia Camacho, Catharina Cuéllar, Bremen De Mucio, Ricardo

Fescina, Matilde Maddaleno, Gerardo Martínez, Patricio Rojas, Gina Tambini y Luis Toro. También participaron Maria Inês Barbosa (UNIFEM), Raquel Child (UNFPA); Mark Connolly (UNICEF); Esther Corona (Asociación Mundial por la Salud Sexual/WAS); Barbara De Zalduondo (UNAIDS); Jane Galvao (IPPF); Wolfgang Munar (BID). Carlos Cáceres y Marisela Padrón asistieron como consultores expertos en salud sexual y reproductiva.

En abril de 2008 se llevó a cabo una reunión adicional, en Washington, D.C., para la revisión de la arquitectura de programas y servicios integrados. Durante esta reunión, se revisó exhaustivamente el documento de trabajo y se hicieron recomendaciones adicionales.

En esta reunión participaron: Christopher Bates, Tom Broker, Xóchitl Castañeda, Carlos Cáceres, Arachu Castro, Barbara Clarke, Eli Coleman, Lynn Collins, Esther Corona, Maryanne Doherty, Layla Esposito, Jane Galvao, Julia Heiman, Rubén Hernández Serrano, Rhonda Kropp, Danuta Krotzki, Marilyn Lauglo, Scott Long, Eleanor Maticka-Tyndale, Susan Newcomer, Luis Perelman, Michael Ross, Sonia Ruiz, William Smith, Mitchell Tepper, Priscila Vera. Por la OPS participaron: Mónica Alonso, Cristina Beato, Christopher Drasbek, Gottfried Hirnschall, Hernan Montenegro, Sofialeticia Morales, Ewa Nunes Sorensen, Luis Fernando Padilla, Gina Tambini, José Romero Teruel, Marijke Velzeboer-Salcedo y Fernando Zacarías.

Los primeros borradores del documento fueron preparados por Carlos Cáceres y Esther Corona. La finalización del documento constituyó un proceso largo durante el cual se revisaron incontables borradores, se tradujeron secciones enteras y se circularon ampliamente las versiones que fueron surgiendo a lo largo del proceso.

Las contribuciones de Suzanne Serruya, Marijke Velzeboer-Salcedo, Maritza Romero (OPS) y Esther Corona (Asociación Mundial por la Salud Sexual/WAS) fueron particularmente útiles y permitieron dar a este documento un formato más accesible y de más fácil aplicación en el terreno.

El bienestar y la plenitud que se asocian con expresiones sexuales gratificantes, responsables y libres de riesgo son elementos esenciales para el goce de una salud integral





Introducción

A. La sexualidad y la salud

La sexualidad es una dimensión esencial de la vida de las personas –hombres y mujeres–, las familias y las comunidades. Además de su evidente conexión con la reproducción, es una fuente fundamental de gratificación, bienestar y comunicación íntima que al posibilitar la expresión de afecto y compromiso contribuye a consolidar vínculos afectivo-emocionales placenteros y constructivos (1).

El bienestar y la plenitud que se asocian con expresiones sexuales gratificantes, responsables y libres de riesgo son elementos esenciales para el goce de una salud integral. Sin embargo, la actividad sexual puede asociarse también con conflictos emocionales e interpersonales y con situaciones que inciden negativamente en la salud y calidad de vida de los individuos, las familias y las comunidades.

La diseminación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) –patógeno transmitido en la mayoría de los casos a través de la actividad sexual– es un ejemplo claro de la urgente necesidad de abordar abierta y francamente el tema de la sexualidad y de entender cómo se relaciona con la salud y el bienestar de hombres y mujeres, y de la población en general.

La sexualidad es una dimensión fundamental de la vida de las personas, las familias y las comunidades. Es profundamente influida por las interacciones sociales, la cultura y las experiencias personales. Por ello, la inclusión del tema en las agendas de salud pública exige una comprensión profunda y clara de las expresiones y la dinámica de la sexualidad en la vida cotidiana y a lo largo del ciclo vital, y no únicamente durante la fase reproductiva. La sexualidad tampoco debe ser reducida únicamente a los eventos asociados con la reproducción, puesto que una proporción altamente significativa de la actividad sexual humana no tiene como propósito primario ni tiene como resultado la procreación.

Desde el momento en el que los primeros casos de sida atrajeron la atención del público, los recursos invertidos para enfrentar el cúmulo de desafíos que conlleva la infección por el VIH parecen exceder lo invertido en otros temas o problemas de salud. Esta extraordinaria inversión no ha sido en vano, pues ha contribuido a realizar descubrimientos científicos y adelantos acelerados en la materia. A pesar de este hecho, el avance de la epidemia no ha podido frenarse y el VIH sigue infectando a un número creciente de personas.

Sin embargo, al analizar esta inversión de los recursos destinados a combatir el VIH, resulta evidente la insuficiencia de lo que actualmente se destina a promoción y prevención. Esto puede explicar el hecho de que por cada dos personas infectadas que acceden a tratamiento, se estima que ocurren aproximadamente cinco nuevas infecciones. De acuerdo con el informe de ONUSIDA de julio de 2008 sobre la situación de la epidemia en el mundo, cada día ocurren alrededor de 7 600 nuevas infecciones, lo que significa que

cinco personas se infectan cada minuto. Se estima también que cerca de la mitad de esas nuevas infecciones ocurren entre jóvenes en la franja de edad de 15 a 24 años. Este hecho representa un reto inaplazable e ineludible, y hace imperativo buscar maneras innovadoras y diferentes para prevenir nuevas infecciones, especialmente entre jóvenes, preservando y manteniendo a la vez los logros obtenidos en la mejora de las condiciones de personas con infección por el VIH y sida, incluido el acceso a tratamiento, que ciertamente ha contribuido a reducir significativamente la mortalidad por sida.

Las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes constituyen un segmento poblacional verdaderamente importante en la Región, ya que comprende alrededor del 30% del total de la población de América Latina y el Caribe. Se considera como un sector de población relativamente 'saludable' y, por ello, a menudo se pasan por alto sus necesidades en materia de salud. No obstante, dado que la población joven se ve particularmente afectada por la pandemia de VIH/sida, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes merece especial atención. Muchos de los comportamientos sexuales que se establecen durante la adolescencia pueden tener efectos persistentes en la edad adulta. Con objeto de mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, es necesario emprender acciones enérgicas de educación integral en materia de sexualidad y promoción de salud sexual. Igualmente, se deben abordar aspectos que impactan de forma significativa a la población joven, tales como la maternidad temprana, la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, la búsqueda de asistencia sanitaria, la violencia y los comportamientos de riesgo (2).

En el año 2000, en la reunión de consulta de la OPS celebrada en Antigua Guatemala, Guatemala, y en la publicación surgida de ésta (3), se reconoció la importancia de adoptar un enfoque holístico en materia de salud sexual, que contrasta con una visión más tradicional que se aboca fundamentalmente a la reproducción. El marco conceptual para la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes

(SSRA) elaborado en 2003, se presenta también en la publicación (4). En 2005, en otra publicación de la OPS titulada "Jóvenes: opciones y cambios" (5), se ahondó aún más en el tema y se proporcionó una amplia visión de los marcos teóricos para la promoción de la salud y el desarrollo de los adolescentes.

En el informe de ONUSIDA mencionado anteriormente, se señala que de acuerdo con los resultados de encuestas realizadas en 64 países, solamente 40% de los jóvenes y 38% de las jóvenes tienen un conocimiento adecuado y amplio acerca del VIH y cómo evitar su transmisión (Indicador # 13 de UN-GASS). De esta información se puede inferir que hay un gran desconocimiento acerca de la importancia de las relaciones sexuales de bajo riesgo y la actividad sexual protegida. La ausencia de estos conocimientos se asociaría con relaciones sexuales no protegidas que dan lugar a embarazos no deseados y que conllevan riesgo de infecciones por VIH y otros patógenos que causan inflamación y lesiones en el tracto genito-urinario. Estudios recientes realizados por el Instituto Guttmacher indican que la maternidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en Honduras, Nicaragua y Guatemala es más elevada que la que se notifica en otros reportes (6).

La maternidad en adolescentes, la manera desproporcionada en que están ocurriendo las nuevas infecciones por VIH en esta población y la elevada incidencia de ITS entre jóvenes, son indicios de actividad sexual desprotegida que resulta, tanto de falta de acceso a una educación sexual integral, como de acceso a servicios de calidad de promoción y atención de la salud sexual y reproductiva.

En agosto de 2008, en vísperas de la XVII Conferencia Internacional de sida en México, el gobierno de ese país convocó a una reunión interministerial en la que los ministros de salud y educación de América Latina y el Caribe se comprometieron a revitalizar las acciones de prevención de VIH, particularmente entre la población joven. Como producto de esa reunión se emitió una declaración en la que se proponen acciones concretas, particularmente de

educación integral de la sexualidad, estrechamente vinculadas con servicios de promoción y atención de la salud sexual y reproductiva (7).

La vinculación dinámica de programas y servicios concebidos para mejorar la salud sexual y reproductiva de poblaciones con mayor vulnerabilidad, es para la OPS un imperativo ético, un reto técnico y un mandato de sus Estados Miembros. Los desafíos inherentes están claramente reflejados dentro del contexto de iniciativas regionales y mundiales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012; el Plan Regional de VIH/sida para el sector salud; la política en materia de igualdad de género de la OPS; las metas de acceso universal para 2010; las iniciativas para una generación de niños libres de VIH y sífilis congénita; la estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, así como el resto de los compromisos interagenciales e interinstitucionales en materia de salud y desarrollo equitativo. Por consiguiente, la integración de la salud sexual, salud reproductiva, género y prevención y control de VIH/sida y prevención de ITS se convierte en una estrategia crucial para asegurar que los jóvenes y las jóvenes, los hombres, las mujeres y las comunidades puedan gozar de una vida sexual saludable, satisfactoria y segura, libre de violencia y coacción y sin inequidades por género u orientación sexual.

Este documento ha sido preparado con el propósito de ofrecer a los lectores una propuesta estratégica elaborada por un grupo de expertos de la Región. Esta propuesta se orienta a contribuir significativamente a los esfuerzos que ya se realizan en varios lugares para optimizar la atención de la salud e incluir la promoción y la atención de la salud sexual y reproductiva con una perspectiva de género que trata explícitamente el VIH y las ITS como problemas que requieren acción inmediata. La propuesta no solamente enfatiza la importancia de la colaboración entre programas, servicios, proveedores y miembros de la comunidad para afrontar mejor los retos planteados por estas áreas, sino que propone acciones que pueden conducir a un mejoramiento

de la calidad de vida del individuo, la familia y de la colectividad en el nivel comunitario.

B. ¿Vinculación, articulación o integración?

Durante mucho tiempo, la existencia de múltiples puntos de intersección entre las causas subyacentes de la infección por el VIH e ITS- tales como las inequidades de género y otras asimetrías de poder que limitan el goce de derechos de personas y grupos- así como diversas condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en general, ha conducido a un llamamiento a favor de la búsqueda de convergencia de las respuestas ante tales problemas. La búsqueda de este enlace funcional se ha dificultado por causa de factores relacionados con la organización interna de los sistemas de salud (por ejemplo, la existencia de programas predominantemente verticales con interconexiones limitadas) y asignación expresa o tácita de los diversos campos de la salud a las redes profesionales (los especialistas en enfermedades infecciosas y epidemiólogos tradicionalmente han estado a cargo de los servicios de VIH/sida y los dermatólogos a cargo de las ITS, mientras que los obstetras, ginecólogos y profesionales de salud de los adolescentes con frecuencia dominan el campo de la salud sexual y reproductiva). La integración insuficiente de los temas de género en los programas de salud; la falta de una perspectiva intercultural; la falla en reconocer la existencia de la diversidad sexual o las necesidades específicas de grupos como las poblaciones indígenas o las personas con discapacidades; y los mecanismos de financiamiento (agendas políticas, prioridades de los donantes), también han desempeñado un rol importante facilitando o interfiriendo con la creación y activación de los enlaces deseados.

Como se menciona líneas atrás, la propuesta central de este documento es la de ofrecer una propuesta estratégica que oriente acciones de coordinación, colaboración y participación efectivas que vayan más allá del mero reconocimiento y endoso mutuo de programas y servicios a los que las per-

sonas pueden ser referidas para “ser tratadas”. En este sentido, se pretende más bien que los programas y servicios de salud sexual y salud reproductiva, género y prevención de VIH y de ITS, establezcan

interacciones sinérgicas entre sí –con perspectiva de género y amplia participación comunitaria, que resulten en los siguientes logros:

C
A
R
I
B
E



- a) **COBERTURA AMPLIADA:** atención de un número creciente de niños y niñas, muchachos y muchachas, mujeres y hombres que, como ciudadanos sujetos de derecho, deben tener acceso al más alto nivel posible de atención;
- b) **ADECUACIÓN PARA MAYOR UTILIZACIÓN:** ajuste de respuestas a necesidades y demandas específicas, en vez de procesos rígidamente estandarizados, recordando que hay grupos con discapacidades y necesidades especiales y que las personas en esos grupos son también ciudadanos, no órganos o aparatos enfermos o potencialmente enfermos;
- c) **RESILIENCIA AUMENTADA EN LA POBLACIÓN:** el énfasis en acciones mayoritariamente preventivas, en vez de meramente clínicas, contribuye a desarrollar la capacidad de autocuidado y a reducir los eventos negativos que requieren intervenciones curativas;
- d) **INTEGRACIÓN DE SERVICIOS:** provisión de atención completa y exhaustiva, en vez de fragmentada;
- e) **BIENESTAR COMÚN:** cuidado de toda la población, en vez de atender solamente a ciertos segmentos de la misma;
- f) **EQUIDAD:** reducción de las inequidades en acceso a programas y servicios de promoción y atención de salud y de prevención.

Se propone considerar que las interacciones de los mencionados programas y servicios son realmente sinérgicas si se consiguen estos logros (el acrónimo “**CARIBE**” puede ser una nemotecnica para mantenerlos presentes en las discusiones acerca de los procesos de vinculación/articulación/integración).

El uso de ciertos términos ayuda a definir la naturaleza de las opciones estratégicas propuestas, pero también puede prestarse a confusiones porque en ocasiones ciertas palabras se utilizan para

expresar ideas similares en un cierto momento y lugar, pero en otro contexto tal vez se utilicen para expresar conceptos bastante diferentes.

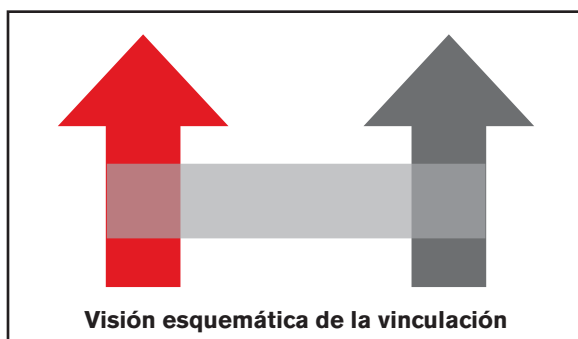
En el marco de este documento se definirá el uso que se hará de los términos vinculación, articulación e integración con el fin de mantener unidad conceptual. El uso aquí sugerido es una adaptación de términos propuestos en iniciativas para conseguir la convergencia interprogramática necesaria entre SSR y VIH/ITS (8).

Modalidades de nexos interprogramáticos:

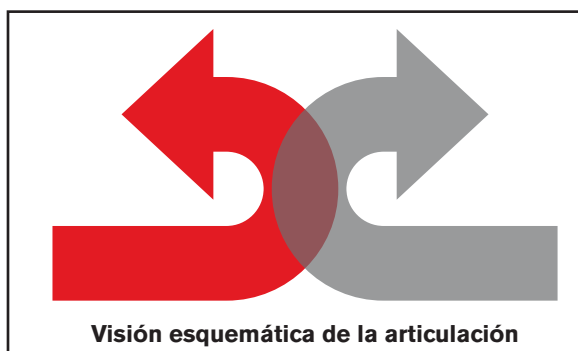
La colaboración entre programas y servicios puede adoptar múltiples modalidades. Las más simples se enfocan en mecanismos de comunicación y referencia, y las más complejas implican una fusión total. Entre estos polos pueden considerarse múltiples puntos intermedios.

Para los fines de esta publicación haremos referencia a tres modalidades fundamentales: vinculación, articulación e integración. Es importante mencionar que en algunas poblaciones se usan términos como: ‘no integración’, ‘integración parcial’ e ‘integración total’.

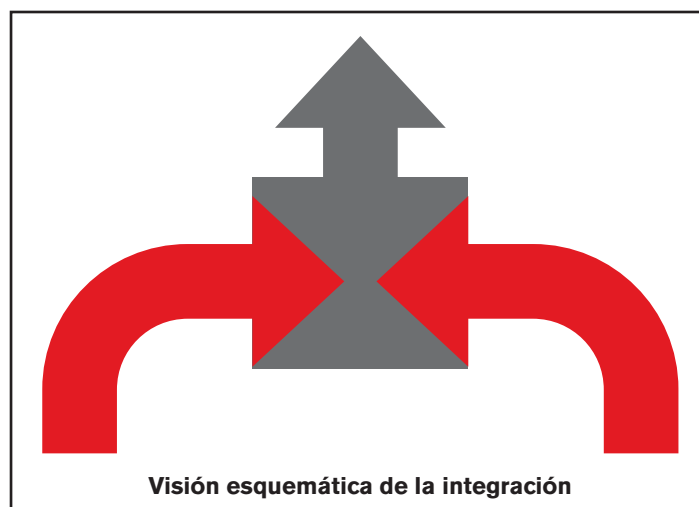
Vinculación: se refiere a la conexión de programas y servicios que utilizan métodos diversos o incluso enfoques diferentes pero que al enlazarse se complementan entre sí y generan las sinergias buscadas. Un ejemplo de ello sería la prevención de la transmisión vertical del VIH por parte de los programas de VIH mediante acciones de prevención primaria y de consejería y prueba para población en edad de procrear, al lado de acciones de planificación familiar, tratamiento profiláctico y atención calificada del parto de las mujeres con VIH con atracción de la pareja masculina y referencia de ambos padres por los programas de salud reproductiva. Aquí, el efecto sinérgico conseguido sería tanto la reducción de la transmisión vertical del VIH y de los casos de sida pediátrico, como la oportuna y adecuada atención clínica, emocional y social de los padres infectados.



Articulación: se refiere a la comprensión, en los niveles conceptual y estratégico, de las sinergias que pueden crearse al utilizar métodos comunes para abordar cuestiones específicas de salud. Por ejemplo, la prevención de la infección por VIH se aborda en servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH e ITS mediante un método común: educación sobre el uso del condón y entrega de condones y lubricantes. En ambos contextos el efecto conseguido es sinérgico, ya que el condón ofrece “doble protección” (prevención del embarazo y prevención de ITS, incluyendo VIH).



Integración: procesos claramente definidos de ejecución conjunta por programas y servicios distintos que convergen en diferentes niveles, actuando como uno solo. Algunos ejemplos de integración serían: a) la atención integral de la mujer violada, que debe incluir atención y apoyo emocional, prevención del embarazo y de VIH/ITS, tratamiento de lesiones y articulación con servicios legales y de apoyo social; b) la atención de la salud sexual de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que debe incluir consejería y prueba de VIH, educación y apoyo emocional para reducción de riesgo; vacunación contra hepatitis B y A (HBV y HAV), detección de ITS en tracto genital, faringe y ano y protección contra el estigma, la discriminación homofóbica y el maltrato; c) la atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva de personas con impedimentos auditivos o sordera en centros de salud en los que se brinde, además de interpretación confidencial y confiable, educación para la prevención de VIH e ITS a través de medios y metodologías apropiadas para este grupo (9).



Todos estos enfoques tienen una finalidad común: conseguir que los individuos, los hogares y las comunidades se beneficien de intervenciones que se refuerzan mutuamente. En ese sentido, todos ellos tienen ventajas, siempre y cuando las oportunidades de vinculación, articulación e integración hayan sido contempladas y concienzudamente planeadas. Además, es de crucial importancia que se emprendan oportuna y adecuadamente las acciones comunes y complementarias que definen a cada uno de estos enfoques.

En este sentido, es importante recordar un principio básico de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria: *el principio de oportunidad*. Este principio sustenta el hecho de que el mejor enfoque es aquel que puede llevarse a cabo cuando las interacciones existentes entre programas, servicios, familias y personas permiten realizar intervenciones de salud de manera simultánea, armonizada y oportuna.



Antecedentes y justificación

A. Importancia de la armonización de los esfuerzos en salud sexual y reproductiva, perspectiva de género y respuestas programáticas al VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

En varias reuniones clave sobre temas relacionados con género y reproducción, realizadas en las dos últimas décadas, se ha establecido claramente la necesidad inaplazable de lograr un acercamiento estrecho entre estos campos de trabajo, y se han sugerido mecanismos para que las conexiones y sinergias buscadas puedan ocurrir. En el anexo # 1 se examinan algunos de los documentos y reuniones más importantes sobre la fundamentación e iniciativas para establecer esos nexos.

B. Progresos y obstáculos para la conexión de intervenciones en salud sexual y reproductiva, perspectiva de género y respuestas programáticas al VIH/sida y otras ITS

Recientemente, se han documentado varias experiencias que reflejan esfuerzos significativos para integrar servicios de atención de salud sexual y reproductiva con acciones para prevenir la infección por el VIH y otras ITS. Para quienes estén interesados en conocer más acerca de las mismas, en el anexo # 2 se describen esas experiencias y esfuerzos con cierto nivel de detalle.



Aunque no hay ninguna referencia explícita a la salud sexual, se ha alegado que esta definición reconoce que la salud sexual está “entretejida inextricablemente con la salud reproductiva”



2

Racionalidad para la vinculación de programas y servicios de salud sexual, salud reproductiva y de prevención de la infección por el VIH y otras ITS

A. Integración de salud reproductiva y sexual

Aunque el concepto más moderno de salud reproductiva –que implica un cambio radical del paradigma demográfico y limitado al control de fecundidad hacia un enfoque holístico que toma en cuenta los derechos humanos, la perspectiva de género y la consideración de la diversidad cultural - había estado en uso durante varios años antes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD, 1994), fue el consenso internacional desarrollado en esa reunión lo que contribuyó a fraguar la noción actualmente en uso de la salud reproductiva:

Salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, en todo lo que se refiere con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Salud reproductiva por consiguiente implica que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tienen capacidad para reproducirse y libertad para tomar decisiones acerca de si quieren hacerlo, así como cuándo y con cuánta frecuencia. Implícito en esta última condición está el derecho de los hombres y las mujeres para informarse y para tener acceso a los métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para planificación familiar que elijan, así como otros métodos de su elección para regulación de la fecundidad que no sean ilegales y el derecho de acceso a servicios apropiados de atención de salud que permitirán a mujeres para tener embarazos y partos seguros y brindar a las parejas las mejores opciones para que tengan hijos sanos

—Programa de Acción de ICPD, 1994, párrafo. 7.2

Sin bien no hay ninguna referencia explícita a la salud sexual, se ha alegado que esta definición reconoce que la salud sexual está “entretejida inextricablemente con la salud reproductiva” (10). No obstante y, probablemente, en consideración al delicado clima político que se vivía durante la ICPD, la salud sexual quedó incluida junto con (y enmascarada por) la salud reproductiva.

El Programa de Acción de dicha Conferencia en otra sección, nuevamente enfatiza la inclusión de la salud sexual dentro de la esfera reproductiva: “Salud reproductiva, por consiguiente, implica que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tienen capacidad para reproducirse y libertad para tomar decisiones acerca de si quieren hacerlo, y cuándo y con cuánta frecuencia hacerlo” (11).

Aun cuando la salud sexual queda embebida dentro de la salud reproductiva, debe reconocerse que la definición contempla a la sexualidad de una manera positiva y perfila claramente los derechos reproductivos. Sin embargo, varios autores, como Miller, argumentan que el tratamiento de la sexualidad como un componente de la reproducción invisibiliza a la actividad sexual no reproductiva (12). Esto ha tenido como resultado con cierta frecuencia la sugerencia de separar la salud sexual de la salud reproductiva como dos conceptos diferenciados, cada uno con sus propias implicaciones programáticas. Esta separación, lejos de contribuir a redimensionar la importancia de la salud sexual, puede conducir a una dicotomía innecesaria y perjudicial para la entrega de servicios. Afortunadamente, con el transcurso de los años, la definición de salud reproductiva de ICPD ayudó al desarrollo de un concepto integrado en el cual una multiplicidad de enfoques (y por consiguiente de servicios) puede coexistir y eventualmente los diversos programas y servicios generar sinergias entre sí.

Es así como paulatinamente el campo de la 'salud reproductiva' se ha transformado en el campo de la 'salud sexual y reproductiva'. Es importante señalar, no obstante, que el acento se sigue colocando primariamente en los aspectos reproductivos y mucho menos en los sexuales. Sin embargo, el interés en la sexualidad no reproductiva está ganando terreno en las discusiones técnicas, y además el género y los derechos se han transformado en una parte insustituible del discurso sobre el tema de 'salud sexual y reproductiva'.

Junto con el desarrollo del concepto más abarcador de 'salud sexual y reproductiva', las inquietudes por las implicaciones de la epidemia de infección por el VIH estaban creciendo. Muchos autores reconocen con creciente frecuencia que la visión que se tenía acerca de la actividad y las prácticas sexuales en el campo de la planificación familiar y los "modelos de transmisión sexual del VIH no tienen una correspondencia fácil con normas públicas de vida sexual o categorías socio-sexuales estandarizadas" (13).

Como se menciona anteriormente, el llamamiento en favor de la integración de la salud sexual y reproductiva con programas y servicios de prevención y atención de VIH ha aumentado notoriamente con el transcurso de los años, gracias en parte a la evidencia que sustenta los beneficios de esta vinculación. No obstante, aún se expresan crítica y reserva acerca de la relevancia de crear ese nexo (14). Debe señalarse que en la mayoría de las referencias de la creciente y ya amplia bibliografía sobre el tema, la sexualidad sigue siendo incluida como un componente dentro de salud reproductiva.

Varias razones justifican la necesidad de integrar salud reproductiva, género, y VIH/ITS, en particular en el nivel de servicios. Entre ellas, pueden mencionarse las siguientes:

- Poder enfrentar, de forma sistemática, dos de los más importantes desafíos en materia de salud pública como son el mejoramiento de la salud de mujeres hombres y la reducción en el crecimiento de la epidemia de VIH;
- Reconocer y responder consecuentemente al hecho de que en América Latina y el Caribe la mayoría de infecciones por el VIH son de transmisión sexual o se asociaron con la transmisión vertical durante el embarazo, parto y lactancia materna; y
- Generar acciones sinérgicas para responder en forma efectiva a determinantes que resultaría difícil de remover desde un solo programa, como son la pobreza, la desigualdad en materia de género y la marginación social de las poblaciones más vulnerables.

B. Sexualidad y prevención de la infección por el VIH

Aun antes de ICPD, en un artículo muy citado y posteriormente en un capítulo de un libro, Dixon-Mueller (1996) llamó la atención acerca de la necesidad de establecer la "conexión con la sexualidad" en salud

reproductiva (15). La sexualidad y las relaciones de poder son, en última instancia, la base de todos los comportamientos y condiciones que abordan los programas de salud reproductiva. ICPD y posteriormente la IV Conferencia sobre las Mujeres han incluido un lenguaje que legitima la inclusión de la sexualidad dentro de las agendas de salud y desarrollo (16).

No hay duda de que la pandemia de VIH ha sido una de las fuerzas clave para traer a los foros de discusión científica la necesidad de estudiar y comprender mejor la sexualidad. La epidemia de VIH se ha asociado fuertemente con esfuerzos significativos para conceptualizar la sexualidad y para estudiarla desde perspectivas antropológico-etnográficas, psicológicas y sociales, que han servido para ampliar el conocimiento acerca de esta importante dimensión de la vida humana.

No obstante, a pesar de este reconocimiento, una gran cantidad de enfoques de VIH establecidos en materia de prevención y tratamiento han conseguido evadir algunas de las complejidades de las relaciones sexuales (17). La dimensión del erotismo y el placer, en particular, ha sido pasada por alto con bastante frecuencia (18).

Boyce ha sugerido que *“una conceptualización limitada de la sexualidad humana en el terreno del trabajo en VIH y sida, constituye la barrera principal a la prevención eficaz de la infección por el VIH en el nivel mundial”* (v. ref. 11). La salud reproductiva también se beneficiaría de un reconocimiento del carácter central de la sexualidad, que podría abrir la puerta no solo a un enfoque más eficaz para la resolución de preocupaciones urgentes de salud, sino también respondería al imperativo ético y al reto técnico que significa abordar eficientemente las tareas necesarias para lograr los ODM.

C. Enfoque basado en derechos humanos

Tanto el sistema internacional de derechos humanos como los sistemas regionales, tienen un cuerpo

importante de instrumentos jurídicos que pueden ser usados para proteger los derechos humanos y las libertades básicas de las personas que viven con el VIH y otros grupos vulnerables. Algunos de estos instrumentos han surgido de convenciones o tratados y tienen obligatoriedad legal para los Estados que los han ratificado. Otros instrumentos, como las declaraciones o estándares de derechos humanos internacionales, aunque no son legalmente vinculantes, se consideran instrumentos útiles para interpretar los requerimientos de las convenciones internacionales que se han desarrollado a partir del consenso de los Estados y se fundamentan en los principios de la justicia social, muchos de los cuales son directamente pertinentes para la atención de salud reproductiva (19). Esta aserción puede ser igualmente válida para el VIH.

El preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (20). El disfrute del más alto nivel posible de salud que se pueda lograr como un derecho humano fundamental es también protegido por varias declaraciones, tratados y convenciones internacionales de derechos humanos tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención de los Derechos del Niño, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), entre otros. Al mismo tiempo, hay un reconocimiento creciente a nivel internacional de que cierto grado de salud física y mental es necesario para poder ejercer los derechos y libertades fundamentales y de esta forma participar en la vida civil, social, política y económica de un Estado; y de que el ejercicio de los derechos humanos y libertades arriba mencionados es esencial para que las personas más vulnerables puedan disfrutar de un verdadero bienestar físico y mental (21).

Los derechos reproductivos que sirven de sustento a la salud reproductiva se identificaron y se reconocieron en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo), mientras que en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) se estableció que los derechos humanos incluyen el derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a la sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva. En las dos conferencias arriba mencionadas, los Estados Miembros de las Naciones Unidas confirmaron que los derechos humanos tienen una influencia directa en la salud sexual y reproductiva, que existe el derecho a alcanzar el máximo nivel de la salud sexual y que la salud sexual es una dimensión distinta del bienestar humano (22).

La Secretaría de la OMS no define los derechos sexuales como tales sino más bien como **“derechos humanos relacionados con la salud sexual”** (23). A pesar de ello, en los documentos técnicos que se encuentran en discusión, dicha Secretaría no solo identifica varios “derechos sexuales”, sino que llega a explicarlos con cierto detalle:

Los derechos sexuales se encuentran incluidos dentro de los derechos humanos que ya se reconocen en las leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otras declaraciones de consenso. Incluyen el derecho de todas las personas, a que libres de coacción, discriminación y violencia:

- Alcanzen el estándar más elevado de salud sexual, incluyendo acceso a servicios de atención de salud sexual y reproductiva;
- Busquen, reciban e impartan información relacionada con la sexualidad;
- Reciban educación sobre la sexualidad;
- Tengan protegida y respetada su integridad física;
- Elijan libremente a sus parejas;
- Decidan ser sexualmente activos o no;

- Mantengan relaciones sexuales consensuales;
- Establezcan lazos de matrimonio de forma consensual;
- Tomen decisiones acerca de tener a hijos y cuándo hacerlo; y
- Procuren tener una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

Al nivel de la sociedad civil, otras organizaciones proponen un conjunto de derechos sexuales específicos. Esto es el caso de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (anteriormente conocida como Asociación Mundial de Sexología) (24).

El “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sexual” (conferencias de Beijing y El Cairo) y los “derechos sexuales” que son planteados por los documentos técnicos en revisión de la OMS pueden contemplarse como un componente básico de los ODM (v. ref. 8). Es importante mencionar que de acuerdo a los Estados Miembros de la OPS, el derecho internacional de derechos humanos consagrado en convenios y estándares internacionales y regionales en materia de derechos humanos, ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estrategias sobre la reducción de la pobreza, desigualdades de género, vulnerabilidad a la infección por el VIH e ITS y la violencia doméstica y de género, que se encuentran estrechamente relacionados entre sí. De igual forma, el derecho internacional de derechos humanos ofrece también medidas para evaluar el progreso de los Estados y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados directos (25).

D. Creación de una cultura de prevención

Se calcula que en América Latina y el Caribe ocurren diariamente entre 450 y 500 nuevas infecciones por VIH. Esta cifra podría elevarse si los múltiples factores que influyen en la transmisión del VIH,

La Declaración de UNGASS de 2001 pone un acento especial en la necesidad de usar un enfoque basado en derechos y en fomentar reformas legales

En el campo del VIH/sida ha ocurrido una transición de un enfoque basado en necesidades a uno basado en derechos. Las ventajas que este último encierra son, entre otras:

- Enfatiza la obligación del estado de respetar los derechos inalienables de sus ciudadanos y contempla a los beneficiarios como sujetos de desarrollo, no objetos de la “caridad” o “paternalismo” de los gobernantes.
- Reconoce que es esencial el desarrollo pleno de las habilidades de las personas para ejercer sus poderes como ciudadanos en acciones de participación e involucramiento en la toma de decisiones.
- Se enfoca en las causas subyacentes de los problemas, incluyendo el contexto social, político, económico, religioso y cultural, junto con las manifestaciones de los esos problemas.
- Se orienta en desarrollo de políticas y fomenta visiones y actitudes holísticas para proveer soluciones sostenibles y duraderas (adaptado de Patterson, D., http://icad-cisd.com/pdf/David_Patterson_EN.ppt)

como las normas culturales y de la comunidad, los factores económicos y las diferenciales de género, no son debidamente abordados. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la mayor parte de las infecciones por el VIH son resultado directo o indirecto del comportamiento sexual, aun para la transmisión vertical. Por ello, un enfoque que se dirija a reducir el riesgo de exposición al virus (como la reducción en el número de parejas sexuales, la interposición de barreras mecánicas o la exclusividad sexual mutua) y/o la eficiencia de la transmisión del mismo (mediante el uso de sustancias microbicidas o drogas antiretrovirales, métodos aún en fase de prueba y el tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual) constituye una respuesta, que aunque no remueve muchos aspectos de vulnerabilidad, sí reduce el riesgo de contraer la infección.

Un ejemplo de este enfoque integral es proporcionado por programas que priorizan estrategias de alcance a mujeres, particularmente mujeres jóvenes, para prevenir en primer lugar que la infección ocurra. Esto se busca conseguirlo mediante educación y programas de comunicación integrales que contribuyan a desarrollar actitudes y aptitudes conducentes a una vida sexual y reproductiva sana y segura. Al mismo tiempo, se hacen esfuerzos para brindar servicios a mujeres no infectadas que garanticen el acceso a anticonceptivos (incluidos

condones) para prevenir VIH, las ITS y los embarazos no planeados, así como para prevenir reinfecciones y coinfecciones en mujeres que ya están infectadas. Estas acciones también pueden conducir a la reducción de la transmisión vertical y por ende tener una repercusión importante sobre la salud infantil.

Una cultura de la prevención que se desarrolle a todos los niveles: social y estructural, en la comunidad, en la familia y el individuo, unida a la integración sectorial y de servicios y a la comprensión de los factores fundamentales determinantes de la salud sexual y reproductiva, sin duda contribuiría al cumplimiento de los ODM relacionados con VIH, mortalidad materna e infantil y empoderamiento de la mujer.

Las acciones de prevención deben ser inclusivas y nunca deben basarse en presunciones (usualmente sustentadas en prejuicios) de que los individuos en ciertos grupos (las personas con discapacidades o las personas mayores, por ejemplo) no son sexualmente activos y por ello no tienen riesgo de infectarse (26).

Un nuevo paradigma se configura a través del concepto de ‘*ciudadanía sexual*’, que sirve para sustentar y animar el enfoque basado en derechos, y gesta el mecanismo necesario para enunciar y denunciar las desigualdades, inequidades e injusticias basadas

en la sexualidad y sus expresiones. El concepto de ciudadanía sexual conecta lo privado con lo público y pone de relieve las dimensiones culturales y políticas de la expresión sexual y sus repercusiones múltiples, entre las que tienen un significado importante la reproducción, la infección por el VIH y otras ITS.

Riesgo, Vulnerabilidad y Prevención

Los términos ‘riesgo’ y ‘vulnerabilidad’ se emplean a menudo de manera errática al emprender acciones de prevención. En realidad describen fenómenos diferentes, estrechamente vinculados entre sí pero no equivalentes.

Riesgo es un concepto que describe la probabilidad de que un evento específico no deseado ocurra en un determinado periodo o bajo ciertas circunstancias específicas. Por ejemplo, el riesgo de contraer la infección por VIH a través de relaciones sexuales desprotegidas entre parejas serodiscordantes (uno de los miembros está infectado y el otro no) se puede expresar a través del número de infecciones que ocurren en una cierta población de parejas serodiscordantes con esas prácticas en un periodo observado (por ejemplo, un año). El concepto de riesgo presupone exposición a un agente o factor que causa (en este caso el virus), favorece o precipita la aparición del efecto no deseado.

Vulnerabilidad es un concepto que describe el nivel de control que las personas tienen sobre peligros internos o externos. En el nivel individual pueden ser de naturaleza genética (sexo y otros atributos genéticos), adquirida (presencia de una infección de transmisión sexual o de sus secuelas) y del desarrollo (edad y maduración física, desarrollo emocional, experiencia individual, educación, creencias, habilidades y percepciones). En el nivel social se asocian con cultura e ideología, sistemas de relaciones de género, “visión oficial” de la sexualidad, actitudes públicas de estigma y discriminación, heterosexismo y homofobia. Algunos autores describen también otro nivel de vulnerabilidad: el nivel programático, que se refiere a las limitaciones de control impuestas por programas oficiales cuyas políticas, objetivos y distribución de recursos no contribuyen a reducir la falta de control de personas o grupos sobre situaciones peligrosas, agentes o factores causantes de enfermedades ni sobre el impacto de éstas.

Prevención son las acciones dirigidas a evitar que un problema de salud ocurra en cierta población, impidiendo en lo posible la aparición de casos de un evento no deseado (enfermedad, lesiones, defunciones). Estas acciones se engloban dentro del concepto de **prevención primaria**. Las tareas que conllevan la prevención primaria son tanto de reducción o eliminación de exposición a agentes o factores nocivos (ej. reducción de riesgo), así como de remoción de obstáculos que limitan el control que las poblaciones deberían tener sobre su salud, su entorno y su vida (ej. disminución de vulnerabilidades a través de acciones de protección, de empoderamiento individual y comunitario y de programación adecuada). Se denomina **prevención secundaria** al conjunto de esfuerzos dirigidos a lograr que aún cuando la exposición a un agente nocivo haya ocurrido el daño que este causa puede ser contenido (ej. detección temprana de infección por VIH para iniciar tratamiento que prevenga replicación viral y progresión de la enfermedad, tratamiento de mujeres embarazadas reactivas a sífilis para evitar casos de sífilis congénita). La **prevención terciaria** busca evitar que los daños causados por un agente nocivo resulten en lesiones y alteraciones incapacitantes o causantes de malestar, sufrimiento o amenazas a la vida (ej. detección de infecciones asintomáticas del tracto genital femenino que pueden causar inflamación crónica y lesión tubaria con infertilidad secundaria).

El debate entre la supremacía de lo sexual, lo reproductivo o los componentes de VIH/ITS en un enfoque integrado, es artificial. Está claro que el camino para abordar los problemas sociales y de salud de manera integrada, coherente e integral, así como para tomar decisiones estratégicas acerca de dónde poner el acento en el nivel local, debe ser allanado.

A pesar del amplio reconocimiento que se hace sobre la importancia de la prevención en el mantenimiento de la salud individual y comunitaria, existen varios factores que contribuyen a la perpetuación de una cultura centrada en respuestas remediales, en acciones curativas y de reparación de daños. Por un lado, la recuperación de la salud a través de intervenciones médico-quirúrgicas, tiene un impacto más dramático que su fomento y conservación a través de estilos de vida, toma de precauciones y evitando exposición a situaciones de peligro y agentes nocivos. El conocimiento de que la recuperación es posible a través de un cierto procedimiento o del consumo de alguna sustancia, puede generar una pérdida de las reacciones inhibitorias que contribuyen a mantener una distancia prudencial de situaciones o agentes peligrosos. Esta reacción se conoce como “desinhibición del comportamiento [preventivo]” y se manifiesta a través de comportamientos y actitudes de excesiva confianza y abandono. Por ejemplo, el advenimiento de los antibióticos pudo haber tenido un efecto de desinhibición de comportamientos preventivos ante las enfermedades de transmisión sexual. Se sugiere que la existencia de tratamiento con antiretrovirales podría estar teniendo un efecto similar respecto a las prácticas para prevenir la transmisión del VIH (27).

Otro factor que puede estar asociado con la cultura en la que predomina un paradigma centrado en respuestas de curación y reparación de daños es el

relacionado con el interés comercial de “poner a la venta en frascos” los remedios para problemas de salud. El interés comercial puede llevar a las personas a convencerse de que las “incomodidades de la prevención se pueden eliminar con curas efectivas”. Hay, sin embargo, factores y situaciones que limitan la capacidad de personas y grupos para adoptar medidas preventivas, es decir, circunstancias que las hacen vulnerables y carentes de poder para optar por acciones preventivas. Por ello, a menudo no tienen otro recurso que buscar soluciones drásticas, de carácter remedial. Un ejemplo de ello es el de las mujeres que tienen embarazos no deseados por falta de acceso a educación sexual y a servicios de planificación. Para muchas de ellas, la única posibilidad es resignarse a no tener control sobre su fertilidad ni sobre su vida. Para otras, existe una solución remedial drástica: la interrupción del embarazo. A menudo esta intervención se realiza en situación de clandestinidad y en condiciones inapropiadas que implican un gran riesgo de sufrir complicaciones de salud e incluso de perder la vida. En un ámbito en el que existe una cultura de promoción y prevención, tanto el escenario de la resignación fatal como el del aborto clandestino son modificados por un adecuado acceso de los jóvenes a educación sexual, especialmente de las mujeres; un amplio acceso a servicios de planificación familiar y una adecuada protección de los derechos de las personas.

En los procesos de vinculación de salud sexual y reproductiva, género y prevención de VIH e ITS, se busca prestigiar el enfoque preventivo sobre el curativo y promover una cultura de prevención (recordar la “R” en la nemotecnia “CARIBE”, mencionada al comienzo de este documento para referirse a logros buscados a través de nexos interprogramáticos).



...la sexualidad no puede reducirse a una parte del cuerpo o a un impulso sino que debe comprenderse como elemento integral dentro de una matriz de fuerzas sociales, económicas, culturales y relacionales y que se construye en vez de ser inherente.



3

Determinantes sociales de la infección por el VIH y la función clave de la sexualidad

En las últimas dos décadas, los condicionantes sociales relacionados con la epidemia de la infección por el VIH se han tornado cada vez más claros. Mientras que al comienzo se le contempló como un problema esencialmente individual que se enfocaba desde una perspectiva híbrida de carácter biomédico-conductual, la atención creciente que se ha dado a sus dimensiones sociales y culturales ha permitido tener una comprensión más amplia acerca de diversos factores complejos vinculados con la dinámica de la epidemia como son: sexualidad, género, etnicidad, clase social, capacidad y discapacidad, control sobre la propia vida (poder), entre otros. Igualmente, esta visión expandida ha permitido comprender la importancia de una perspectiva de derechos humanos, así como el rol esencial que juegan diversos actores en la respuesta ante la epidemia (28).

El concepto de vulnerabilidad se introdujo para poder comprender a cabalidad que el riesgo para la infección por el VIH se asocia fuertemente con estructuras y construcciones sociales que aumentan o reducen el control (poder) sobre la propia salud y la vida y que no depende únicamente de comportamientos individuales o de elementos físicos (fenotípicos) (29).

La vulnerabilidad social se asocia habitualmente con mayor susceptibilidad a la infección por VIH, no solo debido al acceso insuficiente a servicios de atención de salud, sino también debido al rol que juega la sexualidad entre los que son socialmente vulnerables: el VIH se transmite principalmente a través del contacto sexual, y los grupos vulnerables son a menudo afectados por dinámicas sociales en las cuales el sexo acaba por convertirse para ellos en un recurso para hacer intercambios (por ejemplo, sexo transaccional) y para el cual tienen a menudo un control limitado en cuanto a términos de esos intercambios. También existen grupos que tienen menos control de su actividad sexual tanto por razones individuales (por ejemplo, sexo bajo la influencia de alcohol u otras sustancias) como por razones sociales (estigma, discriminación, ostracismo y maltrato a usuarios de drogas) (30).

La comprensión acerca de la conexión entre sexualidad e infección por VIH ha conducido a los expertos en el campo a analizar la epidemia desde diversos puntos de vista, lo que ha conducido a un análisis más minucioso de los procesos asociados con historia, cultura y políticas relacionadas con la sexualidad. Un informe de un foro mundial de investigadores y activistas en el área de salud y derechos sexuales, conocido como Vigilancia de Políticas en Sexualidad o SPW (por su nombre en inglés, *Sexuality Policy Watch*) proporciona un marco teórico para comprender las relaciones entre la sexualidad y las políticas sociales. Los autores se valen de varias apreciaciones de por lo menos los dos últimos decenios de producción intelectual sobre historia, cultura y política de la sexualidad. Su tesis contiene tres proposiciones:

Primera: la sexualidad no puede reducirse a una parte del cuerpo o a un impulso sino que debe comprenderse como elemento integral dentro de una matriz de fuerzas sociales, económicas, culturales y relacionales y que se construye en vez de ser inherente.

Segunda: la independencia, y al mismo tiempo, interdependencia, entre sexualidad, sexo y género.

Los historiadores sociales y etnógrafos de la sexualidad han generado infinidad de información y datos cualitativos y contundentes que indican que la sexualidad, al igual que el género, es extraordinariamente compleja y consta de múltiples niveles. Esto significa que el comportamiento sexual es diferente tanto de la orientación sexual como de la identidad y del deseo.

Tercera: la sexualidad no es un tema secundario sino un tema central que hace parte no solo de la esencia de la pandemia de infección por el VIH/sida, sino también de las realidades y los debates acerca de la familia, el lugar de las mujeres en sociedad, la autodeterminación reproductiva, los significados de masculinidad y expresiones y corrupción del poder político (31).

Otro elemento clave relacionado con la dinámica de la epidemia de VIH es la desigualdad relacionada con el género que aumenta tanto la vulnerabilidad femenina como la masculina a la infección por VIH. Por ejemplo, la violencia o la amenaza de violencia contra la mujer generan situaciones que aumentan la vulnerabilidad femenina a la infección por el VIH y otros agentes causantes de ITS. La posición social y económica y las expectativas culturales y demandas sociales que pesan tanto sobre las mujeres como sobre los hombres, pueden aumentar el riesgo de infección por el VIH. El rol de subordinación que se impone a la mujer se asocia con un mayor riesgo de exposición involuntaria a la infección, mientras los hombres pueden asumir conscientemente el riesgo. Esto obedece al hecho de que los ideales prevalentes en la llamada sociedad "occidental" acerca de la masculinidad se asocian con conquistas sexuales a granel y comportamientos audaces y arriesgados.

El análisis de la repercusión del género sobre la infección por el VIH, muestra la importancia de incorporar una visión de género en la programación de actividades dirigidas a contener el crecimiento de la epidemia, así como encontrar maneras de empoderar a las mujeres mediante la ejecución de políticas y

programas que aumenten su acceso a la educación e información (32).

La discusión relacionada con el estigma y la discriminación ha sido vital en la lucha contra la epidemia, tanto en materia de atención integral como de prevención. Un documento sobre este tema, escrito por Aggleton, Parker y Maluwa (2003), analiza la asociación entre estigma y discriminación y sus repercusiones sobre la eficacia de los programas de VIH/sida. Los autores presentan un marco conceptual que explica la interacción entre el estigma, la discriminación y los derechos humanos. El artículo también ofrece directrices para desarrollar actividades programáticas que consideran al estigma y la discriminación relacionados con el VIH y sida como manifestaciones de otras múltiples fuentes de estigma presentes en un contexto social más amplio. Desde esta perspectiva, el estigma es resultado de la necesidad compulsiva de los grupos humanos de clasificar, agrupar y calificar (o descalificar) a otros (el exogrupo) de acuerdo a la raza, sexo, grupo étnico y otras características. Este marco de referencia puede ser muy útil tanto para los que empeñan sus esfuerzos en contener la propagación del VIH, como a los que luchan por eliminar las exclusiones y desigualdades en otros contextos (33).

Un documento muy importante relacionado con el tema es el de los compromisos asumidos al finalizar el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida de UNGASS). En esta declaración se destaca el hecho de que la realización de los derechos humanos es un elemento esencial en la respuesta mundial a la pandemia de infección por el VIH/sida. Protegiendo y promoviendo los derechos humanos se reduce la vulnerabilidad a la infección y se previene el estigma y discriminación contra personas infectadas con VIH o en riesgo de contraer la infección. La Declaración exhorta a los gobiernos a que elaboren estrategias para combatir estigma, discriminación y exclusión social, y para elaborar marcos jurídicos y de política que protejan los derechos y dignidad de las personas que viven con y son afectadas por el VIH/sida (34).

Principios a considerar para la incorporación de género y sexualidad en servicios de salud sexual y reproductiva, y de prevención y atención de VIH e ITS

INCLUSIVIDAD: Los de planificación de servicios deben tener en cuenta que las personas, independientemente de su sexo, identidad de género, estado civil, orientación sexual, actividad laboral, condiciones de salud y otros elementos que le definen individualmente en el contexto social, tienen derecho a un trato equitativo e igualitario. La prestación de los servicios debe estar guiada por principios humanistas en un ambiente no discriminatorio.

ADECUACIÓN: Todos los grupos y poblaciones de una sociedad tienen necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, algunos elementos son altamente específicos (por ejemplo: mujeres embarazadas y mujeres en el climaterio; trabajadoras sexuales; personas con discapacidades; hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres [HSH], personas transgénero; adolescentes sexualmente activas, etc.). La variedad de necesidades debe ser considerada al planificar las pautas y algoritmos de atención de esos diversos grupos y poblaciones.

DISPONIBILIDAD: Los servicios deben estar alcance de las personas de las poblaciones y grupos y encontrarse en condiciones que permitan su uso eficiente. La ubicación respecto a medios de transporte público es una de esas condiciones. Los horarios de atención son importantes debido a que existen diferencias en disponibilidad entre diversos grupos de la población. La programación de servicios debe ser compatible con esa disponibilidad (por ejemplo, la población de trabajadoras sexuales que realiza sus actividades durante las noches enfrenta dificultades para asistir a servicios matutinos. Igualmente, las personas que tienen actividades laborales durante el día probablemente prefieran acudir a servicios vespertinos). Los servicios deben contar además con salas de espera cómodas y guarderías para que los menores puedan quedarse protegidos mientras sus padres, madres u otros adultos utilizan los servicios.

PROTECCIÓN: Los servicios deben identificar mecanismos para evitar que su especificidad sirva como pretexto para generar estigma social (por ejemplo: clínicas para HSH seropositivos; servicios para control de trabajadoras sexuales; centros para adolescentes gay; clínicas de infecciones de transmisión sexual, etc.).

EXPANSIÓN: Debe favorecerse el acceso de las parejas sexuales a la atención mediante vinculación o articulación de servicios (los servicios de atención prenatal que detectan mujeres seropositivas al VIH o reactivas a sífilis deben tener la capacidad de alcanzar a las parejas masculinas y brindarles acceso a pruebas y tratamiento; los servicios de atención de ITS deben contar con los mecanismos para acceder a parejas sexuales; las clínicas de atención de la mujer deben poder alcanzar a los compañeros que tienen tricomoniasis o infección por clamidia asintomáticas).

CAPACIDAD/SENSIBILIDAD: Los proveedores de los servicios no solo deben estar familiarizados con las pautas y protocolos de atención para miembros de grupos y poblaciones determinados sino que además deben tener conocimientos suficientes sobre sexualidad y género para interactuar con los usuarios de manera absolutamente profesional e informada.

RESPETO: Otros empleados en los servicios, incluyendo personal administrativo y a cargo de mantenimiento, debe ser debidamente sensibilizado y educado sobre sexualidad y género para tratar a los usuarios con respeto, consideración y sentido de solidaridad.

CONFIDENCIALIDAD: Los expedientes y toda información acerca de los usuarios debe ser salvaguardada. La comunicación a autoridades de salud con fines de notificación y vigilancia de la salud debe hacerse de manera que garantice que la identidad de las personas sea protegida.

4



Metas, estrategias y espacios para atender la SSR a través del ciclo de vida

Se ha elegido un enfoque basado en el ciclo de vida individual para examinar las estrategias de vinculación, articulación e integración, ya que se ha visto que este resulta útil para la incorporación de perspectivas interdisciplinarias y de género (35). En el caso particular de la integración de SSR y VIH/ITS existe la ventaja adicional de reconocer que la salud sexual y reproductiva constituye una preocupación vital, tanto de mujeres como de hombres, desde la lactancia hasta la vejez. Sin embargo, este enfoque no permite el reconocimiento total de la amplia gama de formas en las que se viven las etapas de la vida la Región de las Américas, en diferentes contextos sociales, económicos y étnicos. Si las sugerencias para estrategias van a derivarse de este examen, es necesario tener en cuenta las condiciones locales en las que los programas e intervenciones van a ejecutarse y los servicios que ya existen. En este sentido, es de fundamental importancia recordar que el ciclo de vida individual no ocurre en el vacío, sino en el contexto de un entorno familiar y comunitario moldeado por la cultura predominante.

Aunque no hay ningún criterio universal para desagregar las etapas del ciclo de vida, en algunos casos las categorías empleadas son compatibles con datos censales en países específicos. Un enfoque que examina las necesidades de las personas en las diferentes etapas de la vida (en diferentes grupos de edad así como etapas del desarrollo) resulta muy conveniente para este análisis (36).



A. Etapa en el ciclo de vida: Primer año de vida

Metas en SSR y en prevención de VIH/ITS:

El primer año en la vida humana es crucial para el desarrollo posterior del individuo en todos los aspectos, desde el desarrollo y crecimiento determinado por el estado nutricional, a las facetas emocionales de la vida. En realidad, la mayoría de los sistemas de salud prevén especialmente la atención de salud reproductiva durante esta etapa. Por ejemplo, la ley cubana establece que las madres trabajadoras tienen derecho al tiempo libre con goce de sueldo, para la atención pediátrica regular durante primer el año de vida del lactante (37).

Es muy difícil separar durante esta etapa las necesidades y metas de salud del propio niño de las consecuencias del comportamiento, salud y bienestar maternos. En otras palabras: educar a las futuras madres y prevenir la morbilidad y mortalidad maternas también contribuye a prevenir las consecuencias nefastas para la salud y el desarrollo que podrían ocurrir si los niños son atendidos precariamente o quedan huérfanos.

La salud sexual y reproductiva es también amenazada de muchas otras maneras; el lactante corre el riesgo de infección por el VIH alrededor del momento del nacimiento y a través de la lactancia materna si la madre se encuentra infectada por el VIH y no lo sabe o no está tomando tratamiento para reducir la carga viral. La infección intrauterina con el agente causal de la sífilis (sífilis congénita) se asocia con ceguera, sordera, lesiones neurológicas y deformaciones óseas. Es posible evitar la sífilis congénita si se detecta y trata eficazmente una sífilis activa en la mujer gestante.

Consideraciones en materia de género: Las construcciones sociales de género, al entrar en juego en la vida del infante a través del género asignado por causa del sexo biológico aparente, comienzan a definir la vida sexual y reproductiva de las personas aún desde esta fase inicial de la vida. El hecho de ser una niña o un niño determina cómo la familia y el ambiente en general responden a sus necesidades básicas. Así, de acuerdo al sexo biológico puede haber estimulación diferenciada, cuidados generales distintos y asignación diferencial de alimentos y de tratamiento médico con implicaciones para la morbilidad (incluidos problemas de incompatibilidad de factor Rh) y la mortalidad infantil.

Los espacios para atender las necesidades: El entorno ideal para la protección y cuidado de la salud y la promoción de la salud sexual y reproductiva en esta fase inicial es el hogar. Para poder emprender las acciones necesarias las familias requieren apoyo del estado, el que se cristaliza a través de políticas desde diferentes sectores gubernamentales.



El sector salud puede intervenir a través de esfuerzos muy concretos y de eficacia demostrada. Por ejemplo, la oportuna detección de la sífilis activa en mujeres embarazadas hace posible brindar un tratamiento, relativamente simple y de muy bajo costo, para prevenir la ocurrencia de sífilis congénita en el recién nacido. Es posible también reducir significativamente la transmisión de VIH de la madre al infante a través de una serie de medidas que incluyen el uso de fármacos antirretrovirales en un esquema de tratamiento profiláctico. Es un hecho conocido el que la transmisión del VIH de la madre al infante es casi totalmente evitable mediante la aplicación de esas medidas apropiadas. La Declaración de UNGASS estableció la meta de reducción de la proporción de los lactantes infectados por VIH en 20 por ciento para 2005, y en 50 por ciento para 2010 (38).

Se sugiere que para lograr cobertura amplia, los programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al infante deben integrarse en los sistemas de salud públicos existentes, como parte del conjunto de intervenciones que se llevan a cabo en todos los consultorios de atención prenatal y clínica y hospitales en los que se atiende el parto (39).

Idealmente, las infecciones de transmisión vertical que pueden evitarse deben ser consideradas y hacerse detección universal para brindar tratamiento en caso necesario. Por ello, se recomienda incluir la detección y manejo de sífilis activa e infección por VIH en los protocolos de atención de la gestante.

El acceso a servicios de planificación familiar, así mismo, permite a las madres y padres postergar

¿Circuncidar o no circuncidar?

En diversos países y culturas se encuentra extendida la práctica de la circuncisión de los infantes varones, que se realiza pocos días después del nacimiento. Además de razones religiosas, se han esgrimido razones familiares (“para que se vea como papá”), higiénicas (“la limpieza es más fácil”), preventivas (menor número de infecciones del tracto urinario), médicas (fimosiis, balanopostitis) y hasta de tradición (“así se acostumbra”). Existen detractores que la consideran “una mutilación” y que argumentan que la remoción del prepucio y la queratinización del glande conducen a una “pérdida de sensaciones placenteras” (en realidad la respuesta eyaculatoria se desencadena por estimulación de receptores de tacto profundo, que no son afectados por la intervención). Otro argumento en contra es el hecho de que al ser realizada sin anestesia en los infantes, bajo la presunción de que la “conducción nerviosa es aún deficiente y la percepción del dolor es muy vaga”, se le considera “una forma de tortura que podría dejar traumas permanentes”. Sin embargo, no existe evidencia contundente ni de ausencia de dolor ni tampoco de que la experiencia haya dejado “huellas imborrables” en la persona. Existen muchos hombres adultos que fueron circuncidados como infantes que aseguran estar satisfechos con el procedimiento y los resultados aunque hay otros que dicen que habrían preferido ser “dejados intactos”. Existen también muchos hombres adultos que no fueron circuncidados y que afirman que “habrían preferido que se las hubieran practicado cuando infantes”.

En algunos sitios ha sido una práctica común (se estima que el 30% de la población masculina en el mundo está circuncidada y una proporción considerable lo fue durante la infancia temprana) e inclusive rutinaria (cerca del 90% de los varones blancos que nacieron en los Estados Unidos en las décadas de los 40, 50 y 60 fueron circuncidados poco después del nacimiento). En los últimos años, sin embargo, se ha observado una disminución en la práctica debido a que los seguros médicos dejaron de cubrirla, los pediatras no la recomiendan como un “procedimiento rutinario”, y las presiones de los grupos anti-circuncisión parecieron hacer mella en la comunidad con el uso de términos como “mutilación”, “costumbre bárbara”, “tortura” y otros parecidos. Desde la década de los 70 hubo un decremento en la práctica rutinaria de la circuncisión en infantes varones y pareció por algún tiempo que quedaría limitada exclusivamente como práctica religiosa o médica por indi-

continúa

¿Circuncidar o no circuncidar? (continúa)

cación precisa (fimosis, parafimosis). En 2007, sin embargo, se hicieron públicos los resultados de una serie de estudios (41,42,43) que mostraban de manera conclusiva que la circuncisión constituye un factor protector contra la infección por el VIH, reduciendo el riesgo para el hombre hasta en 60% (valor más elevado que el de algunas vacunas en el mercado). La evidencia acerca del valor protector de la intervención se ha continuado acumulando. Más aún, la evidencia empírica sobre la menor prevalencia de carcinoma cervical en mujeres parejas de hombres circuncidados parece haberse confirmado en un estudio de prevalencia de infección con virus del papiloma humano en una población masculina. En ese estudio las prevalencias son significativamente más altas (22,3%) en hombres no circuncidados que en los que sí lo estaban (14,8%) lo que puede explicar la observación empírica antes señalada (44). A la luz de estos

hallazgos, la circuncisión está ocupando un lugar de interés entre la comunidad científica y en algunos países del África meridional se están comenzando a implementar programas para circuncisión masiva de adultos y jóvenes. Dado que la intervención es relativamente más fácil, menos costosa y con cicatrización completa más breve en infantes, vale la pena considerar si se justificaría comenzar a reintroducirla como práctica rutinaria. Como medida de salud pública, podría tener un valor preventivo para contener la eventual generalización de la epidemia de VIH y reducir el número de casos de carcinoma cervical.

el tiempo suficiente un subsiguiente embarazo para poder prestar toda la atención, cuidados y estimulación que el recién nacido precisa (40).

B. Etapa en el ciclo de vida: Infancia (1-5 años)

Metas en SSR y en prevención de VIH/ITS:

Los procesos de adquisición y consolidación de una identidad de género, de formación de una imagen corporal positiva y de internalización de los guiones sociales de género, son componentes fundamentales del desarrollo sexual individual en esta etapa. Son determinados por estructuras y dinámicas sociales y culturales y es imposible concebirlos fuera de ese contexto.

La imagen corporal, que será un elemento extremadamente importante en el desarrollo de comportamientos de autocuidado, de protección y preventivos en etapas posteriores de la vida, se desarrolla inicialmente a través de la estimulación y la exploración sensorial (visual, táctil, olfatoria). La observación del propio cuerpo (directamente, en el espejo) y el de otros niños y niñas y de cuerpos de adultos, contri-

buye al reconocimiento de diferencias y similitudes. En la mayoría de culturas de la Región, los genitales son proscritos de estas observaciones y exploraciones. Inclusive, los profesionales de la salud a menudo encuentran difícil incluir preguntas acerca de los genitales durante los reconocimientos generales que realizan en niños y a causa de ello tienen dificultades para informar a padres y familias acerca del desarrollo saludable de la sexualidad de sus hijos.

Consideraciones en materia de género: Durante esta etapa se consolida la identidad de género fundamental y los roles genéricos (en atención al sexo biológico) son aprendidos. El último proceso en gran parte depende de la cultura específica en el que este ocurre. Lamentablemente, hay amplios sectores dentro de América Latina y el Caribe que fomentan el desarrollo de roles genéricos estereotipados que limitan el desarrollo pleno de las personas y que inhiben, por ejemplo, las posibilidades de que las mujeres puedan aprender a negociar medidas preventivas relacionadas con su SSR. Los profesionales de la salud y los trabajadores de la comunidad pueden quizás apoyar a las familias para que desarrollen roles genéricos de sexo más flexibles y equitativos.

Todos los sectores de la sociedad deben realizar un gran esfuerzo preventivo para lograr igualdad de género, y los sistemas de salud deben facilitar que los proveedores de servicios de salud identifiquen manifestaciones de violencia doméstica y de género, protegiendo también a los niños contra todos los tipos de violencia.

Espacios para atender las necesidades:

Nuevamente, la familia debe ser el entorno principal para atender las necesidades de salud sexual, pero lamentablemente, no muchas familias se sienten cómodas discutiendo sobre sexualidad, por lo que el tema se soslaya, se evita e incluso se le esconde. Algunos autores han descrito esta evasión como “una conspiración de silencio familiar y social acerca de la sexualidad”. Sin embargo, aún en los entornos más pobres, las familias están preocupadas con la salud general de los niños y tarde o temprano acudirán a los establecimientos de salud si estos son accesibles. En muchos casos, las mujeres asistirán en busca de asesoramiento para planificación de la familia y de métodos anticonceptivos. Estas

situaciones constituyen excelentes oportunidades para que los proveedores de servicios de salud primarios brinden atención de salud sexual, no solo del menor, sino de la familia en general, mediante acciones integrales de carácter educativo-preventivo que incluyan discusiones objetivas y científicamente fundamentadas acerca de sexualidad en la niñez, ofrecimiento de prueba voluntaria y consejería para los padres, clarificación de dudas e inquietudes, discusión acerca de creencias y mitos generalizados. Los padres también se beneficiarán con discusiones acerca del uso del condón, información sobre otras ITS, así como de orientaciones generales sobre planificación familiar.

Esta es la etapa en la que los niños pueden comenzar a asistir a centros de educación preescolar en entornos formales o comunitarios. Los menores infectados por el VIH deben admitirse en cualquier establecimiento de atención, recreación y educación como guarderías infantiles, centros comunitarios, jardines de infancia, clubes recreativos, si su salud no requiere hospitalización o guardar cama en casa.

El abuso sexual en la infancia

Para que un niño o niña desarrolle un sentido de seguridad en sí mismo/sí misma, es necesario que cuente con padres y otros proveedores de cuidados que atiendan sus necesidades de manera apropiada, consistente y afectuosa. Esto incluye expresiones de afecto que son absolutamente necesarias para el desarrollo emocional y afectivo del individuo (en contra de una creencia muy extendida que sostiene que *“los niños que reciben afectos se vuelven groseros, malcriados, caprichosos”*). El cariño contribuye al desarrollo emocional y afectivo de las personas si es percibido como reconfortante, protector y gratificante. El cariño físico no debe causar malestar, incomodidad, inseguridad, ansiedad o temor.

Una de las funciones básicas de la relación entre los infantes y los adultos proveedores de cuidados, incluyendo a los padres, es instilar en los menores un sentimiento de confianza básica, basada en la certeza de que están siendo protegidos. Este sentido de confianza en las personas es un elemento importante que contribuirá a facilitar todas sus relaciones futuras, incluyendo las relaciones de pareja. Si el proveedor no proporciona sistemáticamente protección acompañada de cariño y expresiones de afecto reconfortantes o lo hace causando incomodidad física y emocional al menor (cosquilleos o tocamientos acompañados de sensaciones incómodas e inclusive dolorosas; juegos que asusten al menor; vestirlos de manera que se sientan avergonzados o someterlos a bromas humillantes) es probable que el infante desarrolle problemas de funcionamiento social. Estos problemas serán más severos si hay franco abuso sexual, debido a que este causa confusión, dolor, malestar, sufrimiento, trastornos emocionales y posteriormente rabia y resentimiento perdurables. Para un menor de edad el abuso

continúa

El abuso sexual en la infancia (continúa)

sexual, especialmente si es repetido, constituye una experiencia traumática que se asocia con una organización neurológica que en el largo plazo es disfuncional. Por ejemplo, se pueden establecer asociaciones de temor intenso y ansiedad por el tocamiento del área genital, lo cual podrá afectar la respuesta sexual de esa persona en la juventud y edad adulta.

De acuerdo con la naturaleza del abuso, la duración y la frecuencia de las experiencias de abuso y el momento en la etapa de desarrollo en que haya tenido lugar, pueden ocurrir una diversidad de problemas. La inmensa mayoría de esos problemas resultan de la evocación del estado emocional experimentado durante el suceso. El menor puede experimentar ansiedad y agitación, si hay situaciones que asocie con la experiencia traumática. En muchos casos, se pueden presentar alteraciones del sueño con pesadillas frecuentes. En la adolescencia y juventud, pueden incluso observarse que situaciones que constituirían eventos normales del desarrollo psicosexual (caricias físicas con parejas) adquieren un tinte negativo y se convierten en experiencias por las cuales la persona acaba por sentir aversión. El abuso incestuoso en la infancia es más dañino y la persona que lo sufrió muy probablemente tendrá problemas futuros de intimidad, confianza, proximidad y de vinculación afectiva.

Un o una menor sexualmente abusado/a debe ser médicamente evaluado para determinar si existen lesiones y si hay riesgo potencial de infección por VIH u otras ITS. Las laceraciones genitales o anales deben ser tratadas y debe darse tratamiento profiláctico post-exposición ajustando las dosis de antiretrovirales y antibióticos a la edad y condiciones del infante (45,46).

Ante un caso presunto de abuso sexual de un infante, es importante recordar lo siguiente:

- Considerar la necesidad de mantener al menor debidamente resguardado, especialmente si se sospecha que el abuso haya podido ser incestuoso
- Asegurar que el menor sea evaluado por un profesional familiarizado con abuso sexual de menores
- Verificar la condición de otros menores en el mismo hogar
- Identificar al perpetrador y verificar su estado serológico, existencia de ITS activas y factores de riesgo para VIH, HBV y otras ITS
- Denunciar el caso ante autoridades competentes
- Encaminar el menor a servicios de psicoterapia para manejo apropiado de la experiencia traumática y el estrés resultante.

C. Etapa en el ciclo de vida: Niñez (5-9 años)

SSR y metas de prevención de VIH/ITS:

Aunque no tan crítica en el desarrollo psicosexual como los cinco primeros años de la vida, esta etapa es sin duda muy importante. En la mayoría de los países, la niñez es el periodo de inicio de la educación escolar, aun en entornos muy pobres. La repercusión que el asistir a la escuela tiene sobre la salud reproductiva de las mujeres está bien documentada. A mayor número de años de escolaridad, mejores serán

los indicadores de salud reproductiva. La educación integral de la sexualidad, en particular dentro del sistema escolar, también debe empezar durante estos años para despejar todas las dudas que con respecto a la sexualidad y la reproducción el niño puede tener. Esta educación también debe contribuir a crear actitudes positivas frente al cuerpo y a la sexualidad. Actualmente, muchos países latinoamericanos proporcionan educación sexual integral y es importante asegurar que se mantenga y eleve su nivel de calidad y se implemente en aquellos sitios en los que no se está implementando.

Es también importante considerar que en algunos casos puede haber una aparición temprana de manifestaciones de la pubertad, las que si no son respaldadas con información apropiada pueden causar desasosiego, ansiedad y preocupación excesiva en el menor. El personal de salud debe involucrarse en el proceso educativo, utilizando oportunidades como las consultas individuales, los exámenes físicos en las escuelas, las campañas de vacunación, las charlas escolares y otras para aconsejar a la familia y al propio niño.

Es necesario también abordar y prevenir el abuso sexual en niñas y niños. Para ello, en primer lugar se debe informar debidamente a los adultos proveedores de cuidados (padres y maestros, fundamentalmente) acerca del tema, recordándoles que la prevención del abuso es responsabilidad de los adultos y de ninguna manera de los menores. A continuación, es necesario definir una estrategia con los adultos para informar a los menores de manera clara, objetiva, apropiada y no alarmista sobre la existencia del abuso sexual, proveyendo algunas recomendaciones generales que deben incluir el establecimiento de límites y la importancia de informar sobre experiencias desagradables o incómodas, sin ceder a las presiones, amenazas o promesas de “guardar secretos”. En áreas de alta prevalencia de VIH e ITS, es importante que este hecho se tenga en cuenta al manejar un caso de abuso sexual de un niño o niña.

Algunos niños pueden estar empezando a expresar lo que podría ser una orientación no heterosexual o a descubrir una identidad de género discordante de su sexo biológico. Estos niños deben estar debidamente protegidos de bravuconería, maltrato, discriminación e incluso de violencia. Las escuelas y los hogares deben ser percibidos como lugares seguros, no como espacios en los que el menor se sienta inseguro, atemorizado, intimidado o maltratado.

En aquellos sitios en los que esté disponible la vacunación contra el virus del papiloma humano, ésta debe llevarse a cabo antes de que los y las adolescentes inicien su actividad sexual.

Consideraciones en materia de género: La identidad de género se encuentra bien establecida y los niños y niñas se apegan a los guiones infantiles asignados de acuerdo a su sexo. La visión tradicional de los roles masculinos y femeninos suele consolidarse como resultado de una más amplia socialización. En otras palabras: los niños y niñas se ven expuestos a modelos y pautas sociales y culturales en el entorno que manifiestan ideas acerca de la supuesta superioridad masculina y del rol secundario y subordinado de las mujeres. Ya en esta etapa puede ocurrir que las niñas dejen de asistir a la escuela temporal o permanentemente para cuidar a los hermanos y ayudar con las tareas domésticas. Los conceptos de virilidad que recalcan el predominio masculino, el poder y la autoridad, son usualmente transmitidos por la familia y la comunidad. Estas nociones que constituyen serios impedimentos para la construcción de relaciones equitativas e igualitarias, se transmiten junto con otras que son altamente nocivas para la salud y el bienestar del hombre, como son: la búsqueda de situaciones de riesgo, la audacia y el estoicismo ante el dolor y la enfermedad.



¿Deben inmiscuirse los profesionales y servicios de salud en actividades de educación de la sexualidad?

En los últimos años, parece haberse producido una marcada división del trabajo entre diferentes sectores que, a menudo, parece menos dirigida a definir roles y responsabilidades y más a la creación de cercos para delimitar territorios. Esta estrategia, equivalente al establecimiento de “barricadas sectoriales”, lejos de contribuir a la conjugación de esfuerzos y consecución de logros comunes, genera división, recelos, competencia innecesaria, fragmentación de recursos y alcance incompleto o poco significativo de metas y objetivos de bienestar y desarrollo comunitario.

Muy a menudo, inclusive dentro del propio sector salud, sus actividades se acotan dentro de un repertorio de acciones esencialmente de tipo clínico o limitadas al dominio de lo médico-biológico. De esta manera, la participación del sector salud en iniciativas de promoción de salud sexual y salud reproductiva suele enfocarse exclusivamente en prevención de enfermedades y eventos no deseables, más que la consecución del bienestar que permita el pleno y satisfactorio desempeño individual, familiar y comunitario en el día a día.

A pesar de que los profesionales de la salud son considerados fuentes confiables de información sobre temas de sexualidad, ocurre que no siempre se encuentran debidamente actualizados sobre el tema. Más aún, al igual que otras personas, muchos no se sienten cómodos hablando sobre el tema porque no han recibido la sensibilización y capacitación necesarias que les permita hacerlo con naturalidad. Por esta razón, muy a menudo expresan más sus opiniones y visión personal —e inclusive sus prejuicios— que nociones basadas en investigación y evidencia.

Entre los profesionales de la educación la situación no siempre es mejor. Con muchísima frecuencia tampoco han recibido la formación necesaria para tratar temas de sexualidad de manera integral, apropiada y con naturalidad. Por ello, a menudo se observa que la responsabilidad de las escuelas en materia de educación sexual es transferida a los profesionales y servicios de salud. En muchos planteles escolares de la Región es una institución “la charla” anual del médico o la enfermera, en las que los temas centrales suelen ser las funciones reproductivas, las ITS y el VIH. Con esta intervención se da por concluida la responsabilidad educativa en materia de sexualidad. Desafortunadamente, estas intervenciones esporádicas, breves y usualmente tardías no son suficientes ni apropiadas para contribuir al desarrollo de una visión positiva y sana de la sexualidad. Evidentemente, el sector educación tiene que brindar una respuesta más adecuada para asegurar la incorporación de una educación sexual integral gradual y apropiada en las escuelas. Sin embargo, el sector salud no puede desvincularse de los esfuerzos que emprenda educación, porque la promoción de la salud exige esfuerzos educativos. Solamente a través de la educación, las personas pueden adquirir los conocimientos y destrezas necesarios para poder ejercer un control autónomo sobre su salud y su vida y así reducir vulnerabilidades sociales y culturales, evitar exposición innecesaria a riesgos, tomar decisiones de manera informada, adoptar prácticas de autocuidado y buscar ayuda profesional para mantener y recuperar la salud. La sinergia entre los dos sectores (educación y salud) debe darse de tal forma que los métodos sirvan como vehículos para contenidos esenciales, que sean transferidos a través de métodos apropiados. Además, el proceso educativo no puede limitarse al ámbito escolar por diversas razones. Una de ellas es que, a pesar de los crecientes niveles de escolaridad en la Región, muchas personas no tienen acceso a la educación formal o abandonan el sistema de forma prematura. Otra razón es que el aprendizaje de las personas se prolonga a lo largo de la vida y además el estado del conocimiento se actualiza de manera continua y permanente. Por ello, los servicios de salud deben constituir un espacio en el que, mediante procesos de educación informal, se facilite la adquisición de conocimientos y destrezas que permitan a las personas cuidar y mantener su salud, incluyendo las áreas de la sexualidad y la reproducción.

continúa

¿Deben inmiscuirse los profesionales y servicios de salud en actividades de educación de la sexualidad? (continúa)

La sinergia entre salud y educación es absolutamente esencial para el aprendizaje y aplicación de habilidades y destrezas necesarias que posibilitan que las personas tengan una salud sexual y reproductiva plena, lo que exige que los profesionales de salud:

- Reciban capacitación sobre sexualidad y sobre métodos para comunicar e informar adecuadamente a diversas audiencias
- Propongan estrategias concretas (pasos necesarios) para la educación por profesores sobre prevención de problemas relacionados con la actividad sexual y la reproducción en población dentro del sistema escolar
- Participen en procesos de desarrollo y revisión curricular, brindando insumos acerca del estado del arte en salud sexual y reproductiva e información sobre la situación de la salud y tendencias
- Desarrollen habilidades para comunicarse apropiadamente sobre sexualidad con los usuarios de los servicios y brindar información y recomendaciones relevantes a éstos.
- Coordinen actividades de aprendizaje colectivo en áreas comunes de los servicios (salas de espera, salas de reuniones, auditorios)
- Diseñen estrategias educativas que vayan más allá de las charlas y panfletos
- Apoyen procesos de aprendizaje de padres y tutores para facilitar los procesos de educación sexual en el hogar
- Colaboren con docentes en centros escolares cuando se les requiera
- Brinden información precisa y orientadora para que los docentes puedan referirles escolares que puedan requerir atención y cuidados en el centro de salud (o en clínicas especializadas).

D. Adolescencia

El término adolescencia es una construcción cultural, relativamente reciente, que se usa para definir una etapa transitoria entre la niñez y la edad adulta. Este período puede variar en la actualidad, desde un intervalo muy corto o casi no existente en sociedades rurales donde matrimonio precoz o unión se espera tan pronto como la persona se haya incorporado a la fuerza laboral, a un período prolongado de 10 ó más años en sociedades urbanizadas (47).

Los bien conocidos criterios de la Organización Mundial de la Salud para definir la adolescencia la ubican entre las edades de 10 a 19 años, aunque hay reconocimiento amplio de que este período tiene diferentes significados y quizá ocurra en diferentes edades cronológicas en diversos entornos sociales y económicos. Aun dentro de un contexto dado, los adolescentes están lejos de ser un grupo homogéneo, pues como bien señalan Schutt-Aine y Maddaleno "los adolescentes varían de acuerdo a

sus ambientes sociales, circunstancias económicas, la cultura y subcultura que les rodean, el género y estado civil... y para ser verdaderamente efectivos, los programas y políticas deben considerar la riqueza y carácter único de cada subgrupo adolescente" (48).

La extensión del período de la OMS clásica es demasiado larga y no toma en cuenta las diferencias en el desarrollo y sociales con el transcurso de los años. Por ese motivo, entre otros, la adolescencia se ha dividido en una serie de etapas, a menudo más vinculadas con hitos del desarrollo específicos, que con edades precisas.

Para los propósitos de este documento, la adolescencia se dividirá en dos fases diferenciadas: adolescencia temprana (de 10 a 14 años) y adolescencia tardía (de 15 a 19 años).

D.1 Adolescencia temprana (10-14 años)

SSR y metas de prevención de VIH/ITS:

Adolescencia temprana incluye generalmente los cambios puberales y se caracteriza por la necesidad de establecer una identidad propia, manifestaciones de pensamiento y razonamiento abstracto y oscilaciones emocionales a veces muy marcadas.

Aunque en América Latina y el Caribe existe un reconocimiento social creciente de esta fase de la adolescencia como un período durante el cual los jóvenes todavía dependen en gran medida de sus padres y familias, en áreas rurales —y particularmente en ciertas comunidades indígenas— el matrimonio precoz o las uniones consensuales pueden fomentarse aun en esta fase inicial de la maduración reproductiva. No se han llevado a cabo suficientes investigaciones en América Latina para identificar las consecuencias en la SSR y la prevención de la infección por el VIH en los matrimonios precoces en estos grupos. Tampoco existe documentación sobre el efecto producido por el hecho de que con frecuencia estas uniones son concertadas por los padres o de que la violencia hacia la mujer a menudo se acepte como parte “normal” de la vida de estas parejas jóvenes.

La identidad sexual y la orientación sexual suelen reconfirmarse en esta etapa, por lo que algunos jóvenes podrán estar cuestionándose su identidad u orientación, o simplemente sentir que son “diferentes” de sus compañeros. Las escuelas y otras instituciones tienen que proteger a estos jóvenes contra la discriminación y el estigma, incluida la bravuconería y la intimidación de parte de otros adolescentes. Familias y comunidades deben recibir información para brindar el apoyo y comprensión tanto a los que están en proceso de “cuestionamiento”, como a los que ya estén convencidos de que se sienten preparados para “salir”, para asumir su identidad y orientación, sea la que fuere.

A pesar de que la mayoría de los jóvenes no habrán iniciado aún una vida sexual activa en esta etapa, hay poblaciones en las que los jóvenes se tornan sexualmente activos más temprano que en

otras. Aunque se representa la actividad sexual entre adolescentes como meramente exploratoria, ésta también se da en el contexto de enamoramientos profundos a veces con la convicción de que las están teniendo con “el amor de su vida”. Sin embargo, estos enamoramientos pueden ser transitorios y los/las adolescentes tener múltiples compañeros sexuales en poco tiempo en una serie de relaciones exclusivamente monogámicas y de corta duración. A este fenómeno que se asocia con riesgo aumentado de infecciones de transmisión sexual o VIH se le conoce como “monogamia serial” o “fidelidad consecutiva”. Los adolescentes que viven en las calles —muchos de los cuales recurren a la venta de sexo para ganarse la vida—, las niñas casadas cuyos esposos a menudo tienen actividad sexual fuera del matrimonio, y los migrantes, son poblaciones especialmente vulnerables a contraer ITS e infección por el VIH.

Es muy importante considerar las necesidades de los adolescentes infectados con el VIH. Es en esta etapa que pueden descubrir su estado de VIH y muy posiblemente deseen negarlo. Puede ser muy angustiante el hecho de al mismo tiempo que comienzan a sentir deseos y atracciones comiencen también a recibir mensajes distorsionados para proscribir la actividad sexual de las personas seropositivas. También pueden encontrar un sistema de salud intimidante y difícil de acceder y utilizar. Además de un reconocimiento de falta de sensibilidad por parte de los proveedores, los temores y la desconfianza en el sistema médico evita que muchos adolescentes busquen la atención que necesitan (49).

Consideraciones en materia de género: Las cuestiones relativas al género son especialmente importantes durante la adolescencia temprana, ya que en general las niñas maduran físicamente, y en algunos casos social y emocionalmente, antes que los niños de la misma edad. La menarquia puede marcar el momento en el que la joven adolescente se presume que está “disponible” y, por consiguiente, en “riesgo” de mantener actividad sexual “antes del matrimonio”. Esto conduce a la creación de ambientes más restrictivos y vigilantes para las niñas, que pueden experimentar

limitaciones en sus actividades bajo la justificación de que es necesario “protegerlas”. En la mayoría de las sociedades esto contrasta con la aceptación e inclusive el estímulo de la actividad sexual en los niños.

Las normas de género pueden colocar a las niñas en riesgo de violencia sexual, incluidas la violación o la violencia doméstica.

Los espacios para atender las necesidades:

Las escuelas son el entorno ideal para la atención de las necesidades de los adolescentes tempranos y dado que en la Región el número va en aumento, la importancia de asegurar la inclusión de la educación integral sobre sexualidad (incluida la prevención de VIH y de ITS) en el programa de estudios se torna capital. Sin embargo, los programas de educación sexual que se ofrecen en la escuela pueden no tener las características necesarias para ser eficaces en el logro de prevención de VIH y de embarazos en la adolescencia. Por ejemplo, los programas basados solamente en promoción de la abstinencia quizá no estén suministrando amplia y clara información acerca de anticonceptivos y uso de condones. Por otro lado, muchos jóvenes no asisten a la escuela y por ello requieren programas de alcance e información acerca de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (50).

El sector de la educación debe empeñarse en que los programas de educación sobre la sexualidad y los servicios para los adolescentes sean integrales y suministren no solo información sino formación sobre habilidades de vida, como es el caso de las aptitudes de negociación, la capacitación para toma de decisiones autónoma, sin ceder a la presión, así como los componentes para ayudar a las personas de un género a que comprendan las expectativas del otro género con respecto a la sexualidad y las consecuencias de la actividad sexual. Las leyes y las políticas a este respecto pueden resultar especialmente útiles. La capacitación de profesores y la amplia disponibilidad de materiales educativos adecuados y suficientes son condiciones indispensables para emprender acciones de educación integral de la sexualidad verdaderamente eficaces.

D.2 Adolescencia tardía (15-19 años)

SSR y metas de prevención de VIH/ITS y consideraciones en materia de género:

La adolescencia tardía es un momento de grandes repercusiones para la SSR y para la prevención de la infección por el VIH y otras ITS. Este es el periodo durante el cual los riesgos de que ocurran problemas de salud sexual y reproductiva son más elevados y además suelen acompañarse de mayores complicaciones y secuelas, tanto físicas como emocionales.

Durante la adolescencia tardía, la mayoría de las personas comienza la experimentación sexual, e inclusive da inicio a la vida sexual activa. Un número significativo, que incrementa a medida que aumenta la edad en años, establece relaciones de pareja a través del matrimonio o uniones libres. Los valores tradicionales que aún persisten en muchos sitios, dan un valor extraordinario a la virginidad en niñas, mientras que al mismo tiempo los niños están sometidos a presiones sociales (por ejemplo, por parte de sus compañeros) para iniciar su actividad sexual. Las adolescentes quizá no sean capaces o no se sientan preparadas para negociar los términos de las relaciones sexuales, incluido el uso de condones

Durante las relaciones sexuales vaginales, las mujeres son biológicamente más susceptibles a contraer la infección por el VIH que los hombres—y, a su vez, las adolescentes son más susceptibles que las mujeres adultas porque la mucosa que reviste la vagina es más delgada y se lacera con mayor facilidad. Esta mayor vulnerabilidad biológica explica la mayor eficiencia de la transmisión de VIH de hombre a mujer que de mujer a hombre en los episodios de coito vaginal.

Los adolescentes hombres pueden incurrir en comportamiento peligroso y violento como parte del modelo percibido de la masculinidad. Entre los adolescentes hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres hay un riesgo bastante elevado de contraer el VIH a través de relaciones sexuales anales desprotegidas. El riesgo es mayor para el hombre que es insertado que para el penetrador.

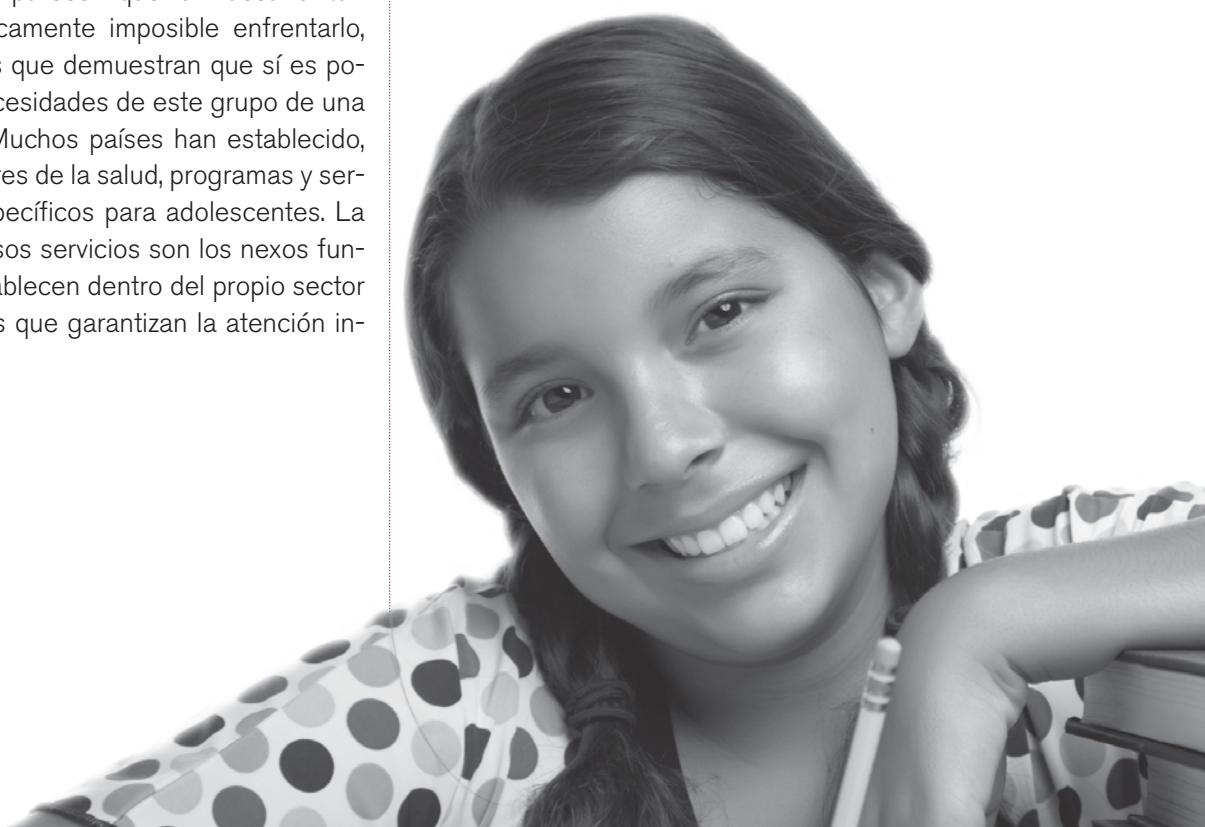
Los espacios para atender las necesidades:

Para poder atender adecuadamente todas las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se necesitarían soluciones estructurales como la mitigación de la pobreza y cambios culturales respecto al género y la sexualidad. Un ejemplo claro de la complejidad de esas necesidades es el proporcionado por el embarazo no intencional temprano. Esta situación, que encierra riesgos físicos emocionales y sociales para la joven y el bebé, puede originarse en la falta de información apropiada que se traduce en el uso inadecuado o inconsistente de anticonceptivos, ignorancia acerca de los riesgos del embarazo en la adolescencia, falta de habilidades para resistir avances sexuales y comprensión insuficiente de las responsabilidades asociadas con la procreación. Más aún, es importante considerar que la maternidad es a menudo presentada como la única opción para la construcción de una identidad femenina y de realización personal para la mujer. La falta de oportunidades educativas, laborales y sociales se entretajan de tal forma que la adolescente no solamente no tiene acceso a información y servicios, sino que además no cuenta con alternativas para la construcción de identidad femenina que le redunde en respeto y reconocimiento social.

Aunque puede parecer que un desafío tan grande sería prácticamente imposible enfrentarlo, existen experiencias que demuestran que sí es posible atender las necesidades de este grupo de una manera integrada. Muchos países han establecido, dentro de sus sectores de la salud, programas y servicios integrales específicos para adolescentes. La clave del éxito de esos servicios son los nexos funcionales que se establecen dentro del propio sector y con otros sectores que garantizan la atención in-

tegral de las necesidades de la población adolescente. El primer paso necesario para garantizar que esos programas funcionen, es la capacitación que asegure que proveedores de servicios de salud fomentan y facilitan el acceso de adolescentes a servicios apropiados, confidenciales y amplios en sus alcances.

Por último, tanto el sector de la salud, como el de la educación y otros más (economía, justicia, trabajo, privado, sociedad civil) deben estar conscientes de que se necesitan cambios para concentrar la mayoría de los esfuerzos en la promoción de la salud sexual y no solo en la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH. Si bien es cierto que hemos empezado a comprender las características que definen los programas exitosos en la reducción de embarazos no intencionales y de ITS e infección por el VIH, es un reto presente e inaplazable el poder reconocer cómo podemos progresar hacia una propuesta de trabajo que concibe la salud sexual de forma multidimensional y cimentada en el respeto y la protección de los derechos de los ciudadanos.



Los programas integrales de SSR para adolescentes y jóvenes deben:

- responder a la diversidad en las características y necesidades de cada una de las personas de estas poblaciones;
- fomentar la participación juvenil en el diseño y ejecución de esos programas;
- trabajar en un clima de apertura que reconoce las realidades complejas que los jóvenes enfrentan en su vida cotidiana;
- enfocarse en las necesidades e inquietudes de los y las adolescentes en materia de salud sexual;
- enfocarse en los aspectos positivos de la salud sexual, sin dejar de lado temas como los embarazos no intencionales o las infecciones de transmisión sexual y el VIH;
- concientizar a las personas acerca de cómo los derechos humanos se aplican en temas relacionados con la sexualidad y la reproducción, y
- ofrecer acceso a la información, a la educación, a insumos para la protección y cuidado de la salud y atención general de manera continua y permanente, y especializada cuando se requiera.

—Adaptado de: Piot, P. & Aggleton, P. (1998). The Global Epidemic, AIDS Care, 10, Supplement 12, S200-S208

E. Etapa en ciclo de vida: Juventud y edad adulta

SSR y metas de prevención de VIH/ITS:

Durante estas etapas, que no tienen límites cronológicos claros, la mayoría de los individuos han establecido una relación más o menos estable, ya sea a través de matrimonio, unión consensual o convivencia doméstica. Los matrimonios y uniones a temprana edad conllevan riesgos para la salud, en particular para la salud de las mujeres. Además de que el embarazo a edades tempranas encierra mayor riesgo de complicaciones, el alargamiento del período fértil de la vida, aumenta las posibilidades de embarazos no deseados y multiparidad más allá de lo aconsejable para la salud integral de la mujer y para las expectativas y posibilidades de la mujer o de la pareja. Sin embargo, en la mayoría de los países de la Región las tasas ascendentes de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos indican que han tenido lugar cambios respecto a la toma de decisiones sobre el número y espaciamiento de los hijos. Por consiguiente, debe garantizarse el acceso a todos los métodos de planificación de la familia. La mortalidad materna moderada (1 en 160) en la Región con focos bastante altos en algunos sitios representa un serio desafío

de salud pública. Parte de estas defunciones maternas se relaciona con abortos clandestinos, realizados en condiciones insalubres.

La necesidad de contar con servicios para asegurar una *maternidad sin riesgo* ofrece una oportunidad excelente para llevar a cabo la integración de programas y servicios de SSR y de prevención de ITS y VIH. Los establecimientos en los que se brinda atención prenatal deben ofrecer orientación y prueba voluntaria (OPV) para la detección de infección por el VIH. En condiciones idóneas, un único establecimiento de salud debería atender todas las necesidades de SSR. Sin embargo, aún es necesario hacer frente a ciertas barreras que limitan la provisión de servicios en un solo local y de una sola vez. Esas barreras, más que de carácter presupuestario, parecen estar relacionadas con la compartimentalización de programas de salud y el establecimiento de “territorios controlados” en términos de programación, recursos y ejecución, que no redundan en beneficio de las usuarias.

Las acciones dirigidas a una maternidad sin riesgo deben hacerse extensivas a las mujeres que viven con VIH y que deciden que quieren quedar embarazadas.

Dejando de lado los aspectos reproductivos, en la gran mayoría de servicios de salud sexual no existe la competencia para atender la necesidad absolutamente básica de tener experiencias sexuales placenteras como parte de la vida en pareja. Es posible que en algunos locales se prescriban medicamentos para el manejo de la disfunción eréctil de hombres heterosexuales, pero existen indicios empíricos de que hay un descuido muy grande hacia las necesidades de gratificación sexual de las mujeres. Este descuido se transforma en indiferencia e incluso en desdén cuando se trata de atender a personas homosexuales, lesbianas, transgénero o transexuales. De hecho, es posible que una vasta mayoría no acuda a servicios de salud sexual y reproductiva por temor a enfrentar no solamente un trato discriminatorio por parte de vigilantes, recepcionistas y empleados administrativos, sino también por parte del personal de salud, que además puede ser que no tenga todas las competencias necesarias para atender las demandas y necesidades específicas de salud sexual de estas poblaciones y que incluyen también la dimensión reproductiva (paternidad y maternidad asistidas, cuidados prenatales, atención del parto).

Por ello, se reitera la necesidad de capacitar a los proveedores de servicios de SSR en materia de sexualidad y salud sexual.

Consideraciones en materia de género: Como se ha puesto en evidencia a lo largo del documento, es casi imposible separar los factores relacionados con género de todas las principales preocupaciones de salud durante esta etapa de vida. Un discurso reciente de la doctora Mirta Roses, Directora de la OPS, declara que más de un tercio de mujeres en América Latina y el Caribe han sufrido violencia de manos de sus parejas domésticas; más de 22 000 mueren cada año durante parto de causas prevenibles y entre las mujeres y las jóvenes y adolescentes niñas se encuentra una proporción significativa [y creciente] de todos los nuevos casos de infección por el VIH.

En el caso de los hombres, la violencia y las lesiones en el tránsito se encuentran como causas importantes de morbilidad y mortalidad. Vale la pena

recordar que la agresividad y la exposición a situaciones de riesgo forman parte del guión social de la masculinidad.

Las mujeres son biológica y socialmente más vulnerables a la infección por el VIH. Las mujeres aun casadas habitualmente carecen de aptitudes de negociación para insistir en el uso de los condones como protección, o sencillamente no creen que sus parejas puedan tener actividad sexual extramatrimonial. A menor edad son mayores la vulnerabilidad biológica y la social, debido a que la mucosa vaginal es más delgada y friable y su experiencia es más limitada.

Los espacios para atender las necesidades: La atención de las necesidades de SSR de la población joven y adulta se encuentran entre las prioridades de salud de muchos países, con un acento especial en programas de salud materno-infantil que incluyen servicios de planificación de la familia y de cuidados prenatales y del parto. Los programas nacionales contra el SIDA también pueden atender algunas de las necesidades de SSR de las poblaciones en la edad fértil. Sin embargo, ambos programas usualmente funcionan como compartimentos estancos, entidades completamente separadas aunque con problemas comunes que no son debidamente considerados ni por el uno ni por el otro. El establecimiento de una completa coordinación entre los programas que atienden la salud sexual y reproductiva y los de prevención y control de VIH e ITS es un requisito indispensable para lograr acuerdos intersectoriales dirigidos a la promoción de la salud sexual. El sector salud y institutos de género, donde existan, no solo tienen un rol importante sino privilegiado para impulsar al sector de la educación, del desarrollo social y otros para avanzar la agenda de la salud sexual.

F. Etapa en ciclo de vida: Madurez y Tercera Edad

SRH y metas de prevención de VIH/ITS:

La mayoría de los países en América Latina y el Caribe han experimentado una transición demográfica

que está cambiando rápidamente su estructura por edades. Las tasas de fecundidad están descendiendo al tiempo que está aumentando la esperanza de vida. A pesar de que los niños y jóvenes todavía constituyen el mayor grupo de edad, se espera que el número de personas mayores aumente considerablemente en el transcurso de los próximos años. Esto tendrá, sin duda alguna, implicaciones en los perfiles de salud y cambios cuantitativos y cualitativos en las demandas sobre los sistemas de atención. Las inquietudes y problemas relacionados con la sexualidad y la reproducción son apenas atendidos, ya que se supone equivocadamente y en particular para las mujeres, que con el final de las funciones reproductivas, también desaparecen los deseos y la atracción. Se asume que las relaciones se mantienen sobre la base de la costumbre y que la actividad sexual ya no importa. La menopausia puede ser un período difícil para algunas mujeres y la pérdida de la protección por la disminución de la producción de hormonas puede representar encerrar riesgos de salud en general como la osteoporosis y las cardiopatías.

A medida que se producen cambios en la respuesta sexual, los hombres pueden experimentar problemas para obtener y mantener una erección, dificultades que pueden estar también asociados con enfermedades crónicas sumamente prevalentes como la diabetes. Las mujeres también pueden experimentar problemas para tener lubricación vaginal durante la fase de excitación de la respuesta sexual. Sin embargo, a hombres y mujeres mayores no se les ofrecen opciones para el manejo de disfunciones sexuales.

Con respecto al VIH, el éxito de la TAR puede significar que más hombres y mujeres sobrevivirán y pueden alcanzar la tercera edad, por lo que hay que considerar que a los problemas que resultan del proceso envejecimiento celular se agregan los efectos secundarios de los tratamientos y los causados por la infección.

Las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables al maltrato y violencia doméstica. No es infrecuente la hostilidad hacia personas mayores

que han envejecido y que establecen relaciones amorosas nuevamente. Estas reacciones son parte de la mitología social que niega toda manifestación sexual entre personas mayores.

Consideraciones en materia de género:

Grandes sectores de la población de personas en la tercera edad pueden sufrir las consecuencias de una vida de pobreza, de falta de servicios básicos y de atención deficiente de la salud. Las mujeres pueden presentar problemas resultantes de numerosos embarazos, nacimientos muy seguidos, nutrición deficiente y descuido de sus necesidades de salud. Por ejemplo, problemas del piso pélvico pueden acompañarse de incontinencia urinaria, que limita la vida social de la persona. Debido a la diferencia en la esperanza de vida y el hecho de que las mujeres se casan generalmente con hombres mayores, suelen tener con mayor frecuencia períodos más largos de viudez. Esto puede significar más años de dificultad y pobreza.

Los espacios para atender las necesidades:

Los sistemas de salud tienen que anticiparse a la situación demográfica cambiante y prepararse para la carga que ya está representado el número creciente de personas mayores que demandan servicios. Otras áreas del quehacer del sector salud también deben ser cuidadas como, por ejemplo, la investigación sobre temas emergentes (número creciente de nuevas infecciones entre personas mayores, tecnologías para el manejo de disfunciones) capacitación de profesionales y colaboración con otros sectores como trabajo, educación y bienestar. Los cambios culturales también deben efectuarse en cuanto a dar un nuevo significado al proceso senescente, más allá de las visiones convencionales de pérdida de habilidades, destrezas e incluso deseos y atracciones.

Lo que es más importante, la prevención que se haga en el marco de programas de SSR y de VIH debe intensificarse hoy, para que las poblaciones del mañana tengan menos problemas que enfrentar.



5

Etapas en el desarrollo de estrategias para la articulación de programas y servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención y atención integral de VIH/ITS

Es evidente que hay no ninguna estrategia que por sí sola pueda conseguir que se logre la vinculación, articulación o integración entre programas, iniciativas y servicios de salud. Sin embargo, hay una serie de pasos que pueden facilitar la consecución de las sinergias buscadas.

Un informe del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido sugiere que la integración de servicios de SSR y programas de prevención de VIH quizá no siempre sea factible. “En países con epidemias concentradas, los servicios cotidianos de SSR pueden tener un éxito limitado en satisfacer las necesidades de poblaciones vulnerables pero estigmatizadas” (51).

Lush et al. (52) mencionan algunas de barreras que deben reconocerse y enfrentarse desde el inicio del proceso. Esas barreras incluyen, entre otros:

- la tendencia de culturas institucionales a resistir la integración;
- el enfoque orientado en enfermedades o en problemas que utilizan muchos de los organismos de cooperación técnica y financiera que tienen influencia significativa en los sectores de la salud, la educación y otros sectores sociales en muchos países;
- la tendencia de las comunidades de procurar servicios específicos para problemas puntuales (o a no buscar atención del todo) y la falta de una cultura de promoción y prevención extendida;

No obstante, como se indicó anteriormente, hay datos probatorios abrumadores de que un enfoque integrado y vinculado tiene sentido principalmente a nivel individual y comunitario. En condiciones óptimas, brinda atención de la salud y servicios sociales muy bien ajustados a las realidades en las cuales viven las personas.

¿Qué pasos básicos pueden dar los encargados de diseñar políticas y tomar decisiones, los gerentes y otro personal de salud que lleven hacia un enfoque integrado en SSR y VIH?

A. Análisis de la situación: Es necesario verificar qué pasa en la vida real

Es obvio que el personal de salud que trabaja en el nivel comunitario, es quien tiene un mejor y más apurado conocimiento de la situación de la salud en sus localidades. Más aún, estos profesionales constituyen la

primera línea en la recopilación y análisis de datos epidemiológicos y diversas estadísticas sanitarias locales y nacionales. La prevalencia de la infección por VIH, la mortalidad materna, el acceso a anticonceptivos, las pruebas voluntarias, no son para estos prestadores meras cifras o tablas, sino que son situaciones palpables que tienen rostros y voces de personas. Los miembros de los equipos de salud

rápidamente reconocen la existencia de problemas de SSR, VIH, ITS y ven de cerca su dinámica, reconocen posibles factores asociados y proponen estrategias de acción coherentes con sus percepciones, las que incluyen habitualmente acciones de vinculación, articulación e integración de servicios y programas.

Ejemplos

- Una asistente social de una maternidad en una ciudad capital de una provincia, llama la atención acerca del hecho de que 6 de las 8 mujeres con VIH que han dado a luz en el último año tienen parejas que estuvieron trabajando en lugares alejados. La directora de la maternidad piensa que es importante que el programa de sida local atraiga a esos hombres para ofrecerles orientación, y prueba voluntaria y atención antes de que se vuelvan a marchar como trabajadores migrantes. El perinatólogo sugiere que el ofrecimiento se haga en la clínica de planificación familiar para evitar resistencias a ir a un servicio de VIH/ITS, que habitualmente se asocia con temor al estigma.
- El psicólogo de un centro de salud en un barrio de la capital del país comenta que le preocupa que varias de las personas transgénero que acuden a ese centro y que se dedican al trabajo sexual creen que los lavados rectales evitan la transmisión del VIH después de un coito sin protección. Aunque ninguna de ellas tiene pruebas positivas para VIH, 7 han tenido gonorrea rectal en los últimos 3 meses. Una estudiante de medicina señala que evidentemente el agente causal está circulando en esa población y sus clientes están diseminándolo. Alguien comenta que se les ha entregado gran cantidad de folletería sobre prevención, pero la trabajadora social indica que un cierto número de ellas no sabe leer. La estudiante de medicina menciona que hay un servicio gratuito de atención dental para personas de escasos recursos y sugiere darles “pases especiales” para que se vayan a “arreglar los dientes” en un horario conveniente para ellas. Ahí, la estudiante y sus compañeros se valdrán de la vinculación de servicios para dar información, responder dudas, clarificar creencias y eliminar mitos y proveer información especial. El psicólogo encuentra brillante la idea: romper la cadena de transmisión de esta ITS, mejorar la salud buco-dental de estas personas y elevar su autoestima haciéndolas sentirse más atractivas.
- El número elevado de casos de cáncer cervical entre las mujeres en un departamento de un país de la Región (37 casos incidentes el último año por 100 000 mujeres), ha llevado a las autoridades de salud a considerar una política de vacunación contra HPV entre las 29 650 chicas de entre 14 y 19 años que según datos censales ahí residen. El Director General de Salud piensa si esto se debe hacer en las escuelas. La epidemióloga propone hacerlo en los centros comunitarios de la localidad a través de una campaña llamada “Ven con tu mamá”. El propósito es efectuar la vacunación, hacer pruebas de papanicolau a las madres, dar información a través de charlas y videos sobre detección de cáncer cervical y mamario y capacitar a las madres para hablar con sus hijas sobre sexualidad y prevención de VIH. Como las vacunas se dan en 3 ocasiones, habrá oportunidad para realizar 3 intervenciones. En la segunda y tercera, el programa estatal de sida dará información sobre VIH en las mujeres y sobre otras ITS. Al director le gusta la idea. No solamente permitirá prevenir la infección por HPV, sino que ayudará a detectar y tratar cáncer cervical en fases incipientes y además contribuir a la prevención de VIH e ITS.

El trabajo de recolección de información para el análisis de situación por los equipos de salud locales puede facilitarse enormemente mediante el uso de algún tipo de herramienta, como por ejemplo una ficha de registro, que permita organizar de manera sistemática los datos disponibles en materia de salud sexual y reproductiva.

A continuación se propone un esquema general de ficha para la sistematización de problemas de salud sexual y reproductiva, incluyendo VIH e ITS, que puede ser utilizado en centros de salud, clínicas de atención prenatal, de planificación familiar y de atención primaria.

Perfil de diversos grupos que acuden a los servicios, en atención a:	Edad (agrupación por intervalos o en atención a las etapas del ciclo de la vida mencionadas anteriormente); sexo (incluir a la población de personas transgénero); etnicidad; si la persona es sexualmente activa; el tipo de prácticas sexuales que tiene (con personas del otro sexo, del mismo sexo, de uno y otro sexo, protegidas/sin protección; práctica de sexo anal); su estado civil (casada, unión libre, soltera, etc.); si vive con VIH (seropositiva o seronegativa); si tiene alguna actividad particular que aumente su riesgo de exposición a VIH e ITS (trabajo sexual); historia reproductiva					
Motivo principal de consulta para determinación de carga de enfermedad en la comunidad (Ejemplos hipotéticos)	Control (tardío) del embarazo	ITS/ITG	VIH	PF	Embarazo no previsto	Dudas, preocupaciones, disfunciones
Identificación de tendencias (Ejemplos hipotéticos)	<ul style="list-style-type: none"> Aparición frecuente de signos de toxemia (10%) en el tercer trimestre Gestantes con pruebas de sífilis reactivas en las últimas semanas del embarazo (3 de 322 atendidas en 4 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> 12 número de casos de gonorrea entre HSH en 7 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> 3 mujeres que dieron a luz en últimos 6 meses tenían VIH 	<ul style="list-style-type: none"> El condón usado por 7% de parejas en los últimos 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> 22% de los anuncios de embarazo el último año se consideraron "sorpresa no grata" o "no esperada" 25% de los embarazos se dieron entre mujeres de 16-21 años 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con VIH no saben si pueden seguir teniendo relaciones sexuales 12% de las mujeres dicen que las relaciones sexuales son una "obligación fastidiosa"
Impacto de Intervenciones (Ejemplos hipotéticos)	<ul style="list-style-type: none"> Incremento (28%) en número de embarazadas en control en el segundo trimestre Descenso en signos de toxemia (7,3%) en el tercer trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los HSH tratados por gonorrea reportan uso de condón No ha habido nuevos casos de gonorrea 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de PTMI aplicadas Ningún lactante infectado 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de condón para "doble protección" subió a 18% entre parejas 	<ul style="list-style-type: none"> 15 % de embarazos entre mujeres de 16-21 años 	<ul style="list-style-type: none"> Educación para parejas seridiscordantes Ninguna seroconversión en parejas seronegativas en un año de seguimiento

Siempre es útil mirar el contexto con interés y espíritu inquisitivo. ¿Cuáles son los factores estructurales que facilitan u obstaculizan la promoción y cuidado de la SSR y la prevención del VIH? ¿Cuáles son las leyes y la reglamentación relativas a la salud reproductiva y al VIH? ¿Qué papel juegan estos factores y el género en el acceso a los servicios? Estas y muchas otras preguntas deben responderse si se quiere tener una clara comprensión de la situación en la vida real.

B. Recolección y análisis de datos: Es necesario contar con datos probatorios

Los datos probatorios [comúnmente descritos como “basados en la evidencia”] pueden definirse como aquellos “que proveen prueba convincente”. La evidencia para la integración está empezando a surgir. Sin embargo, los datos probatorios como tales todavía son limitados (53). No obstante, hay una abundancia de información acerca de los beneficios de la integración que está fácilmente disponible en la red. La IPPF, la OMS, el UNFPA, el ONUSIDA y la Universidad de California en San Francisco, han realizado recientemente (2008) una revisión de la literatura científica que muestra, de manera muy clara que la vinculación de servicios y programas de salud sexual y reproductiva con prevención de VIH genera un mejoramiento general en el acceso y utilización de servicios esenciales. También posibilita brindar un mejor acceso a personas que viven con VIH a servicios de SSR que se adaptan bien a sus necesidades. La vinculación, articulación e integración permiten hacer frente al estigma y discriminación que se asocian con la infección por VIH y además de posibilitar mejorar la calidad de la atención, permite atender mejor a ciertas poblaciones clave que no necesariamente son cubiertas de manera adecuada (54).

Los datos probatorios o evidencia deben producirse (función de investigación) y recogerse sobre una diversidad de los temas tales como los obstáculos para que los jóvenes puedan asistir a servicios de SSR o

VIH/ITS así como la función de las resistencias interiorizadas por los proveedores de salud para integrar o vincular servicios.

Los datos probatorios o evidencia pueden recogerse de muchas fuentes, la evidencia puede provenir de los hechos, los estudios de casos, la estadística, los experimentos, el razonamiento lógico y algunas analogías, entre otros.

Es importante también documentar las mejores prácticas y logros ejemplares; sin embargo, esta documentación no es común en la Región. Las experiencias de otras regiones quizá sean útiles para mejorar los servicios. Un examen de la evidencia disponible proveniente de evaluaciones de programas y de investigaciones operativas que identifican las intervenciones prioritarias para vincular e integrar también puede resultar útil (55).

En la revisión de la literatura científica antes mencionada y realizada por IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA y OMS, se llama la atención acerca de los factores que favorecen la vinculación, articulación e integración de programas y servicios de SSR y prevención de VIH e ITS (56). Estos son:

- Actitudes positivas y aplicación de prácticas idóneas y logros ejemplares por los proveedores y el personal de los servicios
- Desarrollo permanente de capacidades
- Participación gubernamental y comunitaria en la planificación e implementación
- Simplificación de procesos para brindar servicios adicionales sin incrementar costos a los ya existentes
- Servicios no estigmatizantes
- Inclusión de parejas, especialmente de los hombres
- Inclusión de poblaciones vulnerables

Todas las ocasiones posibles tales como congresos, conferencias o reuniones gubernamentales

pueden utilizarse para informar a los interesados de diversos niveles (por ejemplo, el sector salud y otros sectores del Estado; el sistema de las Naciones Unidas; financiadores y donantes; ONG técnicas; organizaciones de la sociedad civil y comunidades vulnerables y afectadas) acerca de la evidencia mundial y local sobre la necesidad y los beneficios de la integración. También, pueden organizarse foros para analizar tales datos probatorios.

C. Abogacía de la agenda: Es necesario convertirse en un ferviente defensor o defensora

La integración y los vínculos funcionan mejor donde hay un ambiente favorable, expresado -si fuera posible- como política pública. Muchos países de la Región tienen leyes relacionadas con la SSR y el VIH, así como políticas de salud específicamente referidas al género y la violencia doméstica, a la discriminación y otras relacionadas con los derechos humanos, específicamente con los derechos reproductivos. Sin embargo, no siempre se aplican estas leyes y reglamentos. Las políticas públicas para la SSR y el VIH casi siempre son entidades separadas, con frecuencia administradas y ejecutadas por separado reduciendo así la posibilidad de integración o de vinculación en el nivel del sitio de entrega del servicio (57).

La renuencia a la integración quizá esté presente en estamentos superiores de algunas dependencias gubernamentales nacionales, que se ocupan del VIH/sida y de la planificación familiar, que pueden resistirse a la integración en aquellos casos en que los fondos se le asignan a cada una por separado. La integración representa entonces una pérdida potencial de los recursos o de poder territorial dentro de la estructura del sector salud. Este mismo fenómeno puede filtrarse a las estructuras locales de salud e incluso establecimientos de servicios de salud específicos.

La promoción y defensa (abogacía o interce-

sión) puede llevarse a cabo en muchos niveles, por lo que deben buscarse oportunidades para la participación en reuniones especiales que incluyan a los sectores de la salud, educación y otros, así como la participación en conferencias y reuniones regionales que incluyan a estudiosos y representantes de la sociedad civil. Aunque siempre es aconsejable incluir tomadores de decisiones, funcionarios de alto nivel y parlamentarios cuando sea posible, no deben dejarse de lado otros contactos. Con cierta frecuencia los mejores aliados son los funcionarios de gobierno de nivel medio o los profesionales que prestan los servicios.

Es aconsejable recordar que las resistencias a la integración pueden deberse no solo a la falta de información y conocimientos, sino también puede provenir de consideraciones políticas como las anteriormente mencionadas, o aun a sesgos o prejuicios personales, en particular aquellos relativos a la sexualidad.

Una estrategia para superar las resistencias podría ser el establecimiento de un grupo temático o grupo de estudio que incluya a una variedad de partes interesadas y expertos en el tema que podrían facilitar y vigilar la ejecución de los cambios integradores.

D. Desarrollo de Recursos Humanos: Es necesario asegurar el aprendizaje y desarrollo de competencias de las partes involucradas

Un programa o servicio integrado es tan bueno como lo sean sus ejecutores o proveedores. En muchos entornos puede haber miembros del personal extraordinariamente bien capacitados en salud reproductiva y atención del VIH e ITS. Es mucho más difícil encontrar personal bien capacitado en el área de salud sexual, a pesar de la emergencia reciente de un gran número de personas en la Región que se hacen llamar “sexólogos”, cuya formación no se

ha realizado en centros académicos de reconocido prestigio. Aún más difícil es encontrar profesionales que puedan tratar cómodamente todas las áreas.

No se sugiere, sin embargo, que los proveedores de salud reproductiva y de servicios de VIH se conviertan en expertos en todas las áreas relevantes en SSR. Por ejemplo, los obstetras y los ginecólogos que prestan atención prenatal quizá deseen ampliar su pericia en prevención de la transmisión vertical de VIH y de sífilis, mientras que los especialistas que atienden VIH e ITS quizá tengan que aprender más sobre anticoncepción para personas que viven con VIH o sencillamente a establecer mejores sistemas de referencia cuando sientan que otro profesional puede satisfacer mejor las necesidades del usuario y mejorar su calidad de vida.

Sin embargo, puede haber algún núcleo de competencias útiles para todo personal de salud que puede colocarse bajo la égida del área de salud sexual en particular. Uno de los pocos estudios realizados sobre cómo proveedores de atención sanitaria están atendiendo el VIH, mencionado por la Dra. Julitta Onabanjo, concluye que los proveedores de servicios en VIH rara vez reciben capacitación en materia de sexualidad, de derechos humanos y factores determinantes socioculturales que se asocian con problemas de salud reproductiva; carecen de aptitudes para brindar orientación (consejería) y se sienten incómodos para hablar de sexo y sexualidad, entre otras deficiencias (58). Lo mismo puede decirse que se aplica para la mayoría de los proveedores de servicios de salud reproductiva.

E. Diseño de intervenciones: Es necesario definir muy bien lo que se va a hacer, cómo se va a hacer y quién está a cargo

Antes de hacer sugerencias específicas, es necesario mencionar algunas premisas básicas acerca de cómo operan habitualmente los programas de salud reproductiva y de VIH

- Suelen administrarse y se ejecutarse en forma vertical
- Las intervenciones gravitan alrededor de sucesos esporádicos (el embarazo, una infección, un aborto) y no de las personas a través de su ciclo vital
- Casi siempre los servicios y las actividades son centrados en las poblaciones en edad fértil, y en el caso de SSR, principalmente en mujeres.

Este enfoque tradicional de la provisión de servicios de SSR, dividido en compartimientos estancos, puede ser superado al identificar cómo y dónde hacer los nexos necesarios. Algunos ejemplos concretos se dan a continuación:

- Durante la consulta prenatal el obstetra, enfermera obstétrica, o los orientadores proveen información y orientación sobre relaciones sexuales durante el embarazo y se aclaran dudas y creencias comunes. Esta conversación sirve como punto de partida para discutir la transmisión vertical de VIH y sífilis y ofrecer las pruebas correspondientes. Es muy deseable que esas pruebas puedan hacerse de inmediato para que no se pierda el interés y la motivación y para asegurar un manejo adecuado y oportuno.
- Durante la consulta prenatal el obstetra o el enfermero obstetra discuten la conveniencia de considerar desde ahora si se deseará otro embarazo posterior y el tiempo que se quiere dejar pasar hasta entonces. Se proporciona información sobre anticoncepción después del parto y las ventajas del uso del condón (doble protección). La discusión sobre doble protección es una oportunidad para ofrecer la prueba voluntaria de detección de VIH.
- En los servicios de urgencias existe personal capacitado para brindar apoyo emocional a personas víctimas de violencia sexual, quienes además ofrecen tratamiento profiláctico post-exposición para prevenir infección por VIH (y otras ITS) y también anticoncepción de emergencia a mujeres violadas.

- En el servicio de orientación y prueba voluntaria para VIH se ofrece también información y acceso a anticonceptivos a mujeres, además de educar sobre el uso adecuado de condones y entregarlos a los usuarios.
- En la clínica de atención de ITS se ofrece orientación y prueba para VIH y acceso a anticonceptivos a mujeres, además de educar sobre el uso adecuado de condones y entregarlos a los usuarios.
- En el servicio de atención primaria se da orientación sobre VIH e ITS y uso del condón a hombres que acuden en busca de solución farmacológica a problemas de erección.
- En clínica de ginecología se ofrece orientación sobre VIH e ITS a todas las usuarias y se propone prueba de VIH a todas aquellas con papanicolau anormal.

Conviene recordar que el establecimiento de nexos usualmente encierra el desafío de tener que mejorar la gerencia de programas y servicios. La vinculación, articulación e integración tienen mayores probabilidades de éxito cuando están sustentadas por una buena gerencia. Los gerentes deben lograr que las metas locales consigan alinearse con las metas nacionales. Es también una buena práctica gerencial el lograr que diversos organismos y sectores en el nivel local estén representados en cualquier actividad de planificación y ejecución. La misma clase de alianzas y asociaciones debe forjarse a nivel profesional, acudiendo, siempre que sea posible, a sociedades profesionales y académicas. La participación de las comunidades siempre debe fomentarse y conseguirse, en particular los usuarios potenciales de servicios integrados, tales como mujeres, jóvenes, personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales y otras poblaciones vulnerables.

Este componente de la estrategia de ejecución implica un trabajo sustancial en la visión de la integración (es decir, lo que un enfoque integrado implicaría a nivel de servicios reales) y también requiere

una propuesta muy concreta para la ejecución de los cambios implicados. Un gerente debe lograr que la creación de nexos signifique reducción de costos en general, incluyendo costos de visitas a diversos locales para los usuarios.

Los retos para la integración pueden diferir en todos los países, por lo que los blancos potenciales para el cambio programático quizá también difieran. Mientras que Lush et al. (1999) llegan a conclusiones pesimistas con respecto a la búsqueda de la integración, ya que según estos autores la integración completa raramente ocurre (como sucedió en Sudáfrica, de acuerdo a su estudio de casos), posiblemente varias opciones de vinculación y articulación (o integración parcial/selectiva como la llaman ellos) pueden conducir a resultados insuficientemente satisfactorios que no llegan a la integración total. En otras palabras, entre el compromiso pleno para conseguir una integración total y el compromiso muy limitado (resultante en integración circunstancial/insuficiente) hay una gama de opciones que incluyen, por ejemplo, el logro exitoso de metas de integración parcial o vinculación y articulación, que dan lugar a políticas y servicios que mejoran de manera ostensible y comprobable las condiciones de la SSR y reducen el impacto del VIH y las ITS.

F. Elaboración de un plan de acción: Es necesario definir una ruta crítica, con hitos claros y metas concretas

Una vez que se ha establecido un compromiso en las cuatro áreas descritas en el cuadro que se presenta a continuación, y un completo acuerdo con todas las partes interesadas acerca del modelo que se utilizará para el establecimiento de nexos de SSR, prevención y atención de VIH/ITS, es necesario emprender una serie de acciones que constituyen la clave para la buena marcha de programas y servicios vinculados, articulados o integrados.

Secuencia de pasos necesarios para la puesta en marcha de un servicio o programa integrado

- **Verifique la factibilidad y el nivel de aceptación real de la integración en varios niveles.** ¿Están dispuestos los gerentes a “compartir territorio”, o prefieren mantener separada la gestión de “su parte”? ¿están dispuestos los proveedores a desarrollar nuevas habilidades o prefieren que otros se ocupen de ellas? Es muy importante asegurar que la articulación de programas no solo se logre sino que se logren resultados mejorados y estos se mantengan. Para ello es recomendable comenzar haciendo cambios factibles y aceptables para todas las partes y en los niveles en los que dichos cambios o innovaciones sean bienvenidos. Es un error estratégico lanzar cambios que sean percibidos como imposiciones, amenazas o cuyas bondades no sean ampliamente reconocidas. Igualmente, constituye un error el proponer modelos de integración que son demasiado ideales, pero que en términos prácticos son muy poco viables.
- **Defina si será necesario hacer cambios demasiado drásticos a las guías operativas que cada uno de los programas utiliza en su labor cotidiana.** Usualmente, los cambios radicales producen inquietud y malestar entre funcionarios que están habituados a ciertas rutinas. Si es necesario hacer nuevas guías operativas, estas deben, preferiblemente, estar cimentadas en terrenos familiares para los profesionales de ambos programas.
- **Tome en cuenta que ciertos productos tendrán un rol muy importante en el trabajo de estos programas y servicios integrados.** Por ello es necesario definir con claridad desde el comienzo, la logística para la adquisición y entrega de dichos productos (compra, transporte, almacenamiento, control y entrega de condones, anticonceptivos, reactivos, fármacos, equipo, etc.).
- **Prepare un presupuesto detallado.** Las razones son obvias.
- **Elabore una descripción detallada de los servicios que se habrán de brindar.** Comience por hacer listados de intervenciones y transfórmelos en protocolos de atención (de preferencia como algoritmos), cartas descriptivas de acciones educativas y otro tipo de flujogramas para la entrega de condones, lubricantes, anticonceptivos, etc.
- **Defina las necesidades de sensibilización y capacitación** que guiarán los programas de educación continuada del personal de los servicios y programas y otras partes interesadas.
- **Elabore un programa de comunicación** que permita que el público conozca la disponibilidad de estos programas integrados, los demande y los utilice.

G. Seguimiento y evaluación: Es necesario asegurar que se está yendo en la dirección correcta para conseguir los logros deseados

Una limitación clave de muchos cambios programáticos es la falta de un sistema adecuado de información estratégica. Diseñar un sistema integrado de seguimiento y evaluación, que no solo se centre en insumos y procesos sino que se dirija a reconocer

resultados e impacto real, es crucial para todos los programas que se articulan y el sistema de salud en general. Lo que es más, si se trata del único sistema implantado en la localidad o país, puede servir como modelo para el monitoreo de situaciones en las que hay diversos factores determinantes y varios actores presentes.

Los sistemas de evaluación deben diseñarse y desarrollarse desde las etapas iniciales de planificación de cualquier actividad de integración. Es ne-

cesario elaborar indicadores claros para diferentes tipos de evaluación. Los indicadores deben servir para reconocer las bondades de los nexos que se establecen ya sea a través de sistemas adecuados de referencia hasta los servicios plenamente integrados, pasando por la vinculación, la articulación y la integración parcial. Los indicadores de salud reproductiva de la OMS para la Vigilancia Mundial (59) sí incluyen en su lista mínima de 17 indicadores de salud reproductiva tres relacionados con las ITS y el VIH: a) Prevalencia de serología de sífilis positiva en embarazadas, b) prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas y c) conocimiento de prácticas de prevención relacionadas con VIH. Los indicadores de VIH se han elaborado y usado en todo el mundo (por ejemplo los de UNGASS o los de acceso universal) y en fecha reciente la OMS también ha trabajado en el desarrollo de indicadores de salud sexual. Sin embargo, no hay por el momento indicadores universalmente consensuados para vigilar enfoques integrados.

H. Difusión de lecciones aprendidas, información y datos: Es necesario compartir las vicisitudes enfrentadas y demostrar en lo posible porqué funcionan, no funcionan o cómo podrían funcionar los programas y los servicios vinculados, articulados o integrados

Un área que necesita ser atendida con urgencia en América Latina y el Caribe es la relacionada con la documentación de los esfuerzos, los resultados de estudios e investigaciones emprendidas en la Región, así como las lecciones aprendidas en el trabajo cotidiano de los programas y servicios. Es muy probable que haya más actividades de integración en marcha, y es necesario documentar, recopilar y difundir experiencias a todos los niveles, a través de los informes, artículos en revistas científicas revisadas por colegas u otros medios de comunicación. La Iniciativa de Integración de SSR y prevención de VIH e ITS puede ser útil para compilar, difundir y posteriormente evaluar experiencias en salud pública.



6



Arquitectura de servicios integrados

Esta sección busca ofrecer una herramienta práctica para facilitar la rápida puesta en marcha de servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, integrados con programas de prevención de VIH e ITS (y de promoción de salud sexual en general). Esta herramienta toma en consideración tres elementos: los **espacios** en los que se brinda el servicio, las **poblaciones y grupos** que se benefician de dicho servicio y los **conjuntos de intervenciones y acciones** de las que constan los servicios.

Una vez que un espacio y un grupo o población han sido identificados, probablemente será fácil trabajar si se miran las intervenciones fundamentales que se proponen como conjuntos en el cuadro al final de esta sección.

- A. Los espacios:** se trata de los locales en los que se proporcionan las acciones de salud y educativas así como otras actividades pertinentes, y donde uno o más servicios adicionales podrían ofrecerse desde una perspectiva de la integración.

Los espacios también pueden definirse como sitios e instalaciones planeados y puestos en funcionamiento para brindar una atención apropiada al público y de cuya óptima marcha son responsables las autoridades correspondientes (salud, educación, etc.) y los proveedores de servicios dentro de los mismos.

- En muchos países los espacios incluyen:

- a) Servicios de atención de la salud:** Planificación de la familia/ salud reproductiva; clínica de medicina familiar (atención primaria); clínicas de atención prenatal: maternidades y centros de atención obstétrica; clínicas de ginecología; de urología; atención primaria de ITS/VIH; atención especializada y tratamiento de VIH; servicios de urgencias; servicios de salud para adolescentes.
- b) Espacios públicos:** Centros comunitarios, bibliotecas, clubes, locales de reunión (a través de acciones de extensión comunitaria).
- c) El sistema educativo:** Locales en donde la educación sexual es (o no es) dada. Las escuelas públicas están a menudo vinculadas con el sistema de salud y pueden ofrecer servicios de salud in situ (enfermería, servicio médico, orientación estudiantil).
- d) Los medios de difusión:** Constituyen espacios más virtuales que reales. Habitualmente, son controlados por grandes empresas y poseen una gran capacidad para penetrar la opinión pública e influir sobre normas sociales y sexuales.
- e) Nuevas tecnologías de la información y de la comunicación:** También virtuales, son espacios que ofrecen la posibilidad de intercambio de enormes cantidades de información, con implicaciones en la prevención de VIH e ITS y la promoción y atención de la SSR.

f) Locales de organizaciones comunitarias: Estos espacios son creados por las propias comunidades para fines de trabajo por sus intereses y defensa de sus derechos. Dentro de los mismos es posible realizar acciones de promoción y atención de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH e ITS (colectivos de HSH y de personas transgénero; asociaciones de trabajadores y trabajadoras del sexo; sindicatos laborales y organizaciones gremiales; etc.).

Varios de estos servicios no necesariamente son concebidos y puestos en marcha por los gobiernos nacionales o regionales. De hecho, con alguna frecuencia son establecidos por autoridades locales, por instituciones privadas o por organizaciones de la sociedad civil. De todas maneras, los actores deben seguir una política nacional, conforme a lo establecido por la ley.

A veces los espacios están segregados para atender determinadas poblaciones y grupos. Por ejemplo, algunos dispensarios generales cuentan con horarios específicos para atender solamente población juvenil. Los centros de ITS pueden tener horarios específicos para la atención de los HSH y las profesionales del sexo.

Existen **otros espacios** dedicados a la educación y promoción de la salud sexual, la provisión de orientación y apoyo emocional (por ejemplo, la familia). Sin embargo, no están incluidos en la lista anterior en la medida en que, estrictamente hablando, las familias no son entornos de ejecución de políticas públicas. Son considerados espacios privados que pueden, no obstante, ser influidos por las políticas públicas pero que quedan más allá de su injerencia directa.

B. Las poblaciones y grupos: La atención proporcionada requiere seguir un enfoque basado en ciclo de vida (tal como se propone en la sección 4) pero también debe considerarse el género, la pertenencia a un grupo étnico, el estado respecto a la infección por VIH (por ejemplo, positivo o negativo) y condiciones de

vulnerabilidad específicas. Así, entre los hombres de diferentes grupos es importante considerar a HSH y personas transgénero, así como a los profesionales del sexo masculinos. Entre las mujeres, considerar a las mujeres jóvenes y en edad de procrear, a las embarazadas, a las profesionales del sexo. Entre los lactantes considerar a aquellos que fueron expuestos al VIH perinatalmente. Entre los jóvenes hay que prestar especial atención a los HSH/transgénero y a las personas con VIH. Entre los adultos de más de 50 años de edad, debe considerarse a los HSH/transgénero y las personas con VIH. Finalmente, para todos los grupos deben tomarse en cuenta las necesidades especiales de las personas con discapacidades. Como una recomendación general es importante recordar siempre que toda condición de exclusión social por sexo, estado civil, pertenencia a grupo étnico, orientación e identidad sexual, identidad de género, estado migratorio, ocupación y otras situaciones y condiciones, aumentan la vulnerabilidad a problemas de salud sexual.

C. Conjuntos de intervenciones y acciones:

Son los “paquetes básicos” que incluyen una o más intervenciones estandarizadas de carácter preventivo y de atención de la Salud Sexual y Reproductiva y de VIH/ITS. En un sistema no integrado, estos paquetes se ofrecen solo en uno o un número limitado de espacios y solo a uno o a un número limitado de grupos y poblaciones. En un sistema integrado, por el contrario, esos paquetes están incluidos en las directrices que reglamentan los procedimientos que se realizan cotidianamente en los locales. Los “paquetes básicos” deben estar cimentados –como se mencionó en la sección 5- en acciones con las que los proveedores están familiarizados. A partir de estas intervenciones adicionales, al lado de las cuales hay que contemplar las necesarias medidas adicionales (por ejemplo, capacitación en servicio, formación interdisciplinaria, logística específica).

- La oferta de servicios específicos durante las visitas a un determinado servicio de salud no es necesariamente indicativo de provisión directa y en algunos casos implica referencias. La decisión de la prestación directa de nuevos servicios, en vez de referir a los usuarios y usuarias, debe ser el resultado de un análisis cuidadoso de las condiciones existentes y la factibilidad de cualquiera de las dos opciones (intervención *in situ* o referencia) para cada servicio.
- La composición de un “paquete básico de servicios” depende de (1) las condiciones y capacidades existentes al momento de definirlo; (2) una visión clara de lo que puede lograrse en el corto y mediano plazo; y (3) el análisis de factibilidad sustentado en datos probatorios (evidencia).

Los principales “paquetes básicos” que pueden proponerse son los siguientes:

En VIH/ITS

1. Orientación y pruebas voluntarias de detección del VIH (con opción a aceptarla), pruebas de detección del VIH sugeridas por el proveedor (con opción a declinarla)
2. Tamizaje (sugeridas por el proveedor y con opción a declinarlo) y tratamiento de ITS tratables
 - 2.1. Protocolo especial para el HSH y transgénero, incluyendo localización extragenital de infecciones (faríngea, ano-rectal)
 - 2.2. Protocolo especial para profesionales del sexo, incluyendo localización extragenital de infecciones (faríngea, ano-rectal)
3. Prueba de detección de VIH y prueba de sífilis en embarazadas (sugeridas por el proveedor y con opción a declinarla)
4. Prevención de transmisión materno-infantil (para mujeres que viven con VIH), durante embarazo, parto y lactancia al pecho; en la mayoría

de los casos se ofrece en combinación con [3] y [8,2]; también considerar [5.1])

5. Atención especializada y tratamiento de infección por el VIH (incluido tamizaje/manejo clínico de coinfecciones); provisión de orientación y apoyo.)
 - 5.1. Protocolo especial para embarazadas
 - 5.2. Protocolo especial para niños

En sexualidad y salud sexual y reproductiva

6. Educación sexual integral (incluida la prevención de la infección por el VIH)
7. Orientación y apoyo en materia de sexualidad
 - 7.1. Protocolo especial para adolescentes (individual)
 - 7.2. Protocolo especial para personas que viven con VIH (individual)
 - 7.3. Parejas
 - 7.4. Manejo de la disfunción sexual (incluye manejo de disfunción eréctil [DE])
8. Planificación familiar y anticoncepción
 - 8.1. Protocolo especial para adolescentes
 - 8.2. Protocolo especial para las mujeres que viven con VIH
9. Atención prenatal (en muchos casos incluye [3] o [4])
10. Atención obstétrica (en muchos casos incluye [3] o [4])
11. Atención de complicaciones y secuelas de aborto incompleto o acceso a aborto seguro, donde lo permita la ley.
12. Atención integral a víctimas de violación y violencia (incluye curación de lesiones, profilaxis post-exposición de VIH/ITS, anticoncepción de emergencia, apoyo emocional, apoyo legal)

13. Tamizaje periódico/tratamiento de cánceres ginecológicos, particularmente cervical y de mama
 - 13.1. Necesidades especiales de las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres
14. Tamizaje periódico/tratamiento del cáncer de la próstata
 - 14.1 Protocolo especial para detección de problemas ano-rectales en HSH y transgénero
15. Asistencia de fecundidad y tecnologías sexuales/reproductivas
 - 15.1 Necesidades especiales de las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres, incluyendo maternidad asistida
16. Procesos de reasignación de género y tecnologías relacionadas (uso de hormonas, cirugía)

En el cuadro 6.1, los tres elementos indicados anteriormente de manera articulada definen un sistema donde espacios específicos ofrecen a poblaciones o grupos particulares ciertos “paquetes básicos de servicios”. El formato que este cuadro adoptaría en un país o localidad determinada depende del perfil epidemiológico, los espacios y paquetes de servicios preexistentes, los recursos disponibles y el nivel de integración que se haya conseguido hasta el momento entre SSR y VIH/ITS. A partir de esos elementos, las metas para la integración pueden determinarse a través de la consulta y discusión participativa con un grupo representativo de las partes interesadas (usuarios y usuarias, proveedores, personal administrativo, gerentes, etc.). Mientras que una propuesta de trabajo puede ser elaborada por un grupo técnico más bien restringido, un cambio final de políticas no debe hacerse sin la participación y compromiso explícito de un grupo ampliado con suficiente representación de todas las partes interesadas.

Cuadro 6.1. Matriz de espacios, poblaciones y grupos y “paquetes básicos de servicios” que sirven para definir la arquitectura de un sistema integrado de salud sexual y reproductiva y de prevención y atención de VIH/ITS

Etapas del ciclo de vida	Planificación familiar	Atención prenatal	Atención obstétrica	Consultorios de urología Gin/Ob	Servicios adolescentes y jóvenes	Atención primaria de ITS/VIH	Atención y TX de VIH	Servicios de urgencias	Sistema educativo y servicios de salud	Medios de difusión	Tecnología de comun.	Espacios públicos, prisiones, extensión	Organizaciones comunitarias
< 5 años		10, 4					5.2						
5-9 años							5.2	12	6				
10-19, hombres	1, 2, 7.1, 8.1 , 12			1, 2, 7.1, 8.1, 12	1, 2, 7.1 , 8.1, 12	1, 2/2.1 , 7.1, 8.2	5/ 5.2, 2	1, 12	6, 2/2.1 , 7.1, 8.1, 11, 12, 13.1	6, 7.1/ 7.2/7.3	6, 7.1/ 7.2/7.3	7.1	1, 2/2.1, 7.1, 8.1, 12
10-19, mujeres	1, 2/ 2.2, 7.1, 8.1 , 11.12	3, 4, 9	10, 3, 4 , 8.1/ 8.2	1, 2/ 2.2, 7.1, 8.1, 11, 12, 13.1	1, 2/ 2.2, 7.1 , 8.1, 11, 12, 13.1	1, 2/2.2 , 7.1, 8.2, 12	5/ 5.1/ 5.2 , 2, 7.2, 8.2	1, 11, 12	6, 2/2.1 , 7.1, 8.1, 11, 12, 13.1	6, 7.1/ 7.2/7.3	6, 7.1/ 7.2/7.3	7.1	1, 2/ 2.2, 7.1, 8.1, 11.12
20-49, hombres	1, 2, 7/7.3/7.4, 8 , 12			7.4, 14, 16		1, 2/2.1 , 7, 8.2, 12, 14	5, 2, 7.2 , 8.2	1, 12	6, 2/2.1, 7 , 8, 11, 12, 13.1	6, 7/ 7.2/7.3	6, 7/ 7.2/7.3	1, 2, 7, 12, 14	1, 2/2.1, 7/7.3/7.4, 8, 12
20-49, mujeres	1, 2, 7/7.3/7.4, 8 , 11.12	3, 4, 9	10, 3, 4, 8/ 8.2	7.4, 11, 12, 13/13.1, 15, 16		1, 2/2.2 , 7, 8.2, 12, 13	5/ 5.1, 2 , 7.2, 8.2	1, 11, 12	6, 2/2.1, 7 , 8, 11, 12, 13.1	6, 7/ 7.2/7.3	6, 7/ 7.2/7.3	1, 2, 7, 11, 12, 13	1, 2/2.2, 7/7.3/7.4, 8, 11.12
> 50 años				13/13.1, 14, 15		1, 2/2.1 , 7, 13, 14	5, 2, 7.2	1, 12	6, 2/2.1, 7 , 8, 11, 12, 13.1	6, 7/7.1/ 7.2/7.3	6, 7/7.1/ 7.2/7.3	1, 2, 7, 12, 13.14	1, 2/2.1, 7/7.4, 13, 14

** Números en negrita dentro de celdas indican el conjunto de servicios característicos/primarios proporcionados en ese ámbito específico

*** En cada espacio los servicios pueden prestarse directamente o mediante referencia a otros servicios

EJEMPLOS DE ALGORITMOS PARA LA ENTREGA DE LOS “PAQUETES BÁSICOS DE SERVICIOS”

EJEMPLO # 1

Población: Hombres adolescentes (10-19 años de edad), con discapacidades auditivas, y sordera total, residentes de área urbano-marginal.

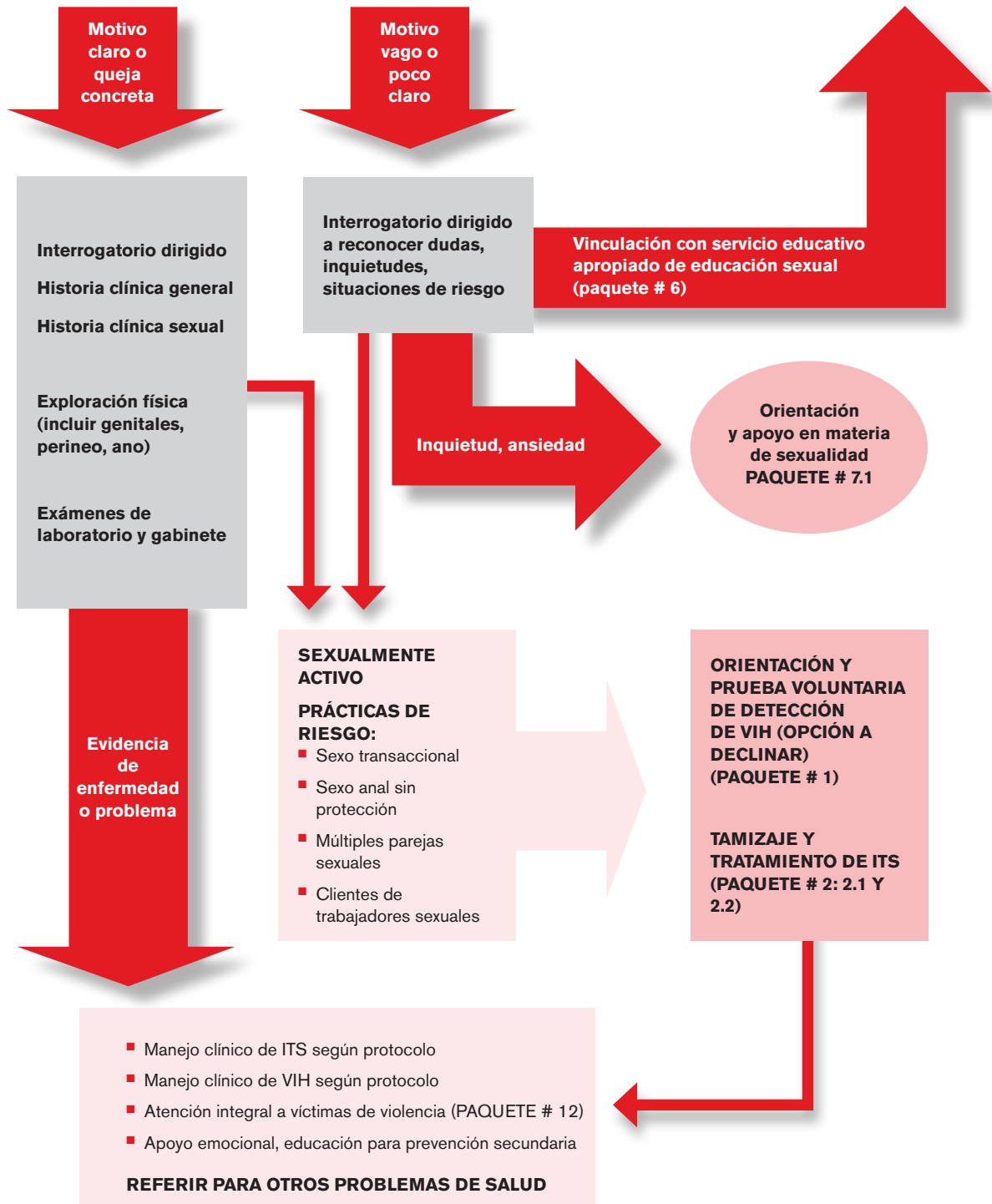
Espacio de atención de las necesidades: servicio de salud para adolescentes y jóvenes de una comuna urbana (delegación, distrito, zona)

Consideraciones: Bajos niveles educativos, limitaciones en la comunicación, temor al estigma (doble estigma si son HSH), creencias y prejuicios sociales, conocimientos limitados sobre prevención.



continúa

EJEMPLO # 1 (Continuación)



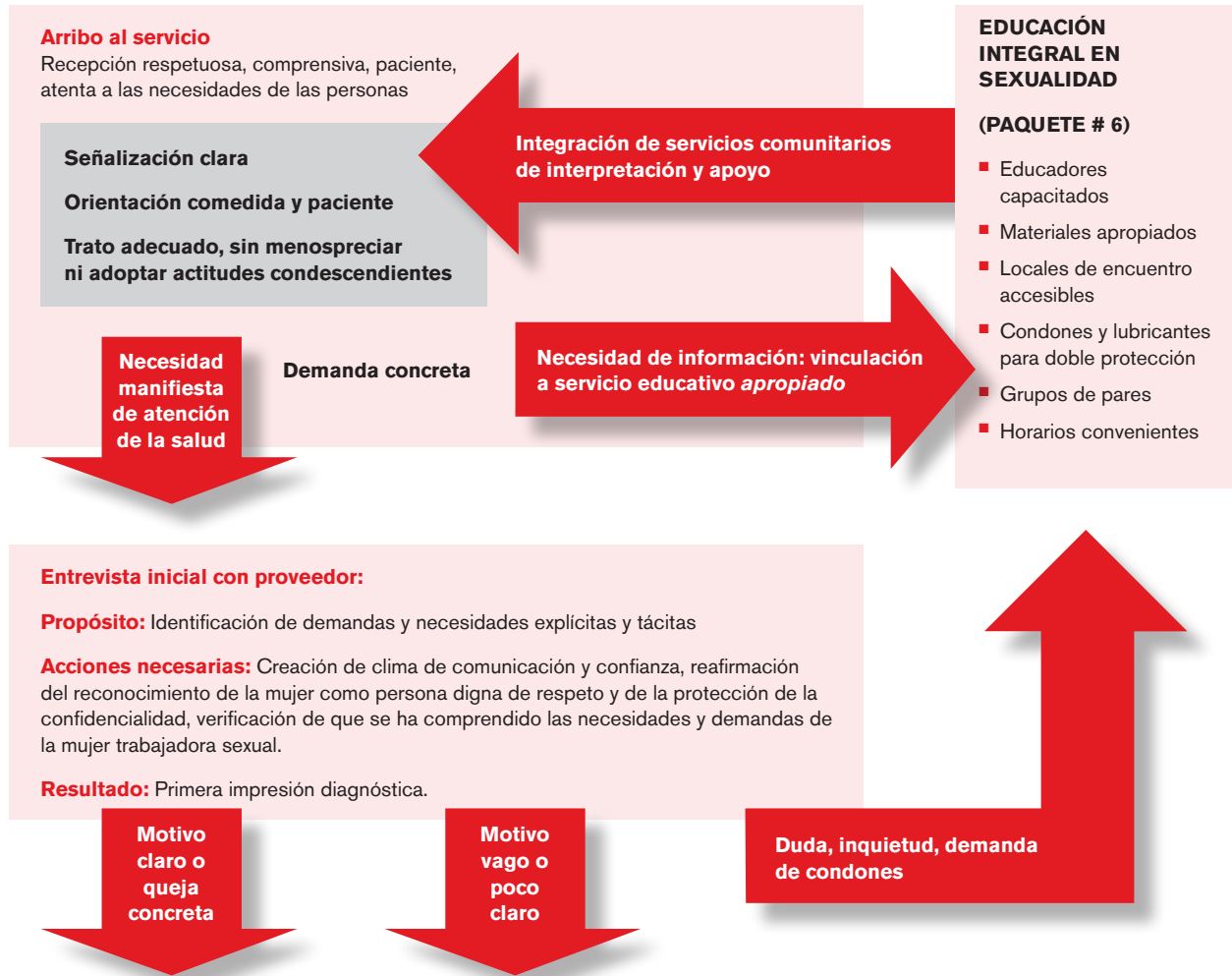
EJEMPLOS DE ALGORITMOS PARA LA ENTREGA DE LOS “PAQUETES BÁSICOS DE SERVICIOS”

EJEMPLO # 2

Población: Mujeres adultas (20-49 o más años de edad), cuya ocupación principal es el trabajo sexual en locales y en la calle en el centro de la ciudad capital, residentes de área urbano-marginal.

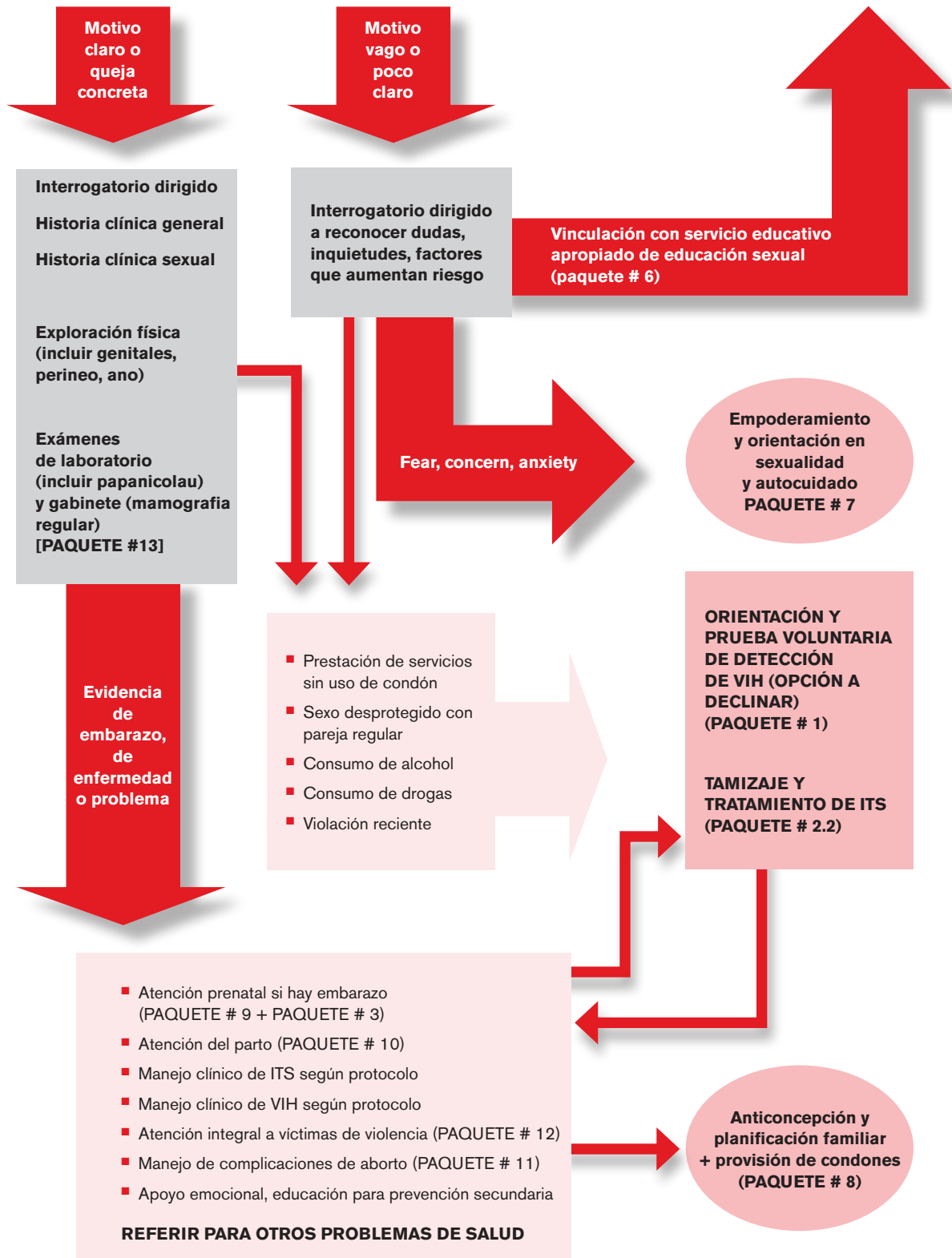
Espacio de Atención de las Necesidades: servicio de atención de ITS de una comuna urbana (delegación, distrito, zona).

Consideraciones: Bajos niveles educativos, necesidad de un ingreso regular, temor al estigma, la violencia, creencias y prejuicios sociales, limitado control en prevención por necesidades económicas.



continúa

EJEMPLO # 2 (Continuación)



Consideraciones Finales

- Un análisis exhaustivo de las fortalezas, debilidades y oportunidades que ofrecen los sistemas de salud para llevar a cabo la integración debe implementarse como punto de partida en todo proceso de creación de nexos interprogramáticos. La selección de una estrategia (vinculación, articulación integración parcial o total dependerá de las condiciones y capacidades de los sistemas.
- El paso de lo conceptual a lo operacional debe lograrse de manera eficiente y sin ocasionar tal descontrol que se obstaculice o paralice el funcionamiento de alguno de los programas o servicios en vías de integración.
- Es importante hacer una distinción clara entre integración y expansión sin foco. Esta última situación debe ser evitada a toda costa. De nada sirve incluir multiplicidad de acciones si no se logra efectividad, calidad y satisfacción de los usuarios.
- Es necesario mirar el entorno y aprovechar la existencia de otras iniciativas regionales o mundiales de integración para hacer más efectivo el esfuerzo de SSR y VIH/ITS. Esta integración puede, sin duda alguna, inscribirse dentro de las iniciativas de salud familiar y comunitaria y de renovación de la atención primaria.
- Debe considerarse la posibilidad de que se impacten negativamente los derechos a través de provisión incompleta, defectuosa o deficiente. La toma de decisiones libre e informada, la confidencialidad, el respeto, el trato digno, la protección contra el maltrato y la discriminación, así como el acceso a atención de la más alta calidad posible, deben contemplarse siempre y se debe intentar prevenir cualquier situación que no los garantice.



...179 países concordaron con el hecho de que la población y el desarrollo están íntimamente vinculados, así como también que el empoderamiento de las mujeres y la satisfacción de las necesidades de la población en materia de educación y de salud, incluida la salud reproductiva, son imprescindibles.



Anexo # 1

Hitos en la armonización de los esfuerzos en salud sexual y reproductiva, perspectiva de género y respuestas programáticas al VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

En la **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD)**, por sus siglas en inglés) 179 países concordaron con el hecho de que la población y el desarrollo están íntimamente vinculados, así como también que el empoderamiento de las mujeres y la satisfacción de las necesidades de la población en materia de educación y de salud, incluida la salud reproductiva, son imprescindibles. La definición de ICPD de salud reproductiva implica la noción de salud y bienestar sexual al aludir a la “capacidad de tener una vida sexual segura y satisfactoria”, junto con “la capacidad para reproducirse y la capacidad de decidir la sincronización y espaciamiento de los hijos”. El Programa de Acción toma en cuenta la prevención y atención de las ITS, incluido el VIH.

En la reunión de seguimiento al ICPD (**ICPD+5**), realizada en 1999, se expresó la necesidad de emprender acciones urgentes para hacer frente a la infección por el VIH. Entre las acciones clave para llevar el Programa de Acción a su culminación, se reiteran: la necesidad de brindar educación y servicios de atención de salud en el nivel primario a fin de prevenir la transmisión de ITS y VIH, especialmente entre los jóvenes en la franja de edad de 15 a 24 años (60).

De manera análoga, durante la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**, celebrada en Beijing en 1995, y en su reunión de seguimiento del año 2000 (**Beijing+5**) se reiteró la importancia de los derechos y el empoderamiento de las mujeres, según se estableciera un año antes en El Cairo. Estas dos plataformas de desarrollo convergen en su afirmación de los derechos humanos de las mujeres y el reconocimiento de que la resolución de los problemas más apremiantes del mundo exige la plena participación y empoderamiento de las mujeres del mundo (61). En esta reunión se explicitó además la necesidad de enfocar el tema de la infección por el VIH en el contexto del trabajo en salud sexual y reproductiva, así como el empleo de enfoques de género para hacer frente a la epidemia (62).

Los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, emanados de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas (2000), focalizan los esfuerzos de la comunidad mundial en el logro de mejoras considerables y cuantificables en las vidas de los pueblos del mundo. Los ODM están interrelacionados, y los esfuerzos estratégicos para alcanzarlos deben estar encaminados al logro simultáneo de todos ellos. De cualquier manera, siguen siendo el punto de partida, y no los pasos finales, para erradicar la pobreza, proteger los derechos humanos, y la seguridad humana y lograr el desarrollo sostenible. Los ODM están también estrechamente relacionados con los acuerdos alcanzados en ICPD e ICPD+5. La pobreza no puede y no podrá erradicarse si no se alcanzan las metas de ICPD. El acceso universal a la educación y a la atención de la salud reproductiva, incluyendo VIH/sida, es un paso crucial en los esfuerzos para erradicar la pobreza. Los derechos reproductivos son un elemento medular en el empoderamiento de las mujeres y en la igualdad y equidad de género. Alcanzar estas metas de ICPD allanará el camino hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (63).

El Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS), llevado a cabo en junio del 2001, plantea una respuesta integral nacional e internacional a la epidemia de VIH/sida. Basándose y respaldando las recomendaciones que sobre VIH/sida se plantearon en la ICPD y en la ICPD+5, los gobiernos participantes se comprometieron a: (1) prevenir que la epidemia siga propagándose; (2) reducir la transmisión materno-infantil; (3) entregar atención y cuidados integrales para aquellos ya infectados; (4) asegurar adelantos en investigación, especialmente una vacuna; y (5) aliviar la repercusiones del sida entre los más vulnerables, en particular los huérfanos por causa de la epidemia. Este encuentro, convocado al más alto nivel político, fue realizado con el objeto de intensificar acciones nacionales e internacionales para hacer frente la epidemia y para movilizar los recursos necesarios. Fue proclamado por el Secretario General como “un punto decisivo en la lucha contra la epidemia de VIH” (64).

En el año 2004, el FNUAP y el ONUSIDA convocaron una consulta de alto nivel sobre VIH/sida. Los participantes acordaron que el fortalecimiento de los vínculos entre los programas de VIH/sida y los de salud sexual y reproductiva es esencial el éxito de ambos en miras de contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los acuerdos se resumen en el documento conocido como **La llamada de Nueva York al compromiso: Vinculación de VIH/sida y salud sexual y reproductiva** (2004) (65).

Ese mismo año fue lanzado **El Llamado a la Acción de Glion sobre Planificación Familiar e infección por VIH en Mujeres y Niños** en el que se hace referencia explícita a la necesidad de fortalecer los nexos entre planificación familiar y la prevención de la transmisión del VIH de madre a infante (66).

En el año 2000, en la ciudad de Antigua, Guatemala, se llevó a cabo una reunión pionera sobre promoción de salud sexual, organizada conjuntamente por la OPS/OMS y la WAS (Asociación Mundial de Sexología, en la actualidad Asociación Mundial para la Salud Sexual, aunque mantiene las siglas originales en inglés).

En esta reunión se trataron aspectos de la atención integral, tales como la prevención, el tratamiento, la educación y la consejería dentro de servicios y programas orientados a abordar los problemas de salud sexual de las personas (incluyendo riesgo y vulnerabilidad aumentados por infecciones de transmisión sexual y VIH). La importancia de la sexualidad en los programas de salud, en particular en los de salud reproductiva, también se debatió ampliamente. El esfuerzo central estuvo dirigido a desarrollar un marco conceptual sobre la sexualidad y la salud sexual que posibilitara desarrollar estrategias para atender necesidades y demandas de la población en las áreas de SSR y de VIH/ITS de una manera integral (67).



Anexo # 2

Experiencias que reflejan esfuerzos significativos para integrar servicios de atención salud sexual y reproductiva con acciones para prevenir la infección por el VIH y otras ITS

En una consulta de la OMS sobre salud sexual, realizada en el año 2002, se revisaron varias experiencias positivas de vinculación de la salud sexual (y de prevención de la infección por el VIH) con programas y actividades de salud reproductiva, incluida una campaña de sensibilización dirigida a los encargados de la toma de decisiones. El objetivo de estas campañas era lograr una perspectiva más inclusiva de salud sexual y derechos sexuales en el trabajo en el área. Temas como salud pública, epidemia de VIH, violencia contra la mujer y salud sexual de los adolescentes se abordaron desde un punto de vista integral, incluyendo especificidad de género. A pesar de que el grupo de expertos procuró elaborar conclusiones que pudieran ser válidas para cualquier lugar del mundo, se enfrentaron con el hecho de que, para fines prácticos, éstas no podrían generalizarse dada la multiplicidad de perspectivas nacionales y regionales alrededor de la sexualidad y la salud sexual. Por ello, el grupo recomendó que todos los programas debieran basarse en los principios y fundamentos de los derechos humanos (68).

De manera análoga, la IPPF (Federación Internacional de Paternidad Planificada) elaboró una estrategia para integrar la sexualidad y la salud sexual dentro de los programas de salud reproductiva y de planificación familiar, que incluía, entre otras actividades, la transformación de los programas de planificación familiar en agencias de salud sexual en ciertos países del Caribe; así como el trabajo en violencia por razones de género, integración de salud sexual e infección por el VIH/sida e ITS en programas radiofónicos; y por último, la elaboración de pautas de trabajo, tanto en inglés como en español, para proveedores de atención de la salud (69).

Otra publicación conjunta del FNUAP, el UNODC, YouthNet y la OMS se basa en una consulta mundial realizada en 2003 en la que estos organismos, en colaboración con ONUSIDA, UNICEF y YouthNet, sobre la respuesta de los servicios de salud a las necesidades de prevención y atención de la infección por el VIH/sida entre jóvenes. Menciona concretamente las metas mundiales en materia de jóvenes y VIH/sida y el ICPD de 1994, en donde se reafirma el derecho de los adolescentes a recibir orientación, información, educación, comunicación y servicios. La publicación proporciona un panorama general de la evidencia disponible acerca de intervenciones integradas dentro de los servicios de salud que son importantes para alcanzar las metas mundiales en materia de jóvenes y VIH/sida: información y orientación o asesoría (consejería); reducción de riesgo a través del uso adecuado y sistemático del condón (es decir, el riesgo de embarazo o infección por ITS/VIH), así como la reducción de daños; y finalmente el diagnóstico, tratamiento y atención de las ITS y la infección por el VIH. Además, describe las estrategias clave para llevar a cabo estas intervenciones, incluida la necesidad de explorar y emprender enfoques integrados (70).

Bajo el formato de una serie de pautas, un documento de la OMS describe las recomendaciones clínicas y gerenciales para las mujeres que viven con VIH en lo que concierne a: planificación familiar, atención del

embarazo, parto y el posparto, la prevención de la transmisión de la infección de la madre al infante (PTMI), prevención y tratamiento de infecciones del tracto genital y manejo de otros problemas de salud sexual y reproductiva. Las guías utilizan la evidencia disponible en lo referente a la prestación de las intervenciones mediante nexos funcionales entre servicios VIH/sida y servicios de salud sexual y reproductiva (71).

Otro documento, elaborado por el comité regional de la OMS para África, busca formular orientación para esa región del mundo sobre cómo revitalizar el componente de planificación familiar de los programas nacionales de salud reproductiva para asegurar un enfoque integral que sirva para mejorar la salud materno-infantil en el contexto de los ODM. Los servicios de orientación (consejería) y pruebas voluntarias (OPV) para la detección de la infección por el VIH son vistos como puertas de entrada para la planificación familiar, en virtud de que la anticoncepción y los servicios de OPV son complementarios entre sí. La Planificación Familiar (PF) brinda la oportunidad de fortalecer OPV y esta a su vez puede fortalecer la PF al recalcar la función de protección dual de los condones en la prevención tanto de embarazos como de infección por el VIH (72).

En esta misma área, Pathfinder Internacional ha desarrollado un modelo para crear alianzas entre establecimientos y comunidades para la prevención de la transmisión de la madre al infante (PTMI), en el que se utilizan las lecciones aprendidas en materia de cuidado domiciliario brindado por miembros de la comunidad y programas de PTMI. El documento (73) recalca que la prevención eficaz depende de la mejora de los servicios de maternidad sin riesgo como un todo y no simplemente limitando PTMI a la oferta de OPV, entrega de antirretrovirales y de información sobre sucedáneos de la leche materna. Este enfoque más abarcador exige la implementación de mecanismos para crear los nexos entre los establecimientos y los recursos de la comunidad a fin de obtener una máxima repercusión en la salud materna e infantil.

Una estrategia clave para lograr el fortalecimiento de los nexos programáticos entre salud sexual y reproductiva y VIH e ITS ha sido el trabajo en el área de hombres y masculinidad y su relación con la salud sexual. En este tema, en septiembre del 2003 se llevó a cabo una conferencia convocada por el Grupo de Trabajo Interagencial sobre Género de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El informe abarca temas críticos como actitudes ante la masculinidad, estrategias de alcance para llegar a diferentes grupos destinatarios, y direcciones futuras para el trabajo en salud sexual y reproductiva con hombres (74).

El informe de la reunión incluye estudios de caso de programas en Nigeria, Sudáfrica y Pakistán. Los objetivos de la conferencia fueron aumentar el conocimiento de los participantes acerca de estrategias concretas y eficaces para trabajar con hombres en cuestiones de salud reproductiva desde una perspectiva de equidad de género; establecer el compromiso con la aplicación de estas estrategias; y promover el desarrollo de aptitudes y el acceso a las herramientas para aplicarlas. Entre los resultados de esta conferencia se encuentra una guía de ejecución de las estrategias eficaces concretas para colaborar con hombres en el desarrollo de programas y actividades de salud reproductiva.

Un documento clave relacionado con el anterior, resume los resultados de investigaciones y otra información programática intercambiada entre los participantes del simposio de Oaxaca de 1998 sobre la participación masculina en salud sexual y reproductiva, así como recomendaciones y acciones sugeridas en las sesiones plenarias, grupos de trabajo y planes de acción en el nivel nacional. El documento está organizado temáticamente para destacar los temas de masculinidad, sexualidad, ITS y VIH, violencia y paternidad, al mismo tiempo que se ilustran estas discusiones con experiencias preliminares (75). Otra bibliografía relevante se incluye para referencia de los lectores (76, 77).

UNICEF y el Population Council desarrollaron un documento particularmente útil, en el cual se presentan resultados clave de una evaluación de los proyectos piloto de PTMI apoyados por Naciones Unidas en once países. Esos resultados incluyen factibilidad y cobertura; factores asociados con la cobertura de los programas y retos para los mismos; incremento a escala de las actividades; y el caso especial de los países con bajas prevalencias. Las recomendaciones se refieren a aumento en la cobertura y provisión de orientación sobre nutrición del lactante; fortalecimiento del apoyo posnatal y seguimiento de las mujeres infectadas por el VIH y sus lactantes; asistencia con alimentación para el lactante y atención a las embarazadas infectadas por el VIH y sus familias; evaluación del programa; y expansión de programas de PTMI (78).

Por último, *SHARE-NET*, *PMA* (WFP, en inglés) y Stop AIDS Now (2004) prepararon un documen-

to para ampliar el conocimiento y la comprensión acerca de la necesidad de crear nexos entre las actividades de prevención de la infección por el VIH y el tratamiento y atención integral de PVVS con salud y derechos sexuales y reproductivos. Los capítulos explican brevemente los conceptos de género y sexualidad en virtud de que constituyen la base de la salud sexual y reproductiva, y encierran elementos causales o asociados con la susceptibilidad a la infección por el VIH. Se examinan también los principales convenios internacionales acerca de estos temas y se describe el contexto basado en derechos que es necesario para la integración eficaz. Este documento también aborda amenazas y oportunidades identificadas para lograr la vinculación e integración en ambos campos y concluye con recomendaciones puntuales sobre cómo garantizar integración eficaz de salud sexual y reproductiva y derechos con HIV (79).

8



Referencias bibliográficas

(Incluye los anexos)

- 1 Definiendo la salud sexual. Informe de una consulta técnica sobre salud sexual 28–31 de enero de 2002, OMS, Ginebra. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexualhealth/index.html>.
- 2 Marilyn Lauglo. *La salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes: Oportunidades, métodos y opciones*. Documento de trabajo de OPS, mayo de 2007.
- 3 *Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción*. WAS y OPS, 2000
- 4 Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas". OPS, 2003.
- 5 *Jóvenes: opciones y cambios. Elementos para la toma de decisiones*. OPS, 2006.
- 6 Guttmacher Institute 2006, 'Early Childbearing in Nicaragua: A Continuing Change', In Brief 2006 Series, No. 3; Guttmacher Institute 2006, 'Early Childbearing in Honduras: A Continuing Change', In Brief 2006 Series, No. 4; Guttmacher Institute, 2006, 'Early Childbearing in Guatemala: A Continuing Change', In Brief 2006 Series, No. 5.
- 7 <http://www.salud.gob.mx/conasida/pdf/declaracion.pdf>.
- 8 Sexual-Reproductive_Health-HIV_Integration_FactSheethttp://hiv-&prevention.org/docs/topics/sexual-Reproductive_Health-HIV_Integration_FactSheet.pdf
- 9 Baker-Duncan N, Dancer J, Gentry B, et al. Deaf adolescents' knowledge of AIDS. Grade and gender effects. *American Annals of the Deaf*. 1997;142:368-372.
- 10 Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document. World Association for Sexual Health. *International Journal of Sexual Health*. Vol. 20, Supplement 1, 2008
- 11 *Report of the International Conference on Population and Development*, Cairo, September, 1994. New York, NY: United Nations, 1995.
- 12 Miller, Alice M. (2000) "Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights." *Health and Human Rights* 4(2): 68-109.
- 13 Boyce PM, Huang Soo Lee C, Jenkins, et al. (2007). Putting sexuality (back) into HIV/AIDS: Issues, theory and practice. *Global Public Health* 2(1):1-34.
- 14 Lush L, Cleland J, Walt G & Mayhew S. (1999) Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organisation*.
- 15 R. Dixon-Mueller. 1993. The Sexuality Connection in Reproductive Health Studies in *Family Planning* 23: 5 330 – 35.
- 16 SIECUS. *Making the Connection: Sexuality and Reproductive Health*. <http://www.siecus.org/pubs/cnct/cnct0000.html>.
- 17 Klugman B Locating and linking Sexuality in Development and Human rights. in *The International Journal of Sexual Health*. Volume 19(3) 2007. The Harworth Press
- 18 Higgins, J.A., Hirsch, J.S. The Pleasure Deficit: Revisiting the "Sexuality Connection" in Reproductive Health. *International Family Planning Perspectives*. Volume 33, Number 3, September 2007.
- 19 UNFPA, 2007 <http://www.unfpa.org/rights/approaches.htm>
- 20 La Constitución de la Organización Mundial de la Salud fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19 de junio al 22 de julio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud, no. 2, p. 100) y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no se ha modificado desde 1948. Véase también el documento técnico CD47/15 del Consejo Directivo de la OPS ("La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados") de Agosto 16 del 2006, , 47º Consejo Directivo, OPS, Washington D.C., p. 10-15. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>.
- 21 Gostin LO, Gable L., The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: a Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health [Los Derechos Humanos de las Personas con

- Discapacidades Mentales: una Perspectiva Global sobre la Aplicación de los Principios de Derechos Humanos a la Salud Mental], Maryland L Rev., 2004; 63:27. Ver también Lawrence O. Gostin and Zita Lazzarini, Human Rights and Public Health In the AIDS Pandemic [Derechos Humanos Y Salud Publica en la Pandemia del Sida] 43-49 (1997)
- 22 Comisión de Derechos Humanos, 60 Período de Sesiones, Tema 10 del programa provisional, E/ CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004, informe del Relator Especial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, p. 18.
- 23 WHO, (2002a) Working Definitions. Retrieved 20 January, 2006 from World Health Organization: http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html
- 24 WAS (1999) Declaration of Sexual Rights. <http://www.worldsexology.org/>
- 25 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012, 1-5 de octubre de 2007, Objetivo Estratégico 7.
- 26 The Global Survey on Disability and AIDS. Yale University and the World Bank.
- 27 The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries: A systematic review: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=jl-17-04>
- 28 Cáceres, C. La pandemia del Sida en un mundo globalizado: vulnerabilidad, subjetividad y los diálogos entre salud pública y los nuevos movimientos sociales. En Cáceres C; Cueto M; Ramos M; Vallenias coord. *La salud como derecho ciudadano perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2003. pp 195-206.
- 29 Bronfman M, Uribe P, Halperin D. & Herrera C. Mujeres al borde...Vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México. En: Muñón E, ed. *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración (Belice, Guatemala, Estados Unidos y México)*. México, DF.: El Colegio de la Frontera Norte/El Colegio de la Frontera Sur/El Colegio de Sonora/Plaza y Valdés Editores, 2001. p. 15-31.
- 30 Cáceres C. Dimensiones sociales relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola-Licea JA (Editor). *El SIDA en América Latina y el Caribe. Una visión multidisciplinaria*. México, D.F.; México. Fundación Mexicana para la Salud, A.C; 1999. pp. 217-246.
- 31 *SexPolitics: Reports from the Front Lines*. Edited by Parker R, Petchesky R, Sember R. Rio de Janeiro, 2007, Sexuality Policy Watch.
- 32 Turmen T., Gender and HIV/AIDS, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Sept 2003 Vol.82 (3):411-8.
- 33 Aggleton, P; Parker, R; y Maluwa M. Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin American and the Caribbean. Washington D.C. Inter-American Development Bank. 2003. <http://www.iadb.org/sds/doc/soc130stigma%5fand%5FAIDS.pdf>
- 34 United Nations. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 25-27 June 2001*. New York: United Nations, 2001.
- 35 UNFPA, FAO, WHO, ILO, UNESCO. Male involvement in reproductive health: Incorporating gender throughout the life cycle. Technical Support Services System: Occasional Paper Series No. 1. June 1998
- 36 SIECUS, 1998. *Right from the start: Guidelines for sexuality issues*. SIECUS. New York.
- 37 Ley sobre la Maternidad de la Mujer Trabajadora., Decreto-Ley No. 234, agosto 13, 2003.
- 38 United Nations (2001), "UNGASS Declaration: Resolution adopted by the General Assembly; Declaration of Commitment on HIV/AIDS".
- 39 Avert. Preventing mother to child transmission worldwide. <http://www.avert.org/pmtct-hiv.htm> Accessed April 2008).
- 40 Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels. http://www.guttmacher.org/pubs/ib_2-02.html. Accessed March 2009)
- 41 Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi- Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med.* 2005 Nov;2(11):e298. Erratum in: *PLoS Med.* 2006 May;3(5):e298
- 42 Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007 Feb 24;369(9562):643-56
- 43 Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet.* 2007 Feb 24;369(9562):657-66.
- 44 Auvert B, Sobngwi-Tambekou J, Cutler E, Nieuwoudt

- M, Lissouba P, Puren A, Taljaard D. *J Infect Dis.* 2009 Jan 1; 199(1):14-9.
- 45 http://www.childtrauma.org/ctamaterials/infant_abuse.asp
- 46 American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 2005; 116-510-512.
- 47 Villarreal, Marcela. 1998. *Fecundidad adolescente: temas socioculturales e implicaciones programáticas*, Roma, FAO.
- 48 Schutt-Aine, J y Maddaleno M. (2004) *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y juventud en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*.
- 49 Szekeres G. (2000) la infección por el VIH/sida en la adolescencia. The Body. <http://www.thebody.com/content/treat/art2569.html>.
- 50 Kirby, D.; Emerging Answers. Resultados de investigación sobre programas para reducir embarazo de adolescentes y enfermedades de transmisión sexual.
- 51 Druce N. and Dickinson C. (2006) *Strengthening linkages for sexual and reproductive health, HIV and AIDS: progress, barriers and opportunities*. DFID. London).
- 52 Lush, Cleland J, Walt G, Mayhew S (1999). Integración de salud reproductiva: el mito e ideología. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*.
- 53 Caucus for evidence-based prevention. *Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS*.
- 54 http://data.unaids.org/pub/Agenda/2008/20081022_linkages_evidence_review_final_en.pdf.
- 55 Lule, E. Strengthening the Linkages between Reproductive Health and HIV/AIDS Programs. The World Bank. Draft document.
- 56 Linkages: Evidence Review and Recommendations, IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA y OMS 2008.
- 57 POLICY Project (2004) An Analysis of family planning contents in HIV/AIDS, VCT, and PMTCT policies in 16 countries.
- 58 <http://www.hivandsrh.org/videoconference/forumday11.php>.
- 59 Organización Mundial de la Salud. *Indicadores de salud reproductiva para la vigilancia mundial. Informe de una reunión técnica interinstitucional*. 9-11 de abril de 1997. OMS/RHT/HRP/97.27
- 60 <http://www.unfpa.org/icpd/summary.htm>; <http://www.unfpa.org/icpd/icpd5.htm>.
- 61 <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/index.html>.
- 62 <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing%2B5.htm+beijing+women+conference+HIV/AIDS&hl=es&ct=clnk&cd=1>.
- 63 <http://www.un.org/millenniumgoals/>.
- 64 <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Goals/UNGASS/>
- 65 http://www.unfpa.org/publications/detail_cfm?ID=195&filterListType=
- 66 http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_fil/333_filename_glion_call_to_action.pdf
- 67 <http://www.paho.org/English/HCP/HCA/PromotionSexualHealth.pdf>
- 68 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexualhealth/defining_sh.pdf
- 69 http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159247_8.pdf
http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080923_linkages_haiti_en.pdf
- 70 <http://www.who.int/reproductive-health/>.
- 71 http://www.who.int/reproductive-health/docs/srhwomen_hiv aids/index.html
- 72 WHO Regional Committee for Africa; 54th session (AFR/RC54/11 Rev. 1) -*Repositioning family planning in reproductive health services: Framework for action, 2005-2014*. Regional Office for Africa. 2004.
- 73 http://www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Publications_Technical_Guidance_Series
- 74 (http://synkronweb.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/grm0903_global_conference_reaching_men.pdf)
- 75 <http://www.poline.org/docs/1356/153978.html>
- 76 <http://www.igwg.org/pubstools/systemaetizing/system-method.htm>
- 77 http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/170_filename_partnering.pdf
- 78 <http://www.popcouncil.com/pdfs/horizons/pmtctunicefevalovrvw.pdf>
- 79 http://www.share-net.nl/assets/images/lobby_paper_integr_AIDS_and_SRH.pdf



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third St., N.W.
Washington, D.C. 20037

www.paho.org



EMBAJADA DE NORUEGA



9 789275 330777