

Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH

Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH

Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH [Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV]

ISBN 978-92-4-354999-6

© Organización Mundial de la Salud, 2017

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante”.

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH [Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias: Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, 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. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in Switzerland

Contenido

Agradecimientos	v
Abreviaturas y siglas	vii
Resumen ejecutivo.....	ix
Lista resumida de las recomendaciones de la OMS para la salud sexual y reproductiva y los derechos (SDSR) de las mujeres que viven con VIH	xii
Lista resumida de las declaraciones de buenas prácticas de la OMS relativas a la salud sexual y reproductiva y los derechos (SDSR) de las mujeres que viven con VIH.....	xvii
Capítulo 1. Introducción	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Público destinatario	2
1.3 Alcance.....	3
1.4 Enfoque y principios rectores.....	4
1.5 Valores y preferencias de las mujeres que viven con el VIH	8
Capítulo 2. Metodología y proceso de elaboración de la directriz.....	10
2.1 Grupos de trabajo para la formulación de la directriz	10
2.2 Otros colaboradores clave	11
2.3 Declaración de intereses por parte de los colaboradores externos.....	11
2.4 Definición del alcance y las áreas temáticas de las nuevas recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas	12
2.5 Examen de los datos de investigación y formulación de las recomendaciones	12
2.6 Toma de decisiones por el GFD durante la elaboración de la directriz.....	14
2.7 Compilación y presentación del contenido de la directriz	14
Marco de recomendaciones de la OMS y declaraciones de buenas prácticas para avanzar en la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres que viven con VIH	17
Capítulo 3. Creación de un entorno propicio: recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas.....	18
3.1 Aplicación de un marco socioecológico para definir un entorno propicio para la SDSR de las mujeres que viven con el VIH.....	20
3.2 Estrategias esenciales para crear y sostener un entorno propicio.....	21
Capítulo 4. Intervenciones sanitarias: recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas.....	49
4.1 Orientación y apoyo en materia de salud sexual	49
4.2 Servicios para atender la violencia contra las mujeres	55
4.3 Servicios de planificación familiar y de infertilidad.....	59
4.4 Servicios sanitarios de atención prenatal y materna.....	65
4.5 Servicios de aborto sin riesgos	72
4.6 Servicios de infecciones de transmisión sexual y cáncer de cuello uterino)	75

Capítulo 5. Entrega de servicios y aplicación de las directrices.....	80
5.1 Reseña general	80
5.2 Reformas clave de la entrega de servicios	82
5.3 Consideraciones clave al proporcionar servicios para mujeres que viven con VIH	85
5.4 Comprender la epidemiología local del VIH y las ITS	88
Capítulo 6. Elaboración de la agenda de investigación	90
6.1 Definición de consideraciones de investigación prioritarias para fortalecer la base de evidencia	90
6.2 Hacia un enfoque apropiado para la investigación en SDR	92
Capítulo 7. Difusión, aplicabilidad y actualización de la directriz y las recomendaciones	94
7.1 Difusión.....	94
7.2 Aplicabilidad.....	95
7.3 Actualización de la directriz.....	96
Bibliografía	98
Anexo 1. Expertos externos y personal de la OMS involucrado en la preparación de esta directriz	110
Anexo 2. Resumen de las declaraciones de interés de los integrantes del Grupo de Formulación de la Directriz (GFD) y cómo se las gestionó	115
Anexo 3. Preguntas prioritarias y resultados de las intervenciones identificadas para esta directriz	118
Anexo 4. Revisiones sistemáticas y bibliográficas	119
Anexo 5. Dictámenes del Grupo de formulación de directrices (GFD) sobre las nuevas recomendaciones.....	121

Suplemento de la Web: Recomendaciones de la OMS sobre los DSR de las mujeres que viven con VIH: base de evidencia

Los criterios normalizados utilizados para calificar la evidencia y las tablas de GRADE han sido publicadas en este suplemento aparte en la Web. El suplemento se encuentra disponible en línea en:
www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

Agradecimientos

Comité Directivo de la OMS para la formulación de directrices

Los siguientes funcionarios de la OMS colaboraron en la elaboración de las presentes directrices en su calidad de miembros del Comité Directivo para la Elaboración de Guías: **Avni Amin** (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas [RHR]), **Rachel Baggaley** (Departamento de VIH/SIDA); **John Beard** (Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida [ALC]); **Ana Pilar Betrán Lazaga** (Departamento de RHR); **Francoise Bigirimana** (Oficina Regional de la OMS para África), **Sonja Caffè** (Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud [ORA/OPS]); **Rebekah Bosco Thomas** (Equipo de Género, Equidad y Derechos Humanos); **Nathalie Broutet** (Departamento de RHR); **Tarun Dua** (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias [MSD]); **Shaffiq Essajee** (Departamento de VIH/SIDA); **Jane Ferguson** (Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente [MCA]); **Mario Festin** (RHR); **Bela Ganatra** (Departamento de RHR); **Claudia García Moreno** (Departamento de RHR); **Fahmy Hanna** (Departamento de MSD); **Rajat Khosla** (Departamento de RHR); **Gunta Lazdane** (Oficina Regional de la OMS para Europa); **Ramez Mahaini** (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental); **Léopold Ouedraogo** (Oficina Regional de la OMS para África); **Razia Pendse** (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental); **Sheryl van der Poel** (Departamento de RHR); **Joanna Vogel** (MCA).

Grupo de formulación de directrices (GFD)

Pascale Allotey (Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Monash de Malasia, Malasia); **Elham Atalla** (Centro de Salud Al Hoor, Centro de Salud Arad, Ministerio de Salud, Reino de Bahrein), **Susan Bewley** (Centro Académico de Salud de la Mujer, King's College Londres, Reino Unido); **Shalini Bharat** (Escuela de Estudios sobre Sistemas de Salud, Instituto Tata de Ciencias Sociales, India); **Elizabeth Bukusi** (Co Presidenta), Instituto de Investigaciones Médicas de Kenia, Kenia); **Caroline Phiri Chibawe** (Salud de la Madre y el Niño, Ministerio de Salud, Zambia); **Sophie Dilmitis** (Comunidad Internacional de Mujeres que viven con el VIH, Zimbabwe); **Raoul Franssen-dos Santos** (Apoyo Internacional a la Sociedad Civil, Países Bajos); **Selma Hajri** (Red Africana del Aborto Médico, [ANMA], Túnez); **Maurice Hiza** (Sección de Salud Reproductiva y del Niño, Ministerio de Salud y Bienestar Social, República Unida de Tanzania); **Mona Loutfy** (Instituto de Investigaciones del Colegio de Mujeres, Hospital Women's College, Universidad de Toronto, Canadá); **Chisale Mhango** (Colegio Real de Ginecología y Obstetricia, Colegio de Medicina, Malawi); **Glen Mola** (Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Papua Nueva Guinea); **Rejoice Nkambule** (Servicios de Salud Pública, Ministerio de Salud, Suazilandia); **Vera Paiva** (Grupo Interdisciplinario para la Prevención del SIDA [NEPAIDS], Universidad de São Paulo, Brasil); **Quach Thi Thu Trang** (Centro de Iniciativas Creativas en materia de Salud y Población [CCIHP], Viet Nam); **Paul Van Look** (Vicepresidente), Consultor independiente, Suiza); **Alice Welbourn** (Salamander Trust, Reino Unido); **Anandi Yuvaraj** (Consultor independiente, India).

Colaboradores de las revisiones sistemáticas y las revisiones narrativas para la Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE)

Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos de América: **Caitlin Kennedy and team**: **Laura Beres**, **Virginia Burke**, **Stephanie Caldas**, **Elisabeth Chop**, **Avani Duggaraju**, **Angela Flignor**, **Sabina Haberlen**, **Sophie Morse**, **Shristi Pandey**, **Caitlin Payne**, **Jennifer Robinson**, **Haneefa Saleem**, **Alana Teman** y **Ping Teresa Yeh**.

Experta en Metodología, epidemióloga clínica independiente, Sudáfrica: **Nandi Siegfried**.

Grupo de Revisión Externo (GRE)

Georgina Caswell (Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, Reino Unido); **Eli Coleman** (Universidad de Minnesota, Estados Unidos); **Tyler Crone** (Red ATHENA, Estados Unidos); **Cecilia Chung** (Red Mundial de Personas que viven con el VIH, Estados Unidos); **Faysal El-Kak** (Universidad Americana de Beirut, Líbano); **Asha George** (Universidad del Cabo Occidental, Sudáfrica); **Quarraisha Abdool Karim** (Centro para Investigación del SIDA en Sudáfrica [CAPRISA],

Sudáfrica); **Robert Leke** (Universidad de Yaoundé, Camerún); **Svetlana Moroz** (Grupo de Mujeres Eurasiáticas sobre el SIDA, Ucrania), **Nelly Mugo** (Hospital Nacional de Kenia, Kenia); **Wanjiru Mukoma** (LVCT Salud, Kenia); **Hajjarah Nagadya** (Comunidad Internacional de Mujeres con VIH/SIDA [ICW] África Oriental, Uganda); **Francis Ndowa** (Consejo Directivo del Hospital Central de Harare, Zimbabue); **L'Orangelis Thomas Negrón** (Red de Jóvenes Positivos de América Latina y el Caribe, Panamá); **Eugene Ngoga** (Universidad de Ruanda, Ruanda); **Hiroshi Obara** (Centro Nacional para la Salud Mundial y Medicina, Japón); **Hamid Rushwan** (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], Sudan), **Aditi Sharma** (ICW, India), **Martha Tholanah** (ICW, Zimbabue), **Ruth Morgan Thomas** (Red Mundial de Proyectos sobre Trabajo Sexual [NSWP], Reino Unido), **Rita Wahab** (Mujeres que viven con el VIH en el Medio Oriente [MENA Rosa], Líbano).

Representantes de organismos de las Naciones Unidas y otros colaboradores externos

El Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria ((GFATM, por su sigla en inglés):

Kate Thomson (ONUSIDA)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH-ONU): **Ruben Brouwer**, **Lucinda O'Hanlon**

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): **Lynn Collins**, **Petra ten Hoop-Bender**

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID): **Shawn Malarcher**, **Nithya Mani**, **Jen Mason**.

Personal de la OMS y consultores

Consultores de la OMS: un agradecimiento especial para **Laura Beres**, de la Universidad Johns Hopkins;

Elizabeth McGrory, consultora independiente; y **Luisa Orza**, de la Red ATHENA, quienes contribuyeron a la redacción, coordinación e investigación de las directrices, y también a **Sofía Gruskin** y **Shubha Kumar**, del Instituto para la Salud Global de Universidad del Sur de California, quienes estuvieron a cargo del examen de las cuestiones relativas a los derechos humanos.

Se agradece también en especial a **Philippa Easterbrook**, **Susan Norris** y **Charles Penn** (Secretaría del Comité de Examen de Directrices de la OMS), quienes orientaron y apoyaron varias etapas de la confección de las directrices.

El apoyo administrativo de la OMS fue brindado por **Natalie Maurer** y **Jane Werunga-Ndanareh**, y el apoyo en materia de comunicación, por **Catherine Hamill**, **Lizzy Noble** y **Christine Meynent**. **Jane Patten** se ocupó de la edición técnica, y **Christel Chater** estuvo a cargo del diseño y la diagramación, en nombre de Green Ink, Reino Unido.

Coordinación general

Manjulaa Narasimhan coordinó el proceso general de elaboración de las directrices bajo la supervisión de **James Kiarie** e **Ian Askew** (OMS/Departamento de RHR).

Financiación

El Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) dieron apoyo financiero para la elaboración de las directrices.

Abreviaturas y siglas

AIC	Anticonceptivos inyectables combinados
AIPS	Anticonceptivo inyectable de progestina sola
AOC	Píldoras anticonceptivas orales combinadas
ARV	Antirretrovírico (medicamento)
CBS	Comunicación breve acerca de la sexualidad
CCC	Comunicación para lograr cambios de comportamiento
CED	Comité de Examen de Directrices
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas)
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CME	Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (publicación de la OMS)
DBP	Declaración de buenas prácticas
DDI	Declaración de intereses
DMPA	Acetato de medroxiprogesterona depósito
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
ECV	Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS
EIP	Enfermedad inflamatoria pélvica
EIS	Educación integral sobre la sexualidad
ETG	Etonorgestrel
ETMH	Eliminación de la transmisión maternoinfantil (de la madre al hijo)
FWC	Departamento de la OMS para la Salud de la Familia, la Mujer y el Niño
GDD	Grupo de Orientación sobre Guías (OMS)
GER	Género, Equidad y Derechos Humanos (equipo de la OMS)
GFD	Grupo de formulación de directrices
GNL	Levonorgestrel
GRADE	Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones
GRE	Grupo de Revisión Externo
GVPS	Encuesta Mundial de Valores y Preferencias
HMIS	Sistemas de información de gestión de la salud
HP	Hemorragia puerperal
HRP	Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana
HSH	Hombres que tienen relaciones homosexuales
IAP	Investigación-acción participativa
IAR	Infeción del aparato reproductor
ICE	Información, comunicación y educación
INNTI	Inhibidores no nucleosídicos/nucleotídicos de la transcriptasa inversa
INTI	Inhibidor nucleosídico/nucleotídico de la transcriptasa inversa
IPS	Inyectables de progestina sola (IPS)
ITS	Infeción de transmisión sexual
IVVA	Inspección visual con ácido acético
MCA	Departamento de la OMS para la Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente
MGF	Mutilación genital femenina

mhGAP	Programa de acción para superar la brecha en salud mental (OMS)
mhGAP-IG	Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (publicación de la OMS)
MNS	Mental, neurológico y abuso de sustancias
MSD	Departamento de la OMS para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias
MVVIH	Mujeres que viven con el VIH
NET-EN	Enantato de noretisterona
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OHCHR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PF	Planificación familiar
PICO	Población, intervención, comparador, resultados
PMNCH	Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPE	Profilaxis previa a la exposición
PPS	Píldoras de progestina sola
PSMS	Participación significativa de las mujeres con VIH y SIDA
PTMH	Prevención de la transmisión de madre a hijo
PVH	Papiloma virus humano
REC	Recomendación
RHL	Biblioteca de Salud Reproductiva (OMS)
RHR	Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (departamento de la OMS)
RPS	Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (Publicación de la OMS)
SDSR	Salud y derechos en materia de sexual y reproductiva o Salud sexual y reproductiva y derechos afines
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SRMNI	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil
SSR	Salud sexual y reproductiva
M y E	Monitorización y evaluación
TB	Tuberculosis
TPP	Tratamiento periódico presuntivo
TRA	Tratamiento con antirretrovirales
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VBG	Violencia de género o violencia basada en el género
VCM	Violencia contra la mujer
VHS	Virus de herpes simple
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPI	Violencia de la pareja íntima

Resumen ejecutivo

La infección por el VIH no es solo producto de la desigualdad de género, sino que a su vez la afianza, dejando a las mujeres mucho más vulnerables a sus efectos. Brindar intervenciones de salud sexual y reproductiva a las mujeres que viven con el VIH que se apoyen en los principios de igualdad de género y derechos humanos puede incidir positivamente en su calidad de vida; además, constituye un avance hacia una mejora del estado de salud de la población y la equidad a largo plazo.

Introducción

Se calcula que en 2015 había en el mundo 17,8 millones de mujeres de 18 años o mayores infectadas por el VIH, cifra que equivale al 51% de los adultos que viven con VIH. Las adolescentes y las jóvenes se ven especialmente afectadas; en 2015 constituían el 60% de los individuos entre 15 a 24 años de edad que vivían con el VIH, representando también el 58% de las infecciones por el VIH de adquisición reciente en los jóvenes de ese grupo de edad. En muchos países las mujeres que viven con el VIH carecen de acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad, y enfrentan muchas formas de estigma y discriminación que se entrecruzan. Más aun, estas mujeres son desproporcionadamente vulnerables a la violencia, en particular las violaciones de sus derechos sexuales y reproductivos.

En los 10 años transcurridos desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006 publicara *Salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH/SIDA: directrices para la atención, el tratamiento y el apoyo a las mujeres que viven con VIH/SIDA y sus hijos en contextos de recursos limitados* se han producido muchos cambios significativos en las políticas, la investigación y las prácticas relacionadas con el VIH. Estos cambios incluyen la rápida expansión de la terapia antirretroviral (TAR) y la emisión de las recomendaciones de la OMS en 2015 de ofrecer TAR inmediatamente a todas las personas que viven con VIH, y ofrecer una profilaxis previa a la exposición (PPE) a individuos con un riesgo considerable de infección por VIH como una opción de prevención adicional. Dada la importante diferencia de alcance, en lugar de verla como una actualización de las directrices de 2006, el Comité de Revisión de Guías de la OMS consideró a esta guía como una presentación nueva. Esta guía responde a solicitudes de organizaciones, instituciones e individuos que reclaman una orientación que consolide las recomendaciones existentes específicamente diseñadas para las mujeres que viven con VIH, junto con nuevas recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas. Se espera que sirva de respaldo a los trabajadores de salud que están en la primera línea, a los directores de programas y a los responsables de las políticas de salud pública de todo el mundo, permitiéndoles mejorar su enfoque de la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres que viven con VIH.

El punto de partida de esta guía es el momento en que una mujer se entera que vive con el VIH y, por ende, abarca cuestiones clave para proporcionar servicios integrales de salud sexual y reproductiva y derechos afines (SDSR) y apoyo a las mujeres que viven con VIH. Dado que las mujeres que viven con VIH enfrentan desafíos singulares y padecen violaciones de sus derechos humanos en materia de sexualidad y reproducción en el seno de sus familias, comunidades y en las dependencias sanitarias donde se atienden, se hace especial énfasis en la creación de un entorno propicio que apoye intervenciones de salud más eficaces y mejore los resultados sanitarios.

Esta directriz tiene por objeto ayudar a los países a planificar, desarrollar y supervisar más eficaz y eficientemente los programas y servicios que promueven la igualdad de género y los derechos humanos para hacerlos más aceptables y apropiados para las mujeres que viven con VIH, teniendo en cuenta el contexto epidemiológico nacional y local. En ella se abordan los problemas de aplicación a considerar en las intervenciones de salud y la prestación de servicios, para lograr la igualdad de género y apoyar los derechos humanos.

La directriz tiene como objetivo proporcionar:

- **Recomendaciones basadas en la evidencia** para SDSR de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad, con especial atención a los contextos en los que el sistema de salud tiene capacidad y recursos limitados; y
- **Declaraciones de buenas prácticas** sobre cuestiones clave operativas y relacionadas con la prestación de servicios que es preciso abordar para: (i) aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), su

aceptación y la calidad de sus resultados; (ii) mejorar los derechos humanos y (iii) promover la igualdad de género para las mujeres que viven con VIH.

Un enfoque centrado en la mujer

Los servicios de salud centrados en la mujer se basan en un enfoque de la atención de la salud que adopta conscientemente las perspectivas de las mujeres, sus familias y comunidades. Esto significa que los servicios de salud consideran a las mujeres como beneficiarias y participantes activas de sistemas de salud confiables que responden a las necesidades, derechos y preferencias de las mujeres de manera humana y holística. El cuidado se presta respetando la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones que conciernen a su salud; los servicios deben ofrecer información y opciones que permitan a las mujeres tomar decisiones informadas. Las necesidades y perspectivas de las mujeres, sus familias y comunidades son fundamentales para la prestación de atención y para el diseño y la implementación de programas y servicios. Un enfoque centrado en la mujer se sustenta en dos principios rectores: la promoción de los derechos humanos y la igualdad de género.

Principios rectores

Derechos humanos: El enfoque integrado de la salud y los derechos humanos constituye un aspecto esencial para garantizar la dignidad y el bienestar de las mujeres que viven con el VIH. Esto incluye, entre otros, el derecho al más alto nivel alcanzable de salud, el derecho a la vida y a la integridad física - incluida la ausencia de violencia - el derecho a la igualdad y la no discriminación por razón de sexo, y el derecho a no ser sometida a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes. El derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR) es uno de los componentes del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Igualdad de género: La promoción de la igualdad de género es fundamental para lograr la SDRS de todas las mujeres, incluidas aquellas que viven con el VIH en toda su diversidad. Esto implica reconocer y tener en cuenta la forma en que el poder desigual en las relaciones íntimas de las mujeres, las normas de género perjudiciales, la falta de acceso de las mujeres a los recursos y su falta de control sobre ellos afectan su acceso a los servicios de salud y sus experiencias con los mismos.

Métodos para la elaboración de directrices

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) de la OMS dirigió la elaboración de esta guía consolidada, siguiendo los procedimientos de la OMS y las normas de presentación de informes establecidas en el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices* - 2014. En un intento por garantizar que refleje fielmente las preocupaciones de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad, la OMS encargó una encuesta mundial sobre las prioridades de SDRS de las mujeres que viven con VIH – la *Encuesta mundial sobre valores y preferencias* (GVPS, por su sigla en inglés)¹. Este proceso estuvo en el centro de la elaboración de esta guía y los hallazgos de la encuesta se incluyen a lo largo de la misma.

Para definir el alcance de la guía, el Comité Directivo (GDD, por su sigla en inglés) de la OMS mapeó todas las directrices existentes sobre SDRS dirigidas a las mujeres que viven con el VIH; a continuación, el GDD examinó esos documentos para determinar la relevancia de las recomendaciones calificadas con el sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) para incluirlas en esta guía consolidada. El GDD identificó las ocho áreas temáticas siguientes para la elaboración de nuevas recomendaciones o declaraciones de buenas prácticas: apoyo psicosocial, envejecimiento y sexualidad sana, empoderamiento económico y acceso a los recursos (incluida la seguridad alimentaria), la integración de servicios de SDRS y de VIH, el empoderamiento y la autoeficacia en relación con el sexo seguro y la toma de decisiones en materia de reproducción, facilitando una comunicación segura para las mujeres que viven con VIH que temen o sufren violencia, modalidades de parto que permitan obtener los mejores resultados maternos y perinatales (especialmente cesárea), y el aborto médico y quirúrgico seguro. La elaboración de las nuevas recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas para estas ocho áreas temáticas comenzó con revisiones sistemáticas y narrativas de las pruebas. El Grupo de Elaboración de Recomendaciones (GER) evaluó la calidad de las pruebas disponibles que sustenten las nuevas recomendaciones y consideró los beneficios y riesgos, valores y preferencias, derechos humanos, equidad, costos y factibilidad de implementación para determinar la fortaleza de cada recomendación.

Creación de un entorno propicio

La ejecución de programas integrales e integrados de SDR y VIH que busquen satisfacer las necesidades y derechos de salud del grupo heterogéneo de mujeres que viven con VIH exige la puesta en práctica de intervenciones que permitan superar las barreras a la aceptación y el uso del servicio y el compromiso continuo con él. En todos los contextos epidémicos, estas barreras se producen a nivel individual, interpersonal, comunitario y social. Pueden incluir desafíos tales como exclusión social y marginación, criminalización, estigma, violencia basada en género y desigualdad de género, entre otros. Se necesitan estrategias para mejorar la accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad, utilización, cobertura equitativa, calidad, eficacia y eficiencia de los servicios destinados a las mujeres que viven con VIH. De no abordarse, estas barreras socavan las intervenciones de salud y la SDR de las mujeres que viven con VIH.

Puesta en práctica y actualización de la guía

La adopción de medidas que surjan de las recomendaciones de esta guía requiere una estrategia que se base en pruebas apropiadas al contexto local, y que respondan a las necesidades y los derechos de las mujeres que viven con VIH. Además, los programas deben tener como objetivo lograr resultados de salud equitativos, promover la igualdad de género y ofrecer la atención de la más alta calidad de manera eficiente en todo momento. Es probable que la implementación efectiva de las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas de esta guía requiera reorganizar los cuidados y redistribuir los recursos de atención de la salud, particularmente en los países de bajos y medianos ingresos. Se observan barreras potenciales y se aconseja utilizar un enfoque gradual para la adopción, adaptación y aplicación de las recomendaciones de la guía.

Durante el proceso de elaboración de la guía, el GER identificó brechas de conocimiento importantes que deben ser abordadas mediante investigación primaria. Esta guía se actualizará cinco años después de su publicación, a menos que surjan nuevas pruebas de importancia que requieran adelantar la revisión.

Los Cuadros 1 y 2 presentan las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas nuevas y ya existentes, respectivamente. La Figura 2.1 al final del Capítulo 2 presenta un marco visual que reúne todos los elementos de la guía, con las mujeres que viven con VIH en el centro.

Cuadro 1: Lista resumida de las recomendaciones de la OMS para la salud sexual y reproductiva y los derechos (SDSR) de las mujeres que viven con VIH

Nota: Cuando las recomendaciones se aplican a “poblaciones clave”, el término incluye a las mujeres que viven con VIH, por lo que se las ha incluido en estas guías.

A. Creación de un ambiente propicio	
Recomendación (REC)	Fuerza de la recomendación, calidad de la evidencia
Sexualidad sana a lo largo de la vida	
REC A.1: Para la atención del VIH se deben implementar servicios de salud que resulten amigables a los adolescentes para asegurar su participación y mejorar los resultados. ¹	Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja
Integración de SDRS y servicios para el tratamiento de VIH	
REC A.2: En lugares con condiciones epidémicas, la terapia antirretroviral (TAR) debe iniciarse y mantenerse en mujeres embarazadas y puérperas elegibles y en lactantes en centros de atención de salud materno-infantil, estableciéndose la vinculación y derivación para continuar con la atención del VIH y TAR, cuando corresponda.	Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja
REC A.3: Los servicios de atención a infecciones de transmisión sexual (ITS) y de planificación familiar pueden integrarse en los centros de atención del VIH.	Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja
REC A.4, A.5 y A.6: La descentralización del tratamiento y la atención del VIH debe verse como una forma de aumentar el acceso y mejorar la retención en el cuidado:	
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del tratamiento antirretroviral en el hospital y mantenimiento en dependencias sanitarias; • inicio y mantenimiento del tratamiento antirretroviral en centros de salud periféricos; • inicio del tratamiento antirretroviral en centros de salud periféricos y mantenimiento a nivel comunitario. 	Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
REC A.7: Los proveedores legos capacitados y supervisados pueden distribuir TAR a adultos, adolescentes y niños que viven con VIH.	Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja
REC A.8: Los clínicos no médicos, el personal de enfermería y de partería capacitados pueden iniciar el tratamiento ARV de primera línea.	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
REC A.9: Los clínicos no médicos, el personal de enfermería y de partería capacitados pueden mantener el tratamiento antirretroviral.	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
REC A.10: Trabajadores sanitarios comunitarios capacitados y supervisados pueden dispensar TAR entre las visitas clínicas periódicas.	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
Protección contra la violencia y creación de seguridad	
REC A.11: Se debe ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que relaten cualquier forma de violencia por parte de una pareja íntima (u otro miembro de la familia) o que manifiesten ataque sexual por parte de cualquier perpetrador. Cuando las mujeres revelan violencia, el personal sanitario debe, como mínimo, ofrecer apoyo de primera línea. Si el personal de salud no puede proporcionar ese tipo de apoyo, debe asegurarse de que haya alguien más (dentro de su centro de salud o en otra dependencia fácilmente accesible) que esté disponible inmediatamente para hacerlo. ²	Recomendación fuerte, evidencia indirecta
REC A.12: Los profesionales de salud deben preguntar acerca de la exposición a violencia por parte de la pareja al evaluar afecciones que pueden ser provocadas por violencia de la pareja o complicadas por dicha violencia, con el fin de mejorar el diagnóstico, la identificación y la atención ulterior.	Recomendación fuerte, evidencia indirecta

1. Referencia para esto y todas las recomendaciones existentes en la siguiente sección sobre la integración de servicios: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).
2. Referencia para esto y para el resto de las recomendaciones existentes en esta sección sobre violencia y seguridad: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf).

<p>REC A.13: Los profesionales de la salud (en particular médicos, personal de enfermería y partería) deben recibir capacitación en el servicio donde se desempeñan y durante su formación y en apoyo de primera línea a las mujeres que han sufrido violencia de su pareja y agresión sexual).</p>	Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja
<p>REC A.14: En aquellos lugares en los que el sistema de salud esté en condiciones, prestadores de servicios capacitados deben ofrecer consejería de empoderamiento de corta o media duración (hasta 12 sesiones) y protección/apoyo que incluya un componente de seguridad a las mujeres embarazadas que declaren violencia por parte de su pareja. No se sabe hasta qué punto esto puede aplicarse a situaciones aparte de la atención prenatal, ni qué factibilidad tiene en países de ingresos bajos o medianos.</p>	Recomendación condicional, evidencia de calidad baja
<p>REC A.15: En la medida de lo posible, el cuidado de las mujeres que sufren violencia de pareja y agresiones sexuales debe integrarse a los servicios de salud existentes y no ofrecerse como un servicio aislado.</p>	Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja
<p>REC A.16: No se recomienda que el personal de salud notifique obligatoriamente los casos de violencia de la pareja a la policía. Sin embargo, el personal sanitario sí debe ofrecerse a informar el incidente a las autoridades competentes (incluyendo a la policía) si la mujer lo desea y es consciente de sus derechos.</p>	Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja

Empoderamiento de la comunidad

<p>REC A.17: Debe proporcionarse tratamiento gratuito contra el VIH y tuberculosis (TB) a los trabajadores de salud que lo necesiten, facilitando la prestación de estos servicios en un entorno no estigmatizador, sensible al género, confidencial y conveniente cuando no haya clínica de atención del personal y/o cuando la dependencia donde trabaja el funcionario no ofrezca TAR o cuando el trabajador prefiera tratarse en otra dependencia.³</p>	Recomendación fuerte, evidencia débil
<p>REC A.18: Se deben introducir políticas nuevas o reforzar las políticas ya existentes que prevengan la discriminación contra los trabajadores de salud con VIH o TB y adoptar intervenciones dirigidas a reducir el estigma entre colegas y supervisores.⁴</p>	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada

B. Intervenciones en materia de salud

Recomendación (REC)	Fuerza de la recomendación, calidad de la evidencia
---------------------	---

Asesoramiento y apoyo en materia de salud sexual

<p>REC B.1 (NUEVA): La OMS recomienda que, en el caso de mujeres que viven con VIH, se ofrezcan intervenciones sobre autoeficacia y empoderamiento en torno a la salud y los derechos sexuales y reproductivos para maximizar su salud y cumplir con sus derechos.</p>	Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja
<p>REC B.2: En los servicios de atención primaria de la salud se recomienda efectuar una comunicación breve relacionada con la sexualidad (CBS) para prevenir las infecciones de transmisión sexual entre adultos y adolescentes.⁵</p>	Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja a moderada
<p>REC B.3: Se recomienda capacitar a los trabajadores de salud en el conocimiento de la salud sexual y en habilidades vinculadas a CBS.⁶</p>	Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja a muy baja

3. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf).

4. Ibid.

5. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf).

6. Ibid.

Servicios de apoyo a las mujeres víctimas de violencia

<p>REC B.4 (NUEVA): La OMS recomienda que los responsables de la formulación de políticas y los proveedores de servicios que apoyan a las mujeres que viven con VIH que estén considerando revelar voluntariamente su condición VIH+ sean conscientes que muchas de ellas temen sufrir violencia de su pareja, están en riesgo de sufrirla, o ya la están sufriendo.</p>	<p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja</p>
<p>REC B.5 (NUEVA): La OMS recomienda que las intervenciones y los servicios de apoyo a las mujeres que viven con VIH y que estén considerando revelar voluntariamente su condición VIH+ incluyan referirse a los retos de su situación actual, el posible riesgo de violencia que entraña su revelación, y que incluyan medidas que permitan comunicar la serología de una manera más segura, facilitando la vinculación de la mujer con servicios de prevención y atención de la violencia.</p>	<p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja</p>
<p>REC B.6: Los adolescentes deben ser asesorados sobre los posibles riesgos y beneficios de revelar su condición VIH+ a otros, y se los debe empoderar y apoyar para determinar si conviene revelarlo, cuándo, cómo y a quién.⁷</p>	<p>Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja</p>
<p>REC B.7: A las personas con serología VIH+ conocida y a sus parejas se les debe ofrecer servicios de diagnóstico de VIH, apoyándolos para la instancia de la revelación.⁸</p>	<p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja para todas las personas con VIH en todos los contextos epidemiológicos; Recomendación condicional, evidencia de calidad baja para individuos VIH negativos, dependiendo de la prevalencia de VIH específica para su país</p>
<p>REC B.8: Deben establecerse iniciativas para hacer que se proteja la privacidad e instituirse políticas, leyes y normativas que prevengan la discriminación y promuevan la tolerancia y la aceptación de las personas que viven con VIH. Esto puede ayudar a crear ambientes que faciliten la revelación de la condición VIH.⁹</p>	<p>Recomendación condicional, evidencia de calidad baja</p>
<p>REC B.9: Los niños en edad escolar* deben ser informados sobre su estado VIH+; a los niños más pequeños se les debe ir diciendo su estado de forma incremental, considerando sus habilidades cognitivas y madurez emocional, en preparación para la revelación de seropositividad completa.¹⁰</p>	<p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja</p>
<p>REC B.10: Los niños en edad escolar* deben ser informados sobre la serología VIH de sus progenitores o cuidadores; a los niños más pequeños se les debe dar esa información de forma incremental teniendo en cuenta sus habilidades cognitivas y madurez emocional.¹¹</p>	<p>Recomendación condicional, evidencia de calidad baja</p>
<p>* En el documento, los niños en edad escolar se definen como aquellos que cuenten con las habilidades cognitivas y la madurez emocional de un niño de 6 a 12 años de desarrollo normal.</p>	

Servicios de planificación familiar y de infertilidad

<p>REC B.11: En los países donde haya transmisión del VIH entre parejas serodiscordantes, donde se pueda identificar a esas parejas serodiscordantes y donde se necesiten más opciones de prevención del VIH para atender a esa población, se puede considerar a la PPE oral diaria (en particular tenofovir o la combinación de tenofovir y emtricitabina) como una posible intervención adicional para el miembro de la pareja no infectado.¹²</p>	<p>Recomendación condicional, evidencia de alta calidad</p>
<p>REC B.12: La TAR debe iniciarse en todos los adultos que viven con VIH, independientemente de la etapa clínica de la OMS en que se encuentren y de su recuento de células CD4.¹³</p>	<p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada</p>

7. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf).
8. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf).
9. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf).
10. Ibid.
11. Ibid.
12. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/).
13. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

<p>REC B.13: TSe recomienda el uso correcto y consistente de preservativos con lubricantes compatibles con el material de los preservativos en todas las poblaciones clave para prevenir la transmisión sexual del VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS).¹⁴</p>	<p>Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada</p>
<p>REC B.14: Las mujeres que viven con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) pueden utilizar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricción: píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), parches y anillos anticonceptivos, píldoras anticonceptivas de progestina sola (APS), inyectables de progestina sola (IPS); acetato de medroxiprogesterona depósito (DMPA, por su sigla en inglés) y enantato de noretisterona [NET-EN]), e implantes con levonorgestrel (GNL) y etonogestrel (ETG) (Categoría CME 1). Las mujeres que viven con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) generalmente pueden utilizar el DIU-LNG (Categoría CME 2) (sección 12b de la Parte I).¹⁵</p> <p>REC B.15: Las mujeres que viven con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) pueden utilizar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos anticonceptivos, AOC, IPS (DMPA y NET-EN) e implantes con GNL y ETG (Categoría CEM 1). Las mujeres que viven con una enfermedad clínica por VIH severa o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (Categoría CME 3 para el inicio) hasta que su enfermedad haya mejorado a una enfermedad clínica asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS). Sin embargo, las mujeres que ya se han colocado un DIU-LNG y que desarrollan una enfermedad clínica por VIH severa o avanzada no necesitan quitarse el DIU (Categoría CME 2 para continuar). Las usuarias de DIU-LNG con enfermedad clínica por VIH severa o avanzada deben ser controladas atentamente por si presentan infección pélvica (Parte I, sección 12c).</p> <p>REC B.16: Las mujeres que toman cualquier inhibidor de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIN/ITINt) pueden usar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción: AOC, parches y anillos anticonceptivos, AIC, APS, IPS (DMPA y NET-EN) e implantes con LNG e ETG (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p> <p>REC B.17: Las mujeres que reciben TAR que contenga efavirenz o nevirapina pueden usar AOC, parches, anillos, AIC, APS, NET-EN e implantes (Categoría CME 2). Sin embargo, las mujeres que usan efavirenz o nevirapina pueden usar el DMPA sin restricción (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p>	<p>La fuerza de la recomendación está indicada por la categoría de CME descrita en el texto.¹⁶</p> <p>Evidencia de calidad moderada a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad moderada a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad baja a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad baja a muy baja</p>
<p>REC B.18: Las mujeres que utilizan los nuevos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIN), etravirina y rilpivirina, pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p> <p>REC B.19: Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa (p. ej. ritonavir y antirretrovirales [ARV] potenciados con ritonavir) generalmente pueden usar AOC, parches y anillos anticonceptivos, AIC, AOC, NET-EN, e implantes con GNL y ETG (Categoría CME 2) y pueden usar DMPA (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d) sin restricciones).</p> <p>REC B.20: Las mujeres que usan el inhibidor de la integrasa raltegravir pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p> <p>REC B.21: Dispositivo intrauterino (DIU): Las mujeres que usan medicación antirretroviral generalmente pueden usar los DIU-LNG (Categoría CME 2), siempre que su enfermedad clínica sea asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (Categoría CME 3 para inicio) sino hasta que su enfermedad haya mejorado hasta asintomática o leve. Sin embargo, las mujeres que ya se hayan colocado el DIU-LNG y que desarrollen una enfermedad clínica por VIH severa o avanzada no tienen por qué retirarse el DIU (Categoría CME 2 para continuar). Las usuarias de DIU-LNG con enfermedad clínica grave o avanzada del VIH deben ser monitoreadas de cerca para detectar la aparición de infección pélvica (Parte I, sección 12d).</p>	<p>Evidencia de calidad baja a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad baja a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad baja a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad baja a muy baja</p>

14. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>).

15. Reference for this and all the rest of the existing recommendations in this section on contraception, and for the next footnote: Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf).

16. MEC categories (Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition, WHO, 2015):

- 1: A condition for which there is no restriction for the use of the contraceptive method
- 2: A condition where the advantages of using the method generally outweigh the theoretical or proven risks
- 3: A condition where the theoretical or proven risks usually outweigh the advantages of using the method
- 4: A condition which represents an unacceptable health risk if the contraceptive method is used.

Servicios de cuidados prenatales y de salud materna

REC B.22 (NUEVA): La OMS recomienda que no se recomiende la cesárea electiva de rutina a las mujeres que viven con VIH.	Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja
REC B.23: Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado aproximadamente entre 1 y 3 minutos después del nacimiento) para todos los nacimientos, y el inicio simultáneo de los cuidados esenciales del recién nacido. ¹⁷	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
REC B.24: Debe iniciarse TAR en todos los adolescentes que vivan con el VIH, independientemente de la fase clínica de la OMS y del recuento de células CD4. ¹⁸	Recomendación condicional, evidencia de calidad baja
REC B.25: Como prioridad, debe iniciarse el tratamiento antirretroviral en todos los adolescentes con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio clínico 3 o 4 de la OMS) y adolescentes con un recuento de CD4 \leq 350 células/mm ³ . ¹⁹	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
REC B.26: El tratamiento antirretroviral debe iniciarse en todas las mujeres embarazadas y que estén amamantando que vivan con el VIH, independientemente de la fase clínica de la OMS y del recuento de células CD4, y debe mantenerse de por vida. ²⁰	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
REC B.27: Las madres que viven con VIH deben amamantar durante al menos 12 meses y pueden continuar amamantando hasta 24 meses o más (similar a la población general), al tanto que se les da un pleno apoyo para que cumplan con TAR. ²¹	Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja para 12 meses, evidencia de calidad muy baja para 24 meses
REC B.28: No se recomienda el uso de amniotomía sola para prevenir el retraso en el trabajo de parto. ²²	Recomendación débil, evidencia de calidad muy baja
REC B.29: Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento del retraso del trabajo de parto confirmado. ²³	Recomendación débil, evidencia de calidad muy baja

Servicios de aborto sin riesgo

REC B.30 (NUEVA): La OMS recomienda que los servicios de aborto sin riesgos sean los mismos para las mujeres que viven con VIH que desean un aborto voluntario que para todas las mujeres.	Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja
REC B.31 (NUEVA): La OMS sugiere que a las mujeres que viven con VIH que desean un aborto voluntario se les ofrezca la opción de aborto médico o quirúrgico, igual que al resto de las mujeres.	Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja

Servicios de infecciones de transmisión sexual y cáncer de cérvix

REC B.32: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los servicios de planificación familiar pueden integrarse en los lugares de atención del VIH. ²⁴	Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja
REC B.33: La OMS recomienda la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para las niñas entre 9 y 13 años. Las niñas que reciben una primera dosis de la vacuna contra el VPH antes de los 15 años pueden usar un esquema de dos dosis. El intervalo entre las dos dosis debe ser de seis meses. No hay intervalo máximo entre las dos dosis; pese a ello, se sugiere que el intervalo no supere los 12-15 meses. Si el intervalo entre las dosis es menor a cinco meses, se debe administrar una tercera dosis al menos seis meses después de la primera. Las personas inmunocomprometidas, incluidas las que viven con VIH, y las mujeres de 15 años o más, también deben recibir la vacuna y necesitan tres dosis (a 0, 1-2 y 6 meses) para lograr una protección completa. ²⁵	No se encuentran detalles sobre la fortaleza o la calidad halladas, pero la recomendación se basa en el enfoque GRADE

17. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf).

18. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

19. Ibid.

20. Ibid.

21. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>).

22. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258875/pdf/Bookshelf_NBK258875.pdf).

23. Ibid.

24. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

25. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf).

Cuadro 2: Lista resumida de las declaraciones de buenas prácticas de la OMS relativas a la salud sexual y reproductiva y los derechos (SDSR) de las mujeres que viven con VIH

Nota: Cuando las declaraciones de buenas prácticas se aplican a “poblaciones clave” quedan incluidas las mujeres que viven con el VIH; es por eso por lo que se las ha incluido en estas guías.

A. Creación de un ambiente propicio: Declaraciones de buenas prácticas (DBP)

Apoyo psicosocial

DBP A.1 (NUEVA): Las intervenciones de apoyo psicosocial, tales como grupos de apoyo y apoyo entre pares, proporcionadas por las mujeres que viven con VIH, con ellas y para ellas deben constituir parte de la atención del VIH.

Sexualidad sana a lo largo de la vida

DBP A.2 (NUEVA): Las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad deben ser apoyadas en su elección de tener relaciones sexuales seguras y satisfactorias y placer sexual a medida que envejecen. Las mujeres que viven con VIH que decidan no ser sexualmente activas también deben recibir apoyo en su elección.

Empoderamiento económico y acceso a los recursos

DBP A.3 (NUEVA): La evaluación integral de la seguridad alimentaria con vinculación a servicios apropiados constituye un componente integral del cuidado de las mujeres que viven con VIH.

Integración de SDRS y servicios de VIH

DBP A.4 (NUEVA): Las mujeres que viven con VIH deberían tener acceso a servicios integrales e individualizados* de salud sexual y reproductiva (SSR) y VIH.

DBP A.5 (NUEVA): Las mujeres que viven con VIH deben quedar incluidas en el diseño y la prestación de estos servicios.

* Según la definición en la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS, 2004²⁶

Protección contra la violencia y creación de seguridad

DBP A.6: La violencia contra las personas de las poblaciones clave debe prevenirse y encararse en colaboración con las principales organizaciones dirigidas por la población. Toda la violencia contra las personas de las poblaciones clave debe ser monitoreada y reportada, y deben establecerse mecanismos de reparación para la administración de la justicia.²⁷

DBP A.7: Se deben proporcionar servicios de salud y otros servicios de apoyo a todas las personas de las poblaciones clave que padezcan violencia. En particular, las personas que sufran violencia sexual deben tener acceso oportuno a una atención integral después de la violación, conforme las directrices de la OMS.

DBP A.8: Se debe capacitar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y los prestadores de atención médica y servicios sociales para que puedan reconocer y defender los derechos humanos de las poblaciones clave, y deben responder por sus violaciones a estos derechos, incluida la perpetración de violencia.

Inclusión social y aceptación

DBP A.9: Los formuladores de políticas, los parlamentarios y otros líderes de la salud pública deben trabajar junto con las organizaciones de la sociedad civil en sus esfuerzos por vigilar el estigma, confrontar la discriminación contra las poblaciones clave y cambiar las normas legales y sociales punitivas.

DBP A.10: Los trabajadores de salud deben recibir una capacitación y sensibilización periódica apropiada para asegurar que cuenten con las habilidades, el conocimiento y la comprensión necesarios para prestar servicios a adultos y adolescentes de poblaciones clave basados en el derecho de todas las personas a la salud, la confidencialidad y la no discriminación.

DBP A.11: Se recomienda que los anticonceptivos sean asequibles para todos, incluidos los adolescentes, y que la ley y la política apoyen el acceso a la anticoncepción para las poblaciones desfavorecidas y marginadas.

Empoderamiento de la comunidad

26. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Global Strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf).

27. Reference for this and all the rest of the existing good practice statements in section A of this table: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>).

DBP A.12: Deben establecerse programas para proporcionar servicios de alfabetización jurídica y asistencia legal a las poblaciones clave, para informarles de sus derechos y las leyes aplicables, y para que puedan recibir apoyo del sistema de justicia cuando se vulneren sus derechos.

Legislación y políticas de apoyo y acceso a la justicia

DBP A.13: Los países deben trabajar hacia una descriminalización de comportamientos como el consumo o inyección de drogas, el trabajo sexual, la actividad sexual con personas del mismo sexo y las identidades no conformes con el género, y para eliminar la injusta aplicación de leyes y normativas contra quienes consumen o se inyectan drogas, trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.

DBP A.14: Los países deben trabajar para desarrollar alternativas al encarcelamiento que no impliquen encierro de usuarios de drogas, trabajadores del sexo y personas que participan en actividades sexuales con individuos del mismo sexo.

DBP A.15: Se alienta a los países a que examinen sus actuales políticas de consentimiento y que consideren su revisión, para reducir las barreras a los servicios de VIH relacionadas con la edad, y que empoderen a los proveedores para que actúen en el mejor interés del adolescente.

DBP A.16: Se recomienda proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo información y servicios de anticoncepción, a las adolescentes, sin exigir una autorización/notificación obligatoria de los padres o tutores.

DBP A.17: Los países deben trabajar para desarrollar políticas y leyes que despenalicen las conductas sexuales con individuos del mismo sexo y las identidades de individuos no conformes con el género.

DBP A.18: Los países deben trabajar para lograr el reconocimiento legal de las personas transgénero.

DBP A.19: Para las personas transgénero, el reconocimiento legal del género y el nombre preferidos puede ser importante para reducir el estigma, la discriminación y la ignorancia sobre la varianza de género. Tal reconocimiento por parte de los servicios de salud puede servir para mejorar el acceso, el uso y la provisión de servicios de VIH.

B. Intervenciones sanitarias: Declaraciones de buenas prácticas (DBP)

Comunicación breve sobre la sexualidad (CBS)

DBP B.1: Los responsables de la formulación de políticas de salud y de la toma de decisiones en las instituciones de formación de profesionales de la salud deben garantizar que al presentar la CBS se respeten, protejan y cumplan los derechos humanos de los clientes.²⁸

Anticoncepción

DBP B.2: Se recomienda eliminar los requisitos de autorización de terceros, incluidos los requisitos de autorización del cónyuge de las mujeres que viven con VIH, para obtener anticonceptivos e información y servicios relacionados.²⁹

Prevención de la transmisión perinatal del VIH

DBP B.3: Las madres que viven con VIH y los trabajadores de salud pueden estar tranquilos de que la terapia antirretroviral reduce el riesgo de transmisión postnatal del VIH en el contexto de la alimentación mixta. Si bien se recomienda la lactancia materna exclusiva, la práctica de la alimentación mixta no es una razón para interrumpir la lactancia materna en presencia de antirretrovirales.³⁰

28. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf).

29. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>).

30. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>).

Capítulo 1. Introducción

1.1 Antecedentes

Se calcula que en 2015 había en el mundo 17,8 millones de mujeres de 15 años o mayores infectadas por el VIH, lo que constituye el 51% de los adultos con infección por el VIH (1). Las adolescentes y las jóvenes se ven afectadas especialmente; en 2015 representaban el 60% de las personas de 15 a 24 años infectadas por el VIH y, constituían el 58% de las infecciones por el VIH de adquisición reciente en ese grupo de edad. (1). En muchos países, las mujeres que viven con el VIH carecen de acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad y además afrontan muchas formas combinadas de estigma y discriminación. Es más, estas mujeres son desproporcionadamente vulnerables a la violencia (2), inclusive en cuanto a las violaciones de sus derechos sexuales y reproductivos (3).

En 2016, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de las Naciones Unidas definió a la salud sexual y reproductiva (SSR) como una «parte integral del derecho a la salud» (4). Con el fin de velar por la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) de mujeres y niñas infectadas por el VIH, hay que prestar atención a las siguientes dimensiones críticas (5):

- Los derechos humanos y la igualdad de género deben ocupar el centro de un método integral para la programación sanitaria, en particular con respecto a la sexualidad y la salud sexual.
- Los sistemas de salud deben ser sensibles a las desigualdades en materia de acceso a la asistencia sanitaria y de asistencia de gran calidad, que perjudican a las mujeres que viven con el VIH.
- Hay que involucrar y facultar a las mujeres que viven con el VIH en la formulación de las políticas y los programas que les atañen.
- Hay que fortalecer los procedimientos de vigilancia, evaluación y rendición de cuentas para producir datos de buena calidad y velar porque haya medidas de reparación en caso de violación de los derechos de las mujeres que viven con el VIH.

La presente directriz consolidada fue elaborada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) de la OMS en respuesta a las peticiones de una amplia gama de organizaciones e individuos para que se preparara una versión actualizada de las orientaciones publicadas en 2006 con el título *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings* (6).

En los 10 años transcurridos desde la publicación de las directrices de 2006 se han producido cambios importantes en las políticas, en la investigación y la práctica en torno a la infección por el VIH. Entre ellos se destaca la rápida expansión del tratamiento con antirretrovirales (TAR) y la publicación en 2015 de las recomendaciones de la OMS para ofrecer el TAR inmediatamente a todas las personas infectadas por el VIH, así como profilaxis previa a la exposición (PPE) que se ofrece como una medida preventiva adicional a quienes tengan un riesgo considerable de infectarse por VIH (7). A su vez, dichos cambios han ayudado a impulsar la SDSR de las mujeres que viven con el VIH (8). Por consiguiente, el Comité de Examen de Directrices (CED) consideró que la presente es una directriz nueva.

La directriz pretende proporcionar:

- **Recomendaciones basadas en la evidencia** en cuanto a la SDSR de las mujeres con infección por el VIH en toda su diversidad, prestando especial atención a los contextos donde el sistema de salud tiene capacidad y recursos limitados; y
- **Declaraciones de prácticas adecuadas** atinentes a cuestiones fundamentales operativas y de prestación de servicios que es preciso abordar para (i) aumentar el acceso, el uso y la calidad de los resultados de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR); (ii) mejorar el respeto por los derechos humanos y (iii) promover la igualdad de género de las mujeres que viven con el VIH.

La OMS ha desarrollado orientaciones sobre aspectos concretos de la SDSR y la infección por el VIH, pero no todas incluyen consideraciones específicas de la SDSR de las mujeres que viven con el VIH. La finalidad de esta directriz consolidada es reunir en un solo documento las recomendaciones existentes y las nuevas, así como las declaraciones de buenas prácticas relacionadas con la SDSR de las mujeres que viven con el VIH. Cuando las orientaciones actuales

de la OMS se aplican a todas las mujeres, incluidas las que viven con el VIH, se remite al lector a las publicaciones correspondientes para obtener más información, así como a otros instrumentos y documentos pertinentes sobre las actividades programáticas.

Las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas que se presentan en esta directriz están relacionadas ya sea con la creación y el mantenimiento de un entorno propicio para la SDR de las mujeres que viven con el VIH (Capítulo 3) o con intervenciones de salud específicas que son pertinentes a la SDR de las mujeres que viven con el VIH (Capítulo 4). Todas las recomendaciones nuevas y existentes de la OMS que se incluyen en esta directriz (y que aparecen resumidas en el Cuadro 1 del Resumen Ejecutivo) se elaboraron aplicando el método de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) (9).

La finalidad de esta directriz es ayudar a los países a planificar, desplegar y vigilar de manera más eficaz y eficiente programas y servicios que fomenten la igualdad de género y los derechos humanos, de tal manera que resulten más aceptables y apropiados para las mujeres que viven con el VIH. Se abordan también las cuestiones de la puesta en práctica que los responsables de las intervenciones de salud y de la prestación de servicios tienen que encarar para lograr la igualdad de género y hacer valer los derechos humanos.

Recuadro 1.1: Definiciones usadas en la directriz

*Adolescente**: persona de 10 a 19 años de edad, inclusive.

*Adulto**: persona mayor de 19 años.

*Poblaciones clave***: Se considera clave a las siguientes poblaciones: hombres que tienen relaciones homosexuales; las personas reclusas en prisiones y otro tipo de centros; personas que se inyectan drogas; trabajadores sexuales y personas transgénero, incluidos los adolescentes y jóvenes de los grupos clave y las personas con más de una vulnerabilidad y riesgo. También se pueden incluir otros grupos de mujeres que viven con el VIH en situaciones de marginación o vulnerabilidad, definidas en función de las circunstancias locales.

* Se reconoce que los países pueden tener definiciones distintas conforme las leyes nacionales correspondientes.

** La definición proviene del documento WHO *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update* (10).

1.2 Público destinatario

Esta nueva directriz busca apoyar a los prestadores de asistencia sanitaria de primera línea sobre el terreno, los gestores de programas y las autoridades sanitarias competentes de todo el mundo para ayudarles a encarar la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) de las mujeres que viven con el VIH. Está concebida principalmente para los gestores de programas del nivel nacional, los formuladores de políticas y otros encargados de decisiones en los ministerios de salud. Teniendo en cuenta que la directriz se centra en las mujeres (véase la sección 1.4.1) es preciso considerar que su aplicación tal vez requiera un compromiso multisectorial. La directriz también resultará de utilidad a los gestores de programa a nivel nacional de otros ministerios, como el de educación, el de cuestiones de género, familia y bienestar social, quienes pueden asociarse al de salud para la aplicación de las intervenciones que aplican un enfoque holístico de la SDR.

Los servicios y programas de salud en contextos con pocos recursos serán los que más se beneficiarán con estas orientaciones, pues son los que afrontan las mayores dificultades para brindar servicios adaptados a las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad. No obstante, la directriz es pertinente para todos los contextos, independientemente de la situación epidémica del VIH o las circunstancias económicas y, por lo tanto, las orientaciones deben considerarse de aplicación mundial. A la hora de aplicar estas recomendaciones mundiales, las regiones de la OMS y los países pueden adaptarlas a sus contextos locales, teniendo en cuenta las características de la epidemia del VIH, los aspectos económicos y los servicios y las instalaciones de salud existentes.

Se insta a los usuarios de esta directriz, en particular al personal de asistencia sanitaria, los gestores de programas y los formuladores de políticas de salud pública: a) a que apliquen un criterio centrado en la mujer y sensible a las cuestiones de género para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva, las aspiraciones y los derechos de las mujeres que viven con el

VIH, y b) a que satisfagan las necesidades de salud y apoyen las aspiraciones de todas las mujeres que viven con el VIH en todas las etapas del ciclo de vida, incluidos los años de la posmenopausia.

1.3 Alcance

1.3.1 Población de interés

Con relación a las directrices consolidadas para los servicios de pruebas de VIH (*Consolidated guidelines on HIV testing services*) (11) publicadas por la OMS en 2005, la presente directriz no incluye las pruebas del VIH, pero es pertinente para las mujeres a partir del momento en que se enteran de que están infectadas. Las mujeres que no saben que están infectadas deben ser atendidas primero por servicios de pruebas y orientación y de seguimiento acerca de la infección por el VIH que sean seguros, voluntarios y no coercitivos, los cuales tienen que ampliarse y fortalecerse. Además, aunque esta directriz se concentra en torno a las mujeres que se han hecho la prueba y saben que son seropositivas, se reconoce que los problemas de la SDR que se abordan aquí son, en muchos casos, semejantes para todas las mujeres.

Esta directriz se centra en la SDR de las mujeres que viven con el VIH; si bien la SDR de los hombres que viven con el VIH también debe abordarse, escapa al alcance de este documento. El VIH no es solo producto de la desigualdad de género, sino que a su vez afianza esa desigualdad, dejando a las mujeres más vulnerables a sus efectos. Centrar la atención en las mujeres que viven con el VIH se justifica porque muchas de ellas afrontan problemas singulares y particulares, y se vulneran sus derechos en relación con su género, sexualidad y funciones reproductivas dentro de las familias y las comunidades, pero también en las instituciones de asistencia sanitaria donde acuden a solicitar servicios.

1.3.2 Creación y mantenimiento de un entorno propicio

La SDR de las mujeres que viven con el VIH depende en gran medida de una serie de factores sociales, culturales, políticos y económicos. Entre los factores que pueden perjudicar la SDR cabe destacar las normas inequitativas que rigen para hombres y mujeres, la violencia de género (VBG) y la violencia de pareja (VPI); el estigma y la discriminación; la carencia de poder de decisión (empoderamiento) de las mujeres y las niñas; las violaciones de los derechos humanos y las leyes y políticas a menudo punitivas que agravan la vulnerabilidad de las mujeres que viven con el VIH y afectan a su salud y bienestar, e impiden la materialización de sus derechos. Estos factores también plantean grandes obstáculos que entorpecen el acceso y la utilización de los servicios de gran calidad tanto para SSR como contra la infección por el VIH. En algunos lugares se dispone de políticas, programas e intervenciones para mejorar la SDR de las mujeres que viven con el VIH, pero por sí solos no alcanzan para mejorar los resultados sanitarios si no se crea un entorno propicio que sea seguro y brinde apoyo. Por ese motivo, en el alcance de la presente guía unificada se incluyen las cuestiones relativas a la creación y el mantenimiento de un entorno propicio y las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas pertinentes, en particular cinco declaraciones de buenas prácticas nuevas (DBP A.1 a A.5). Dichas cuestiones se abordan en el Capítulo 3, bajo los siguientes epígrafes: apoyo psicosexual; sexualidad sana a lo largo del ciclo de vida; empoderamiento económico y acceso a los recursos; integración de los servicios de SDR y contra la infección por el VIH; protección de la violencia y creación de condiciones de seguridad, inclusión social y aceptación; empoderamiento de la comunidad; y leyes y políticas de apoyo, así como acceso a la justicia (véase también la sección A de los Cuadros 1 y 2 del Resumen Ejecutivo, y la Figura 2.1 al final del Capítulo 2).

1.3.3 Cuestiones prioritarias y resultados de interés para las intervenciones sanitarias

Para elaborar la directriz se redactaron cuatro preguntas prioritarias utilizando el formato PICO (population, intervention, comparator, outcome), incluyendo los detalles de los resultados prioritarios de interés para cada pregunta para mejorar la SDR de las mujeres que viven con el VIH (véase el Capítulo 2, sección 2.5.1). Las seis recomendaciones nuevas basadas en la evidencia que surgieron en el proceso de elaboración de la directriz (REC B.1, B.4, B.5, B.22, B.30, B.31), y todas las otras recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas unificadas existentes relativas a las intervenciones de asistencia sanitaria se analizan en el Capítulo 4 como parte de los siguientes tipos de servicios: servicios de orientación y apoyo en materia de salud sexual, servicios de violencia contra las mujeres; servicios de

planificación de la familia y esterilidad; servicios de atención prenatal y salud de la madre; servicios de aborto sin riesgos; y servicios de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de cáncer cervicouterino (véase también la sección B de los Cuadros 1 y 2 del Resumen Ejecutivo, y la Figura 2.1 al final del Capítulo 2).

1.4 Enfoque y principios rectores

La presente directriz está basada en un criterio de la SDRS reforzado, integral y centrado en la mujer, y propugna por ese enfoque, en el entendido que, si se mejora el acceso a los servicios de buena calidad para todas las mujeres, ello redundará también en beneficio de las mujeres que viven con el VIH y viceversa. Este criterio se sustenta en los principios rectores de la igualdad de género y los derechos humanos.

1.4.1 Enfoque centrado en la mujer

Los servicios de salud centrados en la mujer constituyen un enfoque de la asistencia sanitaria que adopta deliberadamente las perspectivas de las mujeres, sus familias y sus comunidades (12).

Un enfoque centrado en la mujer:

- ve a las mujeres como participantes activas y beneficiarias de sistemas de salud fiables que responden a sus necesidades, derechos y preferencias de una manera humana y holística;
- subraya la promoción de la igualdad de género como elemento central para alcanzar la SDRS de todas las mujeres, especialmente las que viven con el VIH, y promueve los servicios sanitarios transformadores con respecto al género que analizan las normas de género y respaldan la igualdad de género;
- exige que las mujeres se empoderen —mediante educación y apoyo— para tomar y promulgar decisiones en todos los aspectos de su vida, especialmente con respecto a la sexualidad y la reproducción;
- requiere estrategias que fomenten la participación de las mujeres en su propia asistencia sanitaria;
- reconoce las fortalezas de las mujeres que viven con el VIH como agentes activos con relación a la SDRS y no meramente como receptoras pasivas de servicios de salud; y
- se organiza en torno a las necesidades de salud y las prioridades de las propias mujeres y no en torno al tratamiento y el control de enfermedades.

Esta directriz va dirigida a las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad, incluidas entre otras: mujeres heterosexuales, lesbianas, bisexuales, transgénero o intersexuales; mujeres que consumen o han consumido drogas; mujeres que ejercen o han ejercido el trabajo sexual; mujeres solteras, casadas o en una relación estable, separadas, divorciadas o viudas; mujeres sexualmente activas o no; mujeres y niñas que han sufrido la mutilación genital (MGF); mujeres que padecen tuberculosis (TB), paludismo, hepatitis B o C u otras enfermedades concomitantes; mujeres que están o han estado en la cárcel, detenidas o sin techo; mujeres que son inmigrantes por motivos económicos o políticos; mujeres indígenas; mujeres discapacitadas; así como chicas adolescentes que contrajeron el VIH en la época perinatal, en la niñez o durante la adolescencia. En este documento se reconoce que en todos los países, pero especialmente en las zonas donde la prevalencia de la infección por el VIH es elevada, algunas agentes sanitarias son ellas mismas mujeres que viven con el VIH que tienen sus propias prioridades, necesidades y aspiraciones que ameritan una consideración especial. La directriz incorpora la diversidad en los diferentes grupos de edades, subrayando que los servicios de salud que promueven SDRS son importantes para las mujeres en todas las etapas del ciclo de vida, incluidos los años posteriores a la menopausia.

Muchas mujeres que viven con el VIH afrontan al mismo tiempo muchas formas de desigualdad y discriminación que dependen de las circunstancias locales. Por consiguiente, cada país debe entender e identificar poblaciones específicas de mujeres que viven con el VIH que son particularmente vulnerables, así como los grupos que sean más importantes en función del tipo de epidemia local, y deben formular su respuesta basándose en el contexto epidemiológico y social correspondiente.

En la directriz se ha procurado emplear un lenguaje respetuoso de las mujeres que viven con el VIH. También se promueven mensajes positivos sobre la salud, en lugar de enfocarse exclusivamente en los problemas sanitarios. Esta orientación centrada en la mujer y no en la enfermedad puede reducir el estigma y apoyar un enfoque de la SDRS positivo y que lleve a mejorar la vida de las personas (13).

1.4.2 Principios rectores: derechos humanos e igualdad de género

Para proteger la dignidad y el bienestar de las mujeres con infección por el VIH resulta imprescindible aplicar un enfoque integrado a la salud y los derechos humanos, por lo que la protección de los derechos humanos de estas mujeres constituye un elemento fundamental de esta directriz. Esto incluye una serie de derechos humanos, tales como: el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (14); el derecho a la integridad física y a la vida, incluido el derecho a no padecer violencia (15); el derecho a la igualdad y la no discriminación por causa del sexo (15), y el derecho a no padecer tortura u otros maltratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes (16). Es más, el artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos indica que toda persona tiene derecho a colaborar en el progreso científico y a gozar de los beneficios que de él resulten (16). Hace poco, en la *Observación general* No. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de las Naciones Unidas definió este derecho como una «parte integral del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales» (4).

En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) puso de relieve las cuestiones de salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos (17). Desde entonces, las normas y la jurisprudencia internacionales y regionales en materia de derechos humanos relacionados con la SSR han evolucionado considerablemente. Más recientemente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y metas que deben alcanzarse en el ámbito de la SSR (18), al igual que la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) (19).

El Programa de acción de la CIPD define la salud reproductiva como «un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos» (Capítulo VII, 7.2). El Programa de Acción también se refiere a la salud sexual, «cuyo objetivo es el mejoramiento de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual». También define los derechos reproductivos de la siguiente forma (Capítulo VII, 7.3):

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (Capítulo VII, 7.3).

Cabe destacar que, en la reciente *Observación general* No. 22, el CESCR reconoce (párrafo 45) que «las personas que viven con el VIH sufren discriminación con más frecuencia» y que los «Estados deben reformar las leyes que impiden el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, especialmente en relación con el estado serológico y la transmisión del VIH», amén de recomendar la adopción de «medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales de promoción y de otro tipo para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud sexual y reproductiva» (4, párrafo 45).

Al elaborar la presente directriz, se efectuaron dos revisiones bibliográficas para apoyar la premisa de los derechos para tener servicios más fuertes que satisfagan las necesidades y aspiraciones de las mujeres que viven con el VIH. Las revisiones se centraron especialmente en: (i) los desafíos de garantizar que los órganos normativos destaquen las consideraciones de derechos humanos (20), y (ii) el análisis de los derechos humanos dentro de las políticas y programas vinculados a las mujeres que viven con el VIH (21). Las revisiones pusieron de manifiesto lagunas clave en la jurisprudencia de los órganos internacionales, regionales y nacionales. Las orientaciones de esos órganos recogen solo unas pocas consideraciones de salud y derechos humanos relacionadas con las mujeres que viven con el VIH y la salud sexual y reproductiva (SSR). El enfoque de estos órganos, en buena medida, ha sido ad hoc y carece de una integración sistemática de las inquietudes en torno a los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH con respecto a su salud sexual y reproductiva. De todos los artículos y documentos revisados, no hubo uno solo de una publicación arbitrada en que se describiera la aplicación explícita de los derechos humanos en la programación de salud sexual y reproductiva (SSR), algo que únicamente se encontró en dos documentos de la bibliografía gris. Con una posible excepción, no se encontraron artículos ni documentos que abordaran integralmente los derechos humanos, o por lo menos la mayor parte de los derechos pertinentes. En la medida en que ambas revisiones bibliográficas se refirieron

explícitamente a SDRS de las mujeres que viven con el VIH, e incluyeron artículos que trataban implícitamente de estos asuntos y aprovechaban las nueve dimensiones acordadas de derechos humanos que constituyen la base de buenos SDRS (véase el Cuadro 1.1), esto pone de relieve una brecha considerable.

Cuadro 1.1. Dimensiones de los derechos humanos que constituyen la base de una buena SDRS

Terminología corriente	Terminología alternativa
Igualdad y no discriminación	reducir la discriminación, reducir la criminalización, combatir las actitudes sociales y culturales negativas, el estigma, los prejuicios, la violencia (doméstica), la desigualdad de género
Participación	participación, compromiso, promoción de la causa, influencia
Privacidad y confidencialidad	–
Toma informada de decisiones	consentimiento (directo), opción, con fundamento, comprensible
Disponibilidad	poner a disposición, proporcionar, existente
Accesibilidad	acceso, recibir, asequible, elegible
Aceptabilidad	objección de conciencia, ética médica, sensibilidad por los derechos humanos
Calidad de los servicios	asistencia médica apropiada, idoneidad
Rendición de cuentas	responsabilidad, llamamiento a los Estados Parte, observancia, medidas legislativas

Fuente: OMS, 2014 (22).

Por otra parte, en los artículos incluidos en las revisiones, el lenguaje de los derechos en general se usó para describir el aparente descuido o la violación de los derechos humanos, y no para describir las iniciativas para proteger, fomentar o hacer valer los derechos. En los casos en los que se empleó el lenguaje relacionado con los derechos, se hacía referencia unos pocos derechos (habitualmente los derechos al acceso y la no discriminación) en el contexto de unas pocas áreas de la SSR, pero en gran medida se descuidaron, por ejemplo, las cuestiones de las ITS, la violencia y el envejecimiento.

Ambas revisiones pusieron también de relieve la necesidad de que los Estados Miembros establecieran e hicieran cumplir leyes que protejan contra la discriminación derivadas de las normas internacionales de derechos humanos con el fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia que enfrentan las mujeres que viven con el VIH (20, 21).

Dichas leyes y políticas deben también abordar las desigualdades de género, incluso las normas y estereotipos de género que son nocivos, la desigualdad de poder en las relaciones íntimas y la falta relativa de acceso y control de los recursos por parte de las mujeres. Todas estas desigualdades exacerbaban la vulnerabilidad de las mujeres que viven con el VIH, perjudican su acceso a los servicios de salud y su experiencia con ellos y generan barreras que les impiden ejercer plenamente sus derechos a la salud, especialmente la SSR. La promoción de la igualdad de género es fundamental para la SDRS de todas las mujeres, incluidas aquellas que viven con el VIH en toda su diversidad.

1.4.3 Aplicación del enfoque centrado en la mujer y principios rectores

Habida cuenta de todos los problemas y carencias que se han identificado y mencionado anteriormente, la finalidad de la presente directriz es proponer un conjunto completo de servicios de SSR a las mujeres que viven con el VIH, subrayando que se debe cuidar de adoptar un criterio centrado en la mujer y de aplicar los principios de los derechos humanos y la igualdad de género, haciendo referencia a las orientaciones del Recuadro 1.2. En el Recuadro 1.3 se presenta una lista de recursos clave de la OMS sobre derechos humanos y SSR en general y en relación con intervenciones sanitarias y partes interesadas específicas. Si bien la atención de esta directriz se centra en los derechos humanos en lo atinente a la SSR, se reconoce que todos los aspectos de los derechos humanos son importantes.

Recuadro 1.2: Orientaciones sobre la aplicación del enfoque centrado en la mujer basado en los principios de derechos humanos e igualdad de género para la SDR de las mujeres que viven con el VIH

1. Hacer valer y fomentar los derechos humanos y la igualdad de género para afrontar los desequilibrios de poder, la violencia por razón de género, el estigma, la discriminación y los obstáculos relacionados con los derechos que afronta la SSR en todos los niveles.
2. Reforzar los sistemas de salud para aumentar la eficacia y eficiencia de los programas de modo que se facilite una mejora en la prestación de una gama holística de servicios de salud de gran calidad centrados en la mujer.
3. Involucrar y facultar a las mujeres que viven con el VIH en la formulación de las políticas y los programas que les atañen, para garantizar que esas políticas y programas tengan en cuenta la realidad de esas mujeres.
4. Fomentar o propugnar un entorno jurídico y normativo propicio que salvaguarde y promueva la SDR de las mujeres que viven con el VIH.
5. Apoyar el acceso, la asequibilidad y la utilización de servicios de salud de buena calidad para la prevención y el tratamiento de las inquietudes en torno a la SSR.
6. Velar por que los servicios sean aceptables a las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad. para así superar los obstáculos que nacen de la exclusión, el aislamiento, la criminalización y el desconocimiento de las fortalezas y las necesidades de las mujeres.
7. Promover la capacidad de actuar y el empoderamiento de las mujeres, inclusive a través de la educación general y sanitaria, y apoyarlas para que hagan elecciones fundamentadas y ejecuten decisiones que fomenten su propia salud, así como la salud de su familia y su comunidad.
8. Fortalecer los nexos y/o la integración de la prestación de servicios donde sea necesario, con miras a lograr una asistencia sanitaria holística y centrada en la mujer.
9. Fomentar la rendición de cuentas de los sistemas de salud para garantizar formas de reparación cuando surjan violaciones de los derechos y problemas conexos.

Recuadro 1.3: Recursos clave de la OMS en materia de derechos humanos y salud sexual y reproductiva

- *Sexual health, human rights and the law*, 2015 (23)
 - *Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority*, 2014 (24)
 - *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach*, 2015 (25)
 - *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Declaración de la OMS, 2015 (26)
 - *Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: toolbox for examining laws, regulations and policies*, 2014 (27)
 - *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, 2014 (28)
 - *Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information*, 2014 (22)
 - *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción*. Orientaciones y recomendaciones, 2014 (29)
 - *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide*, 2015 (30)
 - *Ensuring human rights within contraceptive programmes: a human rights analysis of quantitative indicators*, 2014 (31)
 - *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición*, 2012 (32)
 - *Safe abortion: technical & policy guidance for health systems, legal and policy considerations – key messages*, 2015 (33)
- Summary reflection guides on a human rights-based approach to health application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health* – emitidas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH), el Fondo de Población de Las Naciones Unidas (UNFPA) y la OMS, para los siguientes grupos de partes interesadas:
- Agentes sanitarios, 2016 (34)
 - Formuladores de políticas sanitarias, 2015 (35)
 - Instituciones nacionales de derechos humanos, 2015 (36)

1.5 Valores y preferencias de las mujeres que viven con el VIH

Un rasgo singular de la preparación de esta directriz fue la realización de una encuesta mundial para determinar las prioridades en materia de SDR de las mujeres que viven con el VIH, con miras a colocar sus valores y preferencias en el meollo del documento. Así, hasta la fecha la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (de ahora en adelante la GVPS) es la más grande encuesta acerca de la SDR de las mujeres que viven con el VIH. Fue realizada en 2014 por y para las mujeres que viven con el VIH con la finalidad de conocer su perspectiva, expresada con su propia voz. El informe de la encuesta, *Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV* (37), y un artículo conexo publicado en el *Bulletin of the World Health Organization*, incluyen descripciones detalladas de los métodos y limitaciones de la encuesta (37, 38). Una de las limitaciones fue que la encuesta probablemente alcanzó a las mujeres que viven con el VIH en el mundo que: a) participaban activamente en redes de personas que viven con el VIH; b) eran conscientes y posiblemente eran más francas con respecto a su estado serológico; y c) tenían acceso a una encuesta en línea por Internet o podían participar en los debates de los grupos de enfoque.

En total, participaron en la encuesta 945 mujeres que viven con el VIH, incluidas 832 (de 94 países) que respondieron la encuesta cuantitativa, y otras 113 de 7 países) que participaron en los debates de los grupos de enfoque. La edad de las entrevistadas estuvo entre los 15 y los 72 años, y eran de extracción social diversa y tenían experiencias muy diferentes, a saber: mujeres que se consideraban heterosexuales, lesbianas, bisexuales, transgénero o intersexuales; mujeres que declaraban consumir o haber consumido drogas; mujeres que desempeñaban trabajo sexual; mujeres que se declaraban solteras, casadas o en una relación estable; mujeres que habían sufrido la mutilación genital; mujeres aquejadas de paludismo, hepatitis B o C u otras enfermedades concomitantes; mujeres encarceladas, detenidas o sin techo; mujeres que eran inmigrantes por motivos económicos o políticos; mujeres indígenas; mujeres con discapacidad; y mujeres que trabajaban como prestadoras de asistencia sanitaria.

Los resultados de la ENVP se dieron a conocer en una reunión de consulta de partes interesadas acerca de la SDR de las mujeres que viven con el VIH efectuada en la Sede de la OMS en Ginebra, en enero de 2015. El Departamento de RHR de la OMS sigue colaborando con la comunidad de mujeres que viven con el VIH, incluidas representantes de colectivos clave y diferentes regiones del mundo. En un suplemento especial de la revista *Journal of the International AIDS Society (JIAS)*, publicado en diciembre de 2015, se pusieron de relieve algunos de los asuntos clave surgidos de los debates y la colaboración, en particular los relacionados con la violencia contra las mujeres que viven con el VIH y los problemas de salud mental (8). Además, como resultado de la encuesta se han realizado varias actividades, especialmente la elaboración de publicaciones arbitradas y seminarios en la web, dirigidos por la comunidad de mujeres que viven con el VIH.

Los resultados de la GVPS (resumidos en el Recuadro 1.4) sentaron las bases para la elaboración de la presente directriz en general. El grupo de elaboración de directrices (GFD) tuvo en cuenta los hallazgos de la GVPS al redactar las preguntas PICO para formular las recomendaciones nuevas (véase el Capítulo 2, sección 2.5 y el Cuadro 2.2) y al formular las preguntas que constituyeron el punto de partida para las nuevas declaraciones de buenas prácticas. La GVPS también informó al GFD por escrito y finalizó las recomendaciones, las declaraciones de buenas prácticas y la totalidad del presente documento. En particular, en cada área temática de los capítulos 3 y 4 se incluyen los resultados pertinentes de la encuesta.



Este icono representa los valores y preferencias de las mujeres que viven con el VIH y se emplea para poner sobre aviso al lector siempre que se dan a conocer resultados de la GVPS.

Recuadro 1.4: Resultados clave de la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (GVPS)

- Las mujeres que viven con el VIH otorgaron una importancia capital a la seguridad. La mayoría de las entrevistadas había padecido violencia o la había temido, a partir del diagnóstico de infección por el VIH o debido a ese diagnóstico, y reclamaron medidas para garantizar la seguridad de las mujeres que viven con el VIH en los servicios de salud, el hogar y la comunidad.
- Las entrevistadas destacaron la necesidad de reparación frente a las violaciones de los derechos humanos, nombrando en particular las pruebas obligatorias, la revelación de seropositividad involuntaria y las esterilizaciones o abortos bajo coerción o forzados.
- Las mujeres que viven con el VIH denunciaron lagunas en la asistencia clínica, la práctica, las políticas y las investigaciones en relación con las mujeres y niñas fuera de sus años reproductivos y las mujeres que no tenían hijos. Por consiguiente, se consideró esencial que el enfoque de asistencia de la SSR se centrara en la mujer y desde la concepción y la anticoncepción hasta la edad mayor, con un conjunto completo de servicios apropiados para la edad y la etapa de vida.
- El respeto por las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad, en particular se consideró indispensable que una prestación respetuosa de servicios de salud y el respeto por la capacidad de las mujeres de tomar decisiones fundamentadas sobre su propia asistencia en materia de SSR, sobre todo frente a las dificultades notificadas y la considerable falta de empoderamiento en cuanto a cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, y si tener hijos y en qué momento.
- Las mujeres que viven con el VIH buscaban un mayor reconocimiento de la importancia del apoyo por pares y a la participación significativa en las decisiones que afectan sus propias vidas.
- Se manifestaron inquietudes generalizadas acerca de leyes punitivas y represivas; las entrevistadas las consideraron obstáculos para la consecución de su salud y el ejercicio de sus derechos humanos.
- Muchas declararon tener problemas para lograr una vida sexual placentera y satisfactoria, como la falta o pérdida del deseo sexual y el temor de transmitir el VIH, el embarazo y las ITS, además de las dificultades para conseguir los preservativos, las negociaciones en torno a su uso, y los temores a los efectos y consecuencias de la revelación de la seropositividad (inclusive la violencia).
- El temor a la retransmisión del VIH a un hijo o a la pareja a menudo se vio complicado por las actitudes estigmatizantes del personal sanitario.
- Muchas encuestadas indicaron estar recibiendo el tratamiento antirretroviral y sufrir efectos secundarios que afectaban su salud sexual y su bienestar general.
- Las entrevistadas también subrayaron los problemas de la pobreza y la inseguridad económica, que podían entorpecer el acceso a los servicios y la materialización de los derechos humanos, así como la carga adicional que recae sobre su salud mental, física y sexual. Cabe destacar que la amplia gama y la gran prevalencia de problemas de salud mental citados por las mujeres que viven con el VIH pusieron de relieve la complejidad de las implicaciones que entraña un diagnóstico positivo de infección por el VIH.
- Por último, las mujeres deseaban apoyo en las relaciones con sus hijos, parejas y comunidades.

Fuente: The Salamander Trust, 2016 (37).

Capítulo 2. Metodología y proceso de elaboración de la directriz

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) de la OMS dirigió la elaboración de la presente directriz consolidada, rigiéndose por las normas y procedimientos de notificación asentados en el *Manual para la elaboración de directrices de la OMS* (39). Teniendo en cuenta la gran diferencia en el alcance de las directrices de 2006 (6), el Grupo de Orientación sobre Guías propuso un título nuevo: *Directriz consolidada sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres que viven con el VIH*. Por consiguiente, el Comité de Examen de Directrices presentó y consideró a esta directriz como un documento nuevo, y no se la considera una actualización del documento de 2006.

2.1 Grupos de trabajo para la formulación de la directriz

El Departamento RHR formó tres grupos de trabajo para desempeñar las funciones específicas de elaboración de la directriz, a saber: el Grupo Directivo de la Directriz (GDD), el Grupo de Formulación de Directrices (GFD) y el Grupo de Revisión Externo (GRE). Los integrantes de los grupos se escogieron con miras a lograr una gama de especialidades y experiencia, teniendo también en cuenta que hubiera una apropiada representación geográfica y de género y que incluyera representantes de la comunidad de personas que viven con el VIH. En las tres subsecciones que siguen se describen los grupos; en el anexo 1 se pueden consultar los nombres y afiliaciones institucionales de los integrantes de cada grupo.

2.1.1 El Grupo Directivo de la Directriz (GDD) de la OMS

Coordinado por el Departamento RHR, el GDD dirigió la elaboración de la directriz. Estuvo integrado por personal de tres departamentos de la OMS, a saber: Salud de la Familia, la Mujer y el Niño (FWC) –RHR, el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (MCA) y el Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida (ALC)–, así como el equipo de Género, Equidad y Derechos Humanos (GER), y de otros departamentos de la OMS — el Departamento de VIH/SIDA y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) —, junto con representantes de las oficinas regionales de la OMS para África, las Américas, Europa, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental. El GDD redactó el alcance inicial de la directriz, así como las preguntas prioritarias según el formato PICO; seleccionó a los metodólogos de la directriz y a los miembros de los equipos de revisión sistemática, el grupo de formulación de la directriz (GFD) y el grupo de revisión externa (GRE). También finalizó y publicó el documento; estará a cargo de supervisar la difusión de la directriz y participará en la creación de los instrumentos de aplicación.

2.1.2 Grupo de formulación de directrices (GFD)

El GDD seleccionó e invitó a especialistas externos y partes interesadas de las seis regiones de la OMS para integrar el GFD, procurando representación geográfica y equilibrio entre hombres y mujeres. Los miembros del GFD eran especialistas en una amplia gama de asuntos vinculados a SDR y VIH que se abordan en esta directriz; entre ellos había clínicos, investigadores, formuladores de políticas, gestores de programas y representantes de comunidades de personas que viven con el VIH. Los miembros del GFD participaron en el examen y la finalización de las preguntas clave PICO y la revisión de los resúmenes de los datos de investigación derivados de las revisiones sistemáticas encargadas. También estuvieron a cargo de formular las nuevas recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas de la OMS y de lograr el consenso del contenido definitivo.

2.1.3 Grupo de Revisión Externo (GRE)

El GRE estuvo integrado por revisores expertos que en conjunto reunían una amplia variedad de conocimientos en cuestiones relacionadas con SDR y la infección por el VIH; eran personas de comunidades que viven con el VIH, clínicos, investigadores, formuladores de políticas y gestores de programas. El grupo veló por que en los procesos de toma de decisiones se tuvieran en cuenta y se incorporaran los valores y preferencias de las personas que resultarían

afectadas por las recomendaciones. Los integrantes de este grupo aportaron sus opiniones y observaciones al borrador preliminar de las directrices que se les había enviado luego de ser examinado y modificado por el GDD y el GFD. El GRE no estaba facultado para cambiar las recomendaciones formuladas por el GFD.

2.2 Otros colaboradores clave

2.2.1 Colaboradores externos

De conformidad con las instrucciones del *Manual para elaboración de directrices de la OMS (39)*, se invitó a entidades de financiación, donantes y representantes de organismos de las Naciones Unidas a asistir como observadores a las reuniones del GFD. Estuvieron representados los siguientes organismos:

- el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
- el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
- la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNDH)
- el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

2.2.2 Mujeres que viven con el VIH

En todas las etapas de la elaboración de la directriz fueron decisivas la colaboración y la participación significativa de mujeres que viven con el VIH, como miembros tanto del GFD como del GRE y como asociadas al frente de la realización de la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (GVPS), en particular en cuanto a la metodología de investigación, el análisis y las conclusiones (véase el Capítulo 1, sección 1.5) (40).

La intervención de la comunidad en la elaboración de la directriz se logró mediante la participación en:

- la GVPS, realizada en 2014, y la revelación de seropositividad del informe acerca de los resultados de la encuesta en 2014–2015 (37);
- la reunión de partes interesadas efectuada en enero de 2015, para compartir los resultados y los desenlaces clave de la GVPS; y
- el GFD y el GRE, que incluyeron en sus filas a mujeres que viven con el VIH.

2.3 Declaración de intereses por parte de los colaboradores externos

Siguiendo las reglas de transparencia de la OMS, antes de emitir las invitaciones a las personas para que formaran parte del GFD y el GRE, se publicaron en el sitio Web del departamento durante tres semanas (febrero de 2016) resúmenes biográficos breves (unas 350 palabras) de esas personas. Según lo prescrito en el *Manual para elaboración de directrices de la OMS (39)*, los candidatos a formar parte del GFD y el GRE y otros colaboradores externos debieron presentar por escrito todos sus intereses académicos, económicos o de otra índole en el momento de la invitación hicieran incompatible su participación en la elaboración de la directriz. Cada especialista llenó y firmó el formulario habitual de declaración de intereses de la OMS, y lo envió por correo electrónico junto con su curriculum vitae, al funcionario técnico a cargo. Este funcionario reunió los formularios de declaración de interés firmados y los curricula vitae, y, junto con los miembros del GDD, examinaron la información y determinaron si había conflictos de intereses antes de otorgar la aprobación final para enviar las invitaciones a los especialistas. Si se declaraba algún conflicto de intereses, el GDD decidía si era lo bastante grave para influir en la capacidad de la persona para formular juicios objetivos acerca de los datos de investigación o las recomendaciones. Para ser congruentes, los integrantes del GDD aplicaron los criterios para determinar la gravedad de los conflictos de intereses consignados en el *Manual para la elaboración de directrices de la OMS (39)*.

Todos los resultados de las declaraciones de intereses se gestionaron caso por caso, con arreglo a las directrices correspondientes de la OMS. Cuando se juzgó que un conflicto de intereses no llegaría a plantear ningún riesgo para la elaboración de la directriz o minar su credibilidad, se pidió al especialista que declarara ese conflicto en la reunión del GFD (también llamada reunión de Consulta Técnica) y no se adoptó ninguna otra medida. No hubo ningún caso de conflictos de intereses que justificara la intervención de la Oficina de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética (CRE) de la OMS para su evaluación o determinación de la posibilidad de conflictos. Cuando los invitados confirmaron su participación, se les indicó que durante la elaboración de la directriz dieran a conocer al funcionario técnico cualquier

cambio de los intereses pertinentes, a fin de actualizar y examinar cualquier nuevo conflicto. Tanto en la reunión para definir el alcance, en enero de 2015, como en la reunión del GFD en abril de 2016 (ambas efectuadas en Ginebra (Suiza)), se pidió a los miembros que manifestaran francamente cualquier conflicto delante de todo el grupo y que remitieran un formulario de declaración de intereses actualizado y firmado. En el anexo 2 se presenta un resumen de las declaraciones de intereses e información sobre la forma en que se manejaron.

2.4 Definición del alcance y las áreas temáticas de las nuevas recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas

Guiándose por el alcance general de las directrices que se expone en el Capítulo 1, sección 1.3 —el grupo de interés y la intención de analizar tanto el entorno propicio como las intervenciones de salud pertinentes específicas—, el GDD comenzó por recopilar todas las orientaciones de la OMS existentes acerca de SDR que resultaran pertinentes para las mujeres que viven con el VIH. A continuación, examinó estos y otros materiales para detectar lagunas, duplicaciones e incongruencias y determinar la pertinencia de las recomendaciones existentes para incorporarlas a la directriz consolidada. El GDD estableció ocho áreas temáticas en las que habría que elaborar nuevas recomendaciones o declaraciones de buenas prácticas para esta directriz: apoyo psicosocial; envejecimiento y sexualidad sana; empoderamiento económico y acceso a los recursos (incluida la seguridad alimentaria); integración de los servicios de SDR y de atención de la infección por el VIH, empoderamiento y autoeficacia en torno a las prácticas sexuales menos peligrosas y la toma de decisiones en materia de reproducción; facilitación de la denuncia sin riesgos para las mujeres con infección por el VIH que temen violencia o que la han sufrido; modalidades de parto para lograr los mejores resultados maternos y perinatales (particularmente la operación cesárea); y el aborto médico o quirúrgico sin riesgos. El resultado del ejercicio de recopilación de materiales se dio a conocer en la reunión de definición del alcance en enero de 2015.

2.5 Examen de los datos de investigación y formulación de las recomendaciones

2.5.1 Definición y examen de las preguntas prioritarias

La formulación de las nuevas recomendaciones en torno a las intervenciones de salud (REC B.1, B.4, B.5, B.22, B.30, B.31; véase el Cuadro 1 en el Resumen Ejecutivo, y el Capítulo 4) empezó con la formulación de las preguntas PICO y continuó con las revisiones sistemáticas pertinentes de los datos de investigación. Las cuatro preguntas PICO para las recomendaciones nuevas fueron las siguientes:

1. ¿Qué intervenciones mejoran la autoeficacia y el empoderamiento de las mujeres que viven con el VIH en lo concerniente a relaciones sexuales menos peligrosas y la toma de las decisiones en materia de reproducción?
2. ¿Qué intervenciones facilitan la revelación sin riesgos del estado serológico de las mujeres que viven con el VIH que temen violencia o que relatan que ya son objeto de ella?
3. ¿Qué formas de parto ofrecen los mejores resultados maternos y perinatales para las mujeres que viven con el VIH?
4. Los resultados del aborto médico y quirúrgico en las mujeres que viven con el VIH ¿difieren de los que se consiguen en las mujeres que no padecen esta infección?

Los detalles completos de la población, la intervención y los resultados de cada una de las cuatro preguntas PICO se presentan en el Anexo 3; por otro lado, los resúmenes de los métodos de cada uno de los cuatro exámenes sistemáticos, en particular las estrategias de búsqueda y los diagramas de flujo para la inclusión de los estudios figuran, junto con la base de datos de investigación (los Cuadros GRADE) en el suplemento de esta directriz que se publica en la Web.¹

En el Anexo 4 se presenta la lista de las 13 revisiones sistemáticas y bibliográficas realizadas para la elaboración de la presente directriz, lo que incluye las cuatro revisiones sistemáticas acerca de los temas de las seis recomendaciones nuevas, cinco revisiones sistemáticas sobre los temas de las cinco declaraciones de buenas prácticas nuevas (DBP A.1 a A.5; véase el Cuadro 2 en el Resumen Ejecutivo, y el Capítulo 3), así como otras cuatro revisiones sistemáticas sobre temas conexos.

1 Se puede consultar en: www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

2.5.2 Interpretación de la calidad de los datos de investigación para las recomendaciones

De acuerdo con el proceso de elaboración de directrices de la OMS, el GFD formuló las recomendaciones guiándose por la calidad de los datos de investigación disponibles (39). La OMS ha adoptado el método de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) para formular sus recomendaciones. Este método define la calidad de la evidencia (datos de investigación) como el grado al cual uno puede confiar que las estimaciones notificadas del efecto (deseable o no) obtenidas de los datos de investigación se aproximan a los efectos verdaderos de interés (41, 42, 43). El método GRADE especifica cuatro niveles de calidad de la evidencia, que deben interpretarse según lo indicado en el Cuadro 2.1.

Cuadro 2.1: Importancia de los cuatro niveles de calidad de los datos de investigación (evidencia) del método GRADE

Calidad de la evidencia	Fundamento lógico
Elevada	Tenemos la confianza de que el efecto verdadero se aproxima a la estimación del efecto
Moderada	Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto verdadero se aproxime a la estimación del efecto, pero cabe la posibilidad de que sea considerablemente distinto
Poca	Tenemos una confianza limitada en la estimación del efecto: el efecto verdadero puede diferir considerablemente de la estimación del efecto
Muy poca	Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto verdadero sea considerablemente distinto de la estimación del efecto

Fuente: Balshem y col., 2011 (44).

El método GRADE (9) para valorar la calidad de la evidencia cuantitativa se aplicó a todos los desenlaces cruciales de las preguntas PICO, y para cada desenlace cuantitativo de cada pregunta PICO se preparó un perfil GRADE. Los Cuadros GRADE se presentan en el suplemento publicado en la Web.

2.5.3 Determinación de la solidez de una recomendación

La solidez de una recomendación (calificada de «fuerte» o «condicional») refleja el grado de confianza del GFD en que los efectos deseables de las recomendaciones superen a los efectos indeseables.

Los efectos deseables (es decir, los posibles beneficios) pueden incluir resultados sanitarios beneficiosos para el individuo (por ejemplo, disminución de la morbilidad y la mortalidad), disminución de la carga que sobrelleva el individuo o los servicios de salud y ahorros de costos para el individuo, la comunidad, el programa o el sistema de salud. Los efectos indeseables (es decir, los posibles efectos nocivos) son los desenlaces de salud adversos para el individuo (por ejemplo, aumento de la morbilidad y la mortalidad) y aumento de la carga que sobrellevan el individuo, la familia, la comunidad, el programa o el sistema de salud. Esto puede incluir, por ejemplo, el uso de recursos y los costos que implica aplicar las recomendaciones — qué programas, prestadores de asistencia sanitaria o usuarios tendrán que afrontar esos costos—, así como las posibles ramificaciones legales en los lugares donde ciertas prácticas están penalizadas.

Una recomendación fuerte (a favor o en contra de la intervención) es aquella en la que se tiene confianza en que los efectos deseables de la aplicación de la recomendación superan claramente a los efectos indeseables. Cuanta mayor es la calidad de la base de evidencia, más probable es que se pueda formular una recomendación fuerte. En esta directriz, las nuevas recomendaciones firmes se formulan empezando por “La OMS recomienda...”.

Una recomendación condicional (a favor o en contra de la intervención) es aquella en que la calidad de la base de evidencia puede ser poca o puede aplicarse únicamente a ciertos grupos o contextos; también puede ser emitida en los casos en que el GFD concluye que los efectos deseables de la recomendación probablemente superen los efectos indeseables o que se equilibren bastante, pero el GFD no siente confianza en que se compensen los efectos deseados

con los indeseados en todas las circunstancias. En esta directriz, las recomendaciones condicionales nuevas se formulan empezando con «La OMS sugiere».

En caso de poner en práctica una recomendación de este tipo, hay que vigilarla estrechamente y evaluarla con rigor. Se necesitarán más estudios para despejar las incertidumbres; esos estudios pueden arrojar nuevos indicios que alteren el equilibrio entre ventajas e inconvenientes.

Los valores y preferencias de las usuarias (las mujeres que viven con el VIH), así como las consideraciones pertinentes en torno a la factibilidad, los costos y los aspectos de equidad contribuyen en conjunto a determinar la firmeza de una recomendación.

Cuadro 2.2: Dominios considerados al evaluar la firmeza de las recomendaciones

Dominio	Fundamento lógico
Riesgos y beneficios	Cuando se formula una recomendación nueva, los efectos deseables (beneficios) tienen que sopesarse con los indeseables (riesgos), teniendo en cuenta cualquier recomendación anterior u otra alternativa. Cuanto mayor es la brecha o gradiente en favor de los beneficios frente a los riesgos, más probable será que se emita una recomendación fuerte.
Valores y preferencias (aceptabilidad)	Si hay probabilidades de que la recomendación se acepte ampliamente o se valore mucho, es probable que se emita una recomendación fuerte. Si hay una gran variabilidad o motivos sólidos para considerar poco probable que el curso de acción sea aceptado, es más probable que se emita una recomendación condicional.
Costos e implicaciones económicas	Los costos bajos (monetarios, de infraestructura, de equipo o de recursos humanos) o una mejor relación costo/eficacia tienen más probabilidades de apoyar una recomendación fuerte.
Factibilidad	Cuanto más factible sea una intervención para todas las partes interesadas, mayores probabilidades habrá de que se emita una recomendación fuerte.
Equidad	Si una intervención va a reducir las inequidades, mejorar la equidad o contribuir a materializar los derechos humanos, mayores probabilidades habrá de que se emita una recomendación fuerte.

Fuente: Schünemann y col., 2013 (45).

2.6 Toma de decisiones por el GFD durante la elaboración de la directriz

Los integrantes del GFD se guiaron por un protocolo claro de la OMS para la elaboración de directrices (39). Examinaron los datos de investigación y debatieron sobre los temas correspondientes bajo la guía de la metodóloga de la directriz. La reunión de consulta técnica del GFD realizada en Ginebra en abril de 2016 permitió que los participantes redactaran y consideraran cada una de las recomendaciones mediante un proceso colectivo de debate y revisión. A fin de obtener una indicación inicial de las opiniones de los miembros sobre la dirección de cada recomendación (a favor o en contra de una intervención) y en torno a la firmeza de cada recomendación (fuerte o condicional) tal como estaban redactadas, la metodóloga pidió a los participantes que levantara la mano en señal de apoyo de cada opción. No se trató de una votación formal sino un medio auxiliar para tomar decisiones que permitió a la metodóloga y los coordinadores sondear la distribución de las opiniones, para ayudar a llegar a un consenso mediante una discusión posterior. La adopción definitiva de cada recomendación, incluidas su dirección y firmeza, se confirmó mediante consenso unánime de los miembros del GFD. El GFD también determinó el contexto de las recomendaciones usando el mismo proceso consensual, basado en la discusión de la evidencia a favor y en contra de las intervenciones de todos los dominios evaluados. En el anexo 5 se recogen los juicios formulados por el GFD acerca de cada recomendación.

2.7 Compilación y presentación del contenido de la directriz

Después de la reunión del GFD, los miembros del GDD prepararon una versión preliminar del documento de la directriz, incluyendo las modificaciones a las recomendaciones, para reflejar con exactitud las deliberaciones y decisiones de los

participantes del GFD. Se envió el borrador de la directriz por correo electrónico a los participantes del GFD para que hicieran sus comentarios, y sus respuestas se incorporaron al documento antes de transmitirlo al GRE para conocer su opinión. A continuación, el GDD evaluó cuidadosamente las aportaciones del GRE para incluirlas en el documento de la directriz. Después de la reunión del GFD y el proceso de revisión arbitrada por expertos externos, las modificaciones hechas a la directriz por el GDD se circunscribieron a la corrección de errores concretos y al mejoramiento de la redacción para subsanar cualquier falta de claridad. La versión final revisada se devolvió por correo electrónico a los participantes del GFD para su aprobación definitiva.

Esta directriz presenta las recomendaciones de la OMS nuevas y publicadas por primera vez en la directriz de 2017 (indicado por el rótulo “NUEVA” a continuación del número de la recomendación) y las recomendaciones existentes que se habían publicado anteriormente en otras directrices de la OMS que aplicaban ya el método GRADE (todas las recomendaciones que no llevan el rótulo de “NUEVA”), así como las declaraciones de buenas prácticas existentes y las nuevas (rotuladas de idéntica manera).

Las cinco declaraciones de buenas prácticas (DBP) nuevas corresponden a la creación y el mantenimiento del entorno propicio necesario para optimizar la SDRS de las mujeres que viven con el VIH. Estas declaraciones de buenas prácticas nuevas se presentan en el Capítulo 3: Creación de un entorno propicio. Cada declaración nueva aparece en un recuadro sombreado junto con las observaciones acerca de las consideraciones clave para su aplicación destacadas por el GFD. La información adicional con respecto a cada uno de los ocho temas del Capítulo 3 se presenta en el siguiente orden después del recuadro o los recuadros que describen las recomendaciones o las declaraciones de buenas prácticas existentes o nuevas. (i) antecedentes del tema; (ii) obstáculos en contra de la SDRS; (iii) componentes de un entorno propicio que pueda allanar los obstáculos y apoyar la SDRS; y (iv) exclusivamente en el caso de las DBP nuevas, un resumen de los datos de investigación y las consideraciones del GFD que incluya todas las consideraciones adicionales acerca de la puesta en práctica, a fin de apoyar el conocimiento, la ejecución y la obtención de resultados óptimos.

Las seis recomendaciones (REC) nuevas están relacionadas con intervenciones sanitarias y abordan nuevas áreas temáticas o vienen a sustituir recomendaciones anteriores. Estas se presentan en el Capítulo 4: Intervenciones sanitarias. Cada recomendación nueva aparece en un recuadro sombreado, y se incluye la información acerca de la firmeza de la recomendación y la calidad de la evidencia en que está basada (determinadas mediante el método GRADE, según se describió anteriormente en la sección 2.5.2), seguida de una lista de observaciones, incluidas consideraciones clave acerca de la puesta en práctica destacadas por el GFD. A continuación del recuadro o recuadros que describen las recomendaciones o las declaraciones de buenas prácticas existentes o nuevas se presenta información adicional sobre cada uno de los seis tipos de servicios del Capítulo 4, en el siguiente orden; (i) antecedentes; y exclusivamente en el caso de las REC nuevas, (ii) un resumen de los datos de investigación y las consideraciones del GFD, incluidos los resultados y explicaciones acerca de la calidad de los datos y la firmeza de la recomendación, y toda consideración adicional, como factibilidad y costos, en caso de haber información al respecto.

Para cada área temática de la directriz, en los capítulos 3 y 4, también se usa un icono que hace referencia a la GVPS y se utiliza para indicar claramente al lector la presentación de información acerca de los valores y las preferencias de las mujeres que viven con el VIH, extraída de los resultados de la encuesta (37).

Además, en esta directriz el GDD también consolidó las **recomendaciones existentes** (únicamente las basadas en el método GRADE) y las **declaraciones de buenas prácticas existentes** tomadas de otras directrices recientes de la OMS aprobadas por el CED cuando eran pertinentes a la SDRS de las mujeres que viven con el VIH. En todos los casos, las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas se transcriben tal y como aparecen en las directrices anteriores en las que se publicaron. Con respecto a las recomendaciones existentes, también se señalan la firmeza de cada una y la calidad de los datos de investigación determinadas por el GFD respectivo. Dichas recomendaciones no se examinaron ni modificaron al elaborar la presente directriz de 2016 y siguen siendo válidas. La base científica de estas recomendaciones no se incluye en el material suplementario de esta directriz porque ya se publicó junto con las directrices originales. En el caso de todas las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas ya existentes, en las listas de observaciones se incluyen los títulos y los enlaces correspondientes, para permitir al lector acceder a más información en la fuente original.

En total, la presente directriz unificada incluye 52 recomendaciones (seis de ellas nuevas) y 22 declaraciones de buenas prácticas (cinco nuevas) pertinentes a la SDRS de las mujeres que viven con el VIH. Todas las recomendaciones (REC) y

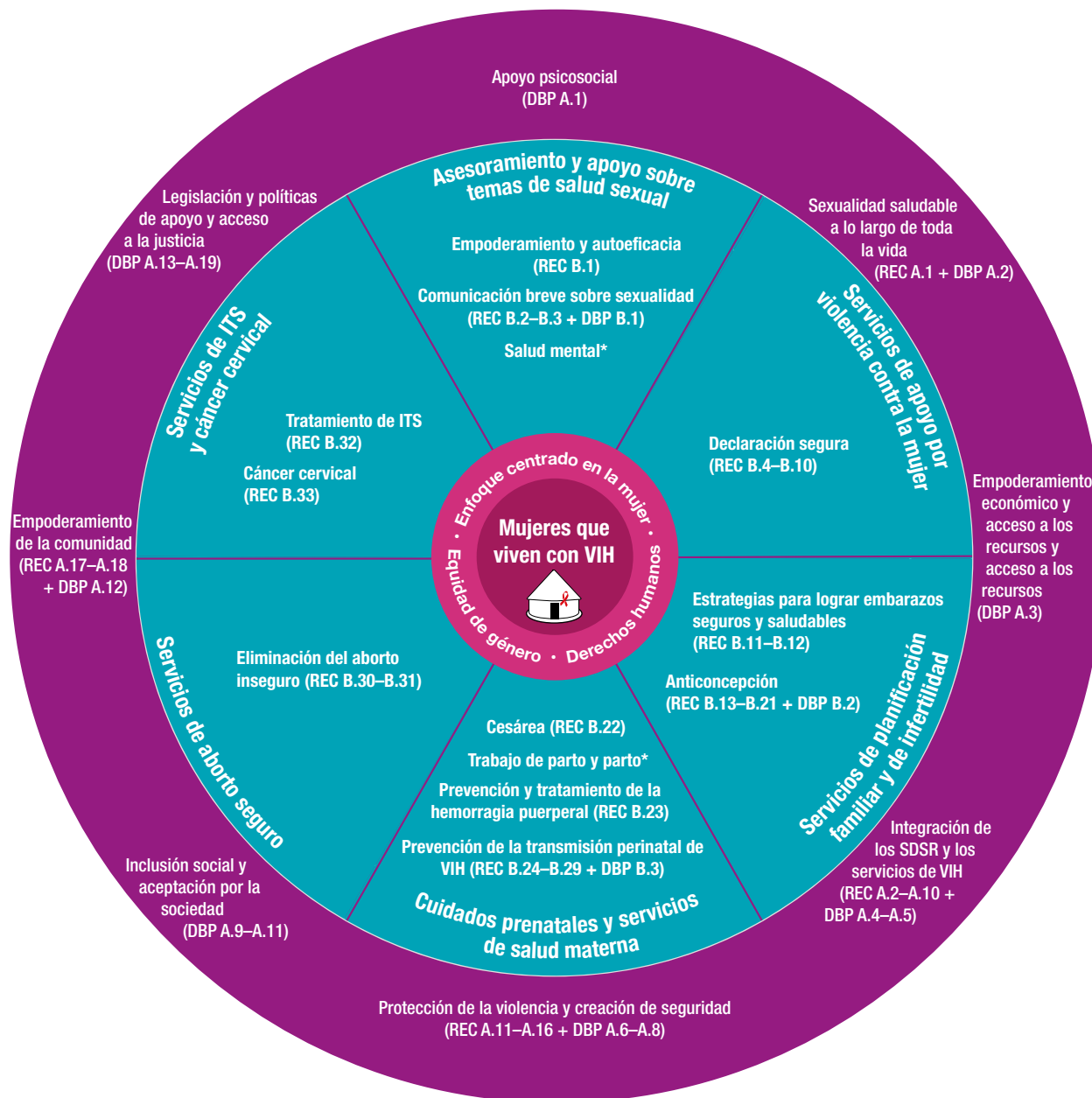
declaraciones de buenas prácticas (DBP) relativas a la creación de un entorno propicio aparecen el Capítulo 3 (y se resumen en la sección A de los Cuadros 1 y 2 del Resumen Ejecutivo, y en la Figura 2.1) rotuladas como REC A.1, REC A.2, etcétera, y como DBP A.1, DBP A.2, etcétera; y todas las relativas a intervenciones sanitarias figuran en el Capítulo 4 (y se resumen en la sección B de los Cuadros 1 y 2 del Resumen Ejecutivo, y en la Figura 2.1) rotuladas como REC B.1, REC B.2, etcétera, y DBP B.1, DBP B.2, etcétera, agrupadas en dos subsecciones según el área temática y el tipo de servicio.

En el Capítulo 5, dedicado a la ejecución y prestación de los servicios, se analizan las cuestiones fundamentales que deben guiar la aplicación de las recomendaciones para apoyar el logro máximo de los posibles beneficios, sobre la base de las discusiones del GFD. En el Capítulo 6 se enumeran las lagunas y prioridades en materia de investigación identificadas por el GFD, que requieren más estudio. Además, se exponen los elementos de un método incluyente recomendado para ampliar las bases científicas en torno a la SDRS de las mujeres que viven con el VIH. En el Capítulo 7 se describen los planes para la difusión, aplicación, Monitorización y Evaluación, y la actualización de la directriz y de las recomendaciones.

La evidencia extraída de las cuatro revisiones sistemáticas en apoyo de las seis recomendaciones nuevas (véase el Anexo 4) se resumieron en Cuadros GRADE, como base científica de la eficacia en que se apoyaron las nuevas recomendaciones de esta directriz. Estos Cuadros GRADE, así como las estrategias de búsqueda y los diagramas de flujo de las revisiones sistemáticas se presentan por separado en el suplemento de la Web.

El marco que se presenta en la Figura 2.1 ilustra la estructura esencial de esta guía consolidada y señala al lector temas específicos y recomendaciones (REC) relevantes de la OMS y declaraciones de buenas prácticas (DBP). Los valores y las preferencias de las mujeres que viven con VIH, tal como lo expresan los encuestados en la Encuesta Global de Valores y Preferencias, están en el meollo de esta guía, que se basa en un enfoque integral a SDRS centrado en la mujer, que aboga por los principios rectores de la igualdad de género y los derechos humanos (representados en el círculo rosa). Con eso como base, el marco muestra: (A) el entorno propicio que lo abarca (círculo púrpura exterior), con los ocho temas presentados en el Capítulo 3 (comenzando en la parte superior y desplazándose en sentido horario); y (B) las intervenciones sanitarias (segmentos centrales verde azulados), con los seis temas que se presentan en el Capítulo 4 (también en el sentido horario desde arriba); en todos los casos, estos temas van acompañados de información sobre las REC y las DBP pertinentes, que también se enumeran en los Cuadros 1 y 2, respectivamente (en el resumen ejecutivo).

Figura 2.1: Marco de recomendaciones de la OMS y declaraciones de buenas prácticas para avanzar en la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres que viven con VIH



- Valores y preferencias
- DBP – Declaración de buenas prácticas
- REC – Recomendación
- Ambiente propicio
- Intervenciones sanitarias

C-section: caesarean section; SSRD: Salud sexual y reproductiva y derechos afines; ITS: Infección de transmisión sexual.

* Para las secciones sobre “Salud mental” y “Parto y trabajo de parto”, esta guía no incluye ninguna REC o DBP, sino que se refiere a las orientaciones de la OMS ya existentes.

Capítulo 3. Creación de un entorno propicio: recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas

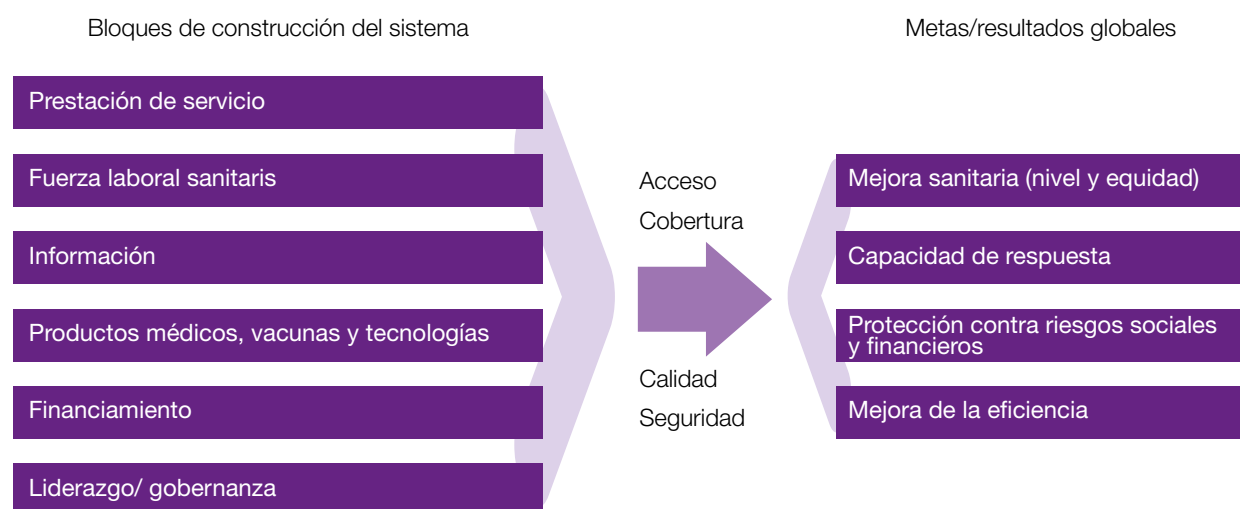
La puesta en práctica de programas integrales de salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y contra el VIH para atender las necesidades de salud de las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad y en todos los tipos de la epidemia exige implantar intervenciones que ayuden a superar los grandes obstáculos que entorpecen el uso de los servicios, en particular la exclusión social y la marginación, la criminalización, la violencia de género, el estigma y la desigualdad de género. Es indispensable tener en cuenta dichos obstáculos cuando se implantan estrategias para mejorar la accesibilidad, aceptabilidad, captación, cobertura equitativa, calidad, eficacia y eficiencia de los servicios dirigidos a las mujeres que viven con el VIH. De no superarse, los obstáculos terminan por socavar la SDSR de estas mujeres.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible dados a conocer en 2016 se basan en el principio de no dejar a nadie atrás y, en tal virtud, invitan a dirigir la ayuda primero a los más rezagados. En muchas sociedades del mundo las mujeres que viven con el VIH siguen afrontando muchas formas entrecruzadas de discriminación y la denegación de sus derechos humanos, especialmente en relación con la asistencia sanitaria. Para lograr los ODS de aquí a 2030 y cumplir la promesa de no dejar a nadie atrás, el sector de la salud —como parte de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)— tiene que actuar con miras a eliminar los obstáculos que afrontan las mujeres que viven con el VIH. Basándose en el Marco de los Sistemas de Salud de la OMS (46), es preciso que cada componente básico facilite y favorezca la creación de un entorno propicio para prestar servicios eficaces (Figura 3.1).

He aquí las características de un entorno propicio:

- **Las actitudes y comportamientos del personal sanitario** deben ser incluyentes, no estigmatizantes, y deben fomentar la seguridad y la igualdad. El personal asistencial y los directores de las dependencias sanitarias deben ser responsabilizados cuando no dispensen correctamente los servicios o descuiden el cumplimiento de las normas éticas profesionales y los principios referentes a los derechos humanos acordados internacionalmente. La prestación de asistencia y los servicios de tratamiento deberán centrarse en la persona sin adoptar posturas críticas, y permitir que las mujeres que viven con el VIH sean quienes orienten las decisiones acerca de su propia asistencia de una manera fundamentada y con apoyo.
- **El personal debe contar con los productos y las tecnologías médicos necesarios** para prestar los servicios, aplicar las intervenciones y crear y sostener el ambiente propicio.
- **La información sobre la gestión sanitaria** se debe producir, analizar, difundir y usar oportunamente, y debe abarcar todo el espectro de determinantes de una buena salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con el VIH. Esta información debe estar al alcance del personal sanitario, las mujeres que viven con el VIH y otros miembros de la comunidad para abordar los aspectos clínicos y de otra naturaleza de la SDSR. Es indispensable detectar las lagunas de información y colmarlas mediante investigaciones apropiadas, incluidas las impulsadas por la comunidad. La información tiene que ser exacta y fiable para que los pacientes puedan basarse en ella a la hora de tomar decisiones sobre su salud y bienestar personales y sus interacciones con los sistemas de salud.
- **Las intervenciones sanitarias** deben estar disponibles y estar accesibles en el lugar y el momento en que se necesiten; además, deberán ser aceptables y de gran calidad.
- Es imprescindible reconocer que **las asignaciones presupuestarias y las estrategias de financiación** desempeñan una función decisiva en la creación de un ambiente propicio para obtener buenos resultados de salud, lograr la cobertura sanitaria universal y prestar servicios con buena relación costo-eficacia.
- Se deben tener en cuenta **las políticas, los reglamentos y los incentivos operativos** como forma de apoyar un entorno propicio para SDSR de todas las mujeres que viven con el VIH, incluidas las que son agentes sanitarios. La variedad de factores determinantes de la SDSR exige que, al crear un entorno propicio, haya liderazgo y forjado de coaliciones entre sectores muy diversos, lo que incluye la colaboración y la participación significativa de la comunidad de mujeres que viven con el VIH. El sistema de salud debe ponerse al frente de las iniciativas para imponer un criterio abarcador.

Figura 3.1: El marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud



Fuente: OMS, 2007 (47).

La creación de un entorno propicio para la SDR de las mujeres que viven con el VIH debe adoptar las estrategias siguientes:

1. **Adoptar un enfoque holístico:** Para lograr un entorno más propicio es necesario trabajar a muchos niveles en todo el marco socioecológico (véase la sección 3.1). He aquí algunos ejemplos de este enfoque:
 - El apoyo a la salud psicosocial de las mujeres puede reducir el estigma internalizado a nivel individual;
 - la educación continua acerca de la infección por el VIH en las comunidades y el apoyo a las protecciones sociales de todos los individuos puede disminuir el estigma en los contextos sociales de las mujeres que viven con el VIH;
 - velar por que las dependencias sanitarias no permitan prácticas discriminatorias puede reducir el estigma institucional;
 - promover políticas y promulgar leyes para prevenir el estigma y la discriminación puede servir para atacar de raíz el estigma.

Todos estos son elementos de un enfoque abarcador de lo que constituye un entorno propicio para una buena SSR y la materialización de los derechos de las mujeres que viven con el VIH.

2. **Invertir en la programación a largo plazo:** A guisa de ejemplo cabe mencionar la creación de planes programáticos de SSR y contra la infección por el VIH con horizontes de 10 a 15 años, invirtiendo en la creación de capacidad y la trabajando para modificar las normas sociales nocivas, en vez de limitarse a desplegar actividades a corto plazo en respuesta a las crisis. Aun si los planes se concretan en fases de cinco años, el uso de estrategias de planificación e indicadores a largo plazo puede respaldar la consecución de metas más distantes. La formación de capacidad de los administradores y el personal sanitario locales, junto con la capacitación y la participación significativa de las personas que viven con el VIH apoyarán los programas sostenibles adoptados y apropiados a nivel local (48).
3. **Concentrarse en mensajes positivos.** Si el debate está dominado por las necesidades y las carencias, las intervenciones no permitirán reconocer ni aprovechar los puntos fuertes del grupo de mujeres que viven con el VIH ni los del sistema de salud. El empleo de técnicas como la indagación apreciativa (38) ayudará a reconocer los logros en los que se pueden basar los futuros avances. Asimismo, centrarse exclusivamente en las experiencias negativas puede hacer que las mujeres que ya han tenido experiencia negativas vuelvan a sufrir el trauma y no las ayudará a considerar formas de salir adelante hacia la recuperación, la curación y la resiliencia.
4. **El reconocimiento de la importancia del lenguaje.** El uso de un lenguaje positivo e incluyente genera oportunidades para el avance y la colaboración en vez de concentrarse exclusivamente en poner fin a los problemas existentes. Por ejemplo, hablar de “promover la salud” en vez de “acabar con la enfermedad” puede dar lugar a oportunidades para reflexionar acerca de los pasos siguientes de la promoción de la salud, además de despejar inquietudes en torno a problemas de salud. Los programas de SDR deben emplear un lenguaje que ponga a las personas por delante de la enfermedad, por ejemplo, “personas que viven con VIH” en vez de “personas infectadas por el VIH” o “personas VIH-positivas” . En lugar de VIH/SIDA hay que decir VIH o SIDA, a fin de disociar el virus del

síndrome clínico. “Adquirir” es un término más neutral que “infectado” para referirse a la transmisión del VIH. La prevención integral de la “transmisión vertical” se puede usar en vez de decir “transmisión de madre a hijo” (o TMAH) para aminorar la culpa que pueden sentir las mujeres que viven con el VIH. Todo esto es fundamental para crear un entorno que fomente la SDR (13).

5. **Crear intervenciones en alianza con las comunidades beneficiarias.** Este criterio ayudará a que los servicios respondan a las necesidades, prioridades y realidades de los beneficiarios a los que están destinadas.

A continuación, en la sección 3.1 se examina la aplicación de un marco socioecológico para definir un ambiente propicio para SDR de las mujeres que viven con el VIH, y en la sección 3.2 se exponen las estrategias esenciales con las que se pretende crear y sostener dicho entorno. En esta sección se incluyen las declaraciones de buenas prácticas y las recomendaciones ya existentes y las nuevas referentes a ocho áreas temáticas, que van desde el nivel personal (apoyo psicológico) hasta el normativo (leyes y políticas). Se examinan asimismo los obstáculos de importancia que ponen en riesgo el acceso a los servicios apropiados, de buena calidad y basados en los derechos de SDR de las mujeres que viven con el VIH, teniendo en cuenta los valores y preferencias de las propias mujeres en cada área, los cuales se han tomado de la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (GVPS) de las mujeres que viven con el VIH (37).

Considerada en su conjunto, la información contenida en este Capítulo tiene la finalidad de apoyar la creación del entorno propicio necesario para el logro satisfactorio de la SDR de las mujeres que viven con el VIH.

3.1 Aplicación de un marco socioecológico para definir un entorno propicio para la SDR de las mujeres que viven con el VIH

Un marco socioecológico ofrece un modelo integral para conocer los numerosos factores determinantes de la SDR de las mujeres que viven con el VIH. Este modelo se usa mucho para conocer los factores determinantes de una amplia variedad de comportamientos y resultados relacionados con la salud. Para los fines de la presente directriz, en el contexto de la atención de la SDR de las mujeres que viven con el VIH, el marco socioecológico ayuda a reunir algunas consideraciones más para definir un entorno propicio, en particular muchos factores en varios niveles que afectan la capacidad de las mujeres que viven con el VIH de acceder a los servicios pertinentes y necesarios de SDR y VIH, información y productos que son decisivos para dar forma a sus desenlaces de SDR y otros aspectos de su salud y bienestar. No hay un único factor que determine los desenlaces de SDR de las mujeres que viven con el VIH.

Un marco socioecológico se asienta en cuatro principios rectores. Primero, el reconocimiento de que son **muchos los factores que inciden** en los comportamientos y resultados relacionados con la salud, tanto en los niveles personal, interpersonal, comunitario como de la sociedad. Segundo, el planteamiento de que estos factores interactúan en esos distintos niveles. Tercero, la necesidad de **centrarse en comportamientos y resultados de salud específicos**, identificando a tal fin los factores con mayores probabilidades de influir en un determinado comportamiento o resultado en cada nivel del marco. Cuarto, el marco sugiere que es probable que las intervenciones que **abordan los factores en varios niveles** sean más eficaces que las que se dirigen a un único nivel.

La aplicación del marco a los resultados de SDR de las mujeres que viven con el VIH significa que:

1. En el **nivel individual** es necesario centrarse en el **apoyo a las mujeres que viven con el VIH** para lograr resultados tales como el aumento en la confianza en sí mismas y la capacidad de actuar personal para tomar y poner en práctica decisiones que fomenten su propia salud, así como el mejoramiento de los recursos económicos y sociales para el empoderamiento personal.
2. Con **respecto a las relaciones**, es necesario centrarse en **la pareja, la familia, los pares y las interacciones del personal sanitario con las mujeres que viven con el VIH** para reducir el estigma, la discriminación y la violencia interpersonal, así como promover la igualdad y la inclusión.
3. En el nivel de la comunidad, es necesario crear normas y apoyo sociales positivos y equitativos, incluyendo, por ejemplo, intervenciones dirigidas a los miembros y las instituciones de la comunidad en un sentido más amplio fuera de la unidad familiar, y en los vecindarios, escuelas, dependencias sanitarias, lugares de culto y de trabajo, a fin de disminuir el estigma y el riesgo de violencia, así como promover la igualdad y la inclusión.

4. En el **nivel social** es necesario **fomentar leyes, políticas y prácticas institucionales que apoyen la SDR de las mujeres que viven con el VIH** en materia sanitaria, social, económica y educativa, y crear normas y estructuras sociales amplias para ayudar a las mujeres que viven con el VIH a materializar plenamente su SDR.

Aun cuando el sector de la salud ocupa un lugar central en esta directriz, la ejecución satisfactoria de medidas en favor de un entorno seguro y propicio para las mujeres que viven con el VIH requiere la colaboración entre muchos sectores, como justicia, vivienda, agricultura, ganadería, educación, bienestar social y laboral. La creación de semejante entorno exige también la colaboración de distintos agentes, como el gobierno, la sociedad civil y el sector privado, así como la participación significativa de las mujeres que viven con el VIH en todos los aspectos.

El conocimiento socioecológico de la SDR de las mujeres que viven con el VIH conformará y focalizará las intervenciones con mayores probabilidades de lograr buenos resultados a la hora de abordar los problemas de SDR de las mujeres que viven con el VIH en su interacción con la sociedad en general. En el Recuadro 3.1 se presenta un ejemplo del marco socioecológico de la SDR de las mujeres que viven con el VIH.

Recuadro 3.1: Cómo puede el marco socioecológico guiar la prestación de servicios en materia de SDR

Ejemplo: Promoción de la sexualidad sana de las mujeres que viven con el VIH

Intervenciones en el nivel individual: Proporcionar orientación e información individual para ayudar a las mujeres a conocer sus derechos y opciones de SDR y a ayudarlas a determinar cómo proceder para alcanzar sus aspiraciones; de esta manera, las mujeres estarán así en mejor posición para hacer valer sus derechos y lograr sus aspiraciones.

Intervenciones en el nivel de las relaciones: Asegurar que el personal asistencial de las dependencias sanitarias respete y apoye a las mujeres con quienes interactúan, en vez de juzgarlas o estigmatizarlas; puede ayudar a que estas tengan un acceso mejor a los servicios de anticoncepción o esterilidad que necesitan para cumplir sus aspiraciones.

Intervenciones en el nivel de la comunidad: Empezar intervenciones para cambiar las normas sociales relativas a la violencia y el estigma; las mujeres serán más capaces de lograr una sexualidad sana porque sufren menos la violencia y sienten que se aceptan todas sus identidades sexuales.

Intervenciones en el nivel social: Sancionar leyes y reformar políticas, las mujeres estarán así en mejor posición para ejercer su capacidad de actuar si comparten el poder facilitado por la aptitud de heredar bienes y beneficiarse de las políticas del sistema de salud que les ofrecen una gran variedad de opciones anticonceptivas o servicios de apoyo de la fertilidad, para cumplir sus deseos en materia de fertilidad.

El sistema de salud debe intervenir en los asuntos que influyen en los resultados sanitarios en todos los niveles del marco socioecológico, y sopesar cómo puede interactuar para ayudar a las mujeres a lograr una sexualidad sana.

3.2 Estrategias esenciales para crear y sostener un entorno propicio

A continuación, se describen los componentes del entorno propicio que es imprescindible tener en cuenta en los niveles individual, de relaciones, comunitario y social para respaldar la SDR de las mujeres que viven con el VIH. Se presentan en el orden en que serán abordados de aquí en adelante en este Capítulo:

1. apoyo psicosocial
2. sexualidad sana a lo largo del ciclo de vida
3. empoderamiento económico y el acceso a los recursos
4. integración de la SDR y los servicios de tratamiento del VIH
5. protección de la violencia y creación de seguridad
6. inclusión social y aceptación
7. empoderamiento de la comunidad
8. leyes y políticas de apoyo y el acceso a la justicia.

En cada una de las subsecciones respectivas de este capítulo se mencionan las declaraciones de buenas prácticas y las recomendaciones existentes y las nuevas, así como información adicional sobre estos temas, a saber: (i) antecedentes; (ii) obstáculos; (iii) componentes de un entorno propicio, y solo en el caso de las DBP nuevas, (iv) un resumen de los

datos de investigación y las consideraciones del GFD. El Grupo Directivo de la Directriz (GDD) para la elaboración de esta directriz determinó ocho áreas temáticas en las que era necesario formular REC y DBP nuevas (véase el Capítulo 2, sección 2.4). Cuatro de esos temas se cubren en este capítulo (los primeros cuatro temas arriba enumerados). Las cinco DBP nuevas de esta directriz se presentan en las primeras cuatro subsecciones de este

Capítulo (y aparecen rotuladas como NUEVAS). Los resultados pertinentes de la GVPS hecha a mujeres que viven con el VIH también se presentan en cada subsección y se integran a la información proporcionada con las DBP nuevas.

3.2.1 Apoyo psicosocial

Declaración de buenas prácticas (NUEVA) acerca del apoyo psicosocial

DBP A.1: (NUEVA). La asistencia de la infección por el VIH debe incluir intervenciones de apoyo psicosocial, como grupos de apoyo y el apoyo por pares, proporcionados por las mujeres que viven con el VIH, con ellas y para ellas.

Observaciones

- Las intervenciones de apoyo psicosocial se crean, ejecutan y evalúan óptimamente por, con y para las mujeres que viven con el VIH o en colaboración con personal de la salud no especializado.
- Entre los posibles resultados que cabe prever, las intervenciones de apoyo psicosocial son las más eficaces para mejorar la capacidad para afrontar situaciones, la autoestima, el apoyo social, los síntomas depresivos, el estrés y el estigma percibido.
- Las intervenciones se deben basar en estudios formativos para garantizar su pertinencia para un determinado grupo de población, las circunstancias y el lugar concreto.

i. Antecedentes

Muchas mujeres que viven con el VIH padecen problemas psicosociales como el estrés, síntomas depresivos, o poca autoestima, entre otros. La proporción que sufre de depresión y ansiedad es mayor entre las personas que viven con el VIH que en la población general; algunos estudios informan una prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres; además, hay indicios de que la angustia psicológica tiene efectos negativos en la calidad de vida (49–51). En la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (GVPS) realizada a mujeres que viven con el VIH, de las 489 encuestadas que respondieron al módulo optativo de salud mental, 82% declararon síntomas depresivos y 78% declararon haber sufrido rechazo (37). Ya de por sí, el diagnóstico mismo de VIH puede provocar inmediatamente dificultades de salud mental. Las encuestadas mencionaron que, después del diagnóstico, padecieron en promedio 3,5 veces más problemas mentales que antes del diagnóstico. Sin embargo, más allá del diagnóstico, muchas mujeres que viven con el VIH suelen padecer de muchas inquietudes y problemas de salud mental —estigma, miedo, discriminación, violencia, tensiones económicas y efectos secundarios del tratamiento— que interactúan y limitan la SSR de las mujeres. Un análisis más minucioso de los datos de la encuesta mostró una relación positiva entre los problemas mentales y las “identidades socialmente desfavorecidas”, por los cuales el estigma relacionado con las identidades y comportamientos que son objeto de sanciones sociales o legales —como el trabajo sexual, el consumo de drogas, las relaciones homosexuales, la pobreza y las identidades de género no conformes— se entrecruzan con el estigma vinculado con la infección por el VIH y ello genera muchos planos de desventaja. Lo que es más, la gente opinó que los problemas mentales por sí mismos acarrearán su propio estigma, agregando otro plano más de dificultades a las mujeres cuando buscan apoyo y servicios. Estas interacciones entre los problemas afectan la salud y el bienestar de muchas maneras: pueden crear obstáculos a las relaciones sexuales e íntimas sanas, lo cual hace aparecer comportamientos de afrontamiento, como el consumo de sustancias, lo cual puede a su vez aumentar la vulnerabilidad y el riesgo; además puede llevar a violaciones de los derechos de los miembros excluidos de la sociedad que viven en las circunstancias de desigualdad de la dinámica de poder asociadas con la seropositividad y las inquietudes en torno a la salud mental (52). El apoyo psicosocial “aborda los problemas psicológicos y sociales continuos de las personas que viven con el VIH, sus parejas, sus familias y las personas que las cuidan” (53).

ii. Obstáculos

El estigma y los problemas mentales interactúan e impiden que las mujeres establezcan relaciones sexuales sanas, y que afirmen su capacidad de acción y control en esas relaciones. Las dificultades psicosociales pueden afectar negativamente el bienestar general de las mujeres que viven con el VIH, lo cual puede dar origen o empeorar la exclusión y el aislamiento sociales, así como afectar el uso de servicios o causar otros problemas mentales. Entre otras cosas, algunos problemas mentales pueden ser causados o empeorados por los efectos secundarios de algunos tratamientos (en particular, dismorfia corporal, fatiga, trastornos del sueño y pérdida de libido), lo que a su vez puede afectar al cumplimiento terapéutico.

iii. Componentes de un entorno propicio

La infección por el VIH puede afectar al bienestar mental y emocional, y se hace necesario contar con apoyo y orientación psicológicos que sea asequible, accesible, holístico e integrado con otros servicios de SRS y VIH.

iv. Resumen de la evidencia y consideraciones sobre la nueva declaración de buenas prácticas

Pese a la elevada prevalencia de problemas psicosociales entre las mujeres que viven con el VIH, de la asociación reconocida entre los problemas psicosociales y los resultados de SSR (54, 55) y de las recomendaciones para incluir el apoyo psicosocial como parte de la asistencia del VIH (53, 56), no hay revisiones que hayan examinado el efecto de las intervenciones de apoyo psicosocial en la SDR de las mujeres que viven con el VIH. Sobre la base de los resultados de la GVPS (véase la sección anterior de Antecedentes y el cuadro de Valores y Preferencias al final de esta sección) y teniendo en cuenta la importancia de los problemas de salud mental, el GFD incluyó en esta directriz el proceso para efectuar una nueva revisión sistemática de estudios que evalúen el bienestar mental, emocional o social y la calidad de vida, así como la toma de decisiones en materia de SDR en las mujeres que viven con el VIH (57). En los estudios abarcados por la revisión, entre los prestadores de asistencia había personal sin capacitación especial en salud mental, como profesionales sanitarios titulados (por ejemplo, médicos y enfermeras) que no eran especialistas en asistencia psiquiátrica ni psicológica o personal legos u otras personas con o sin capacitación en el área de apoyo psicosocial (58). Las intervenciones a cargo de legos se incluyeron debido a que muchas intervenciones de apoyo psicosocial en la actualidad son ejecutadas por legos debido a la escasez de personal sanitario formalmente capacitado. Esta situación brinda la oportunidad de que esos legos se identifiquen con los usuarios de una forma singular; por ejemplo, por compartir la experiencia de tener el VIH, si viven con el VIH, y se sienten capaces de compartir esta situación común con la de las pacientes. Entre los posibles resultados que hay que encarar, las intervenciones de apoyo psicosocial parecen ser las más eficaces para mejorar la capacidad de afrontamiento, la autoestima, el apoyo social, los síntomas depresivos, el estrés y el estigma percibido. Sin embargo, los estudios revisados no encontraron efectos estadísticamente significativos con respecto a estos resultados. No hubo patrones de resultados significativos de las intervenciones aplicadas en grupo frente a las practicadas individualmente, ni tampoco para distintos resultados primarios o diferentes poblaciones (por ejemplo, mujeres que acudían a la atención prenatal, madres u otros grupos). El documento de la OMS *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* (59) brinda orientación acerca de los servicios formales de salud mental, y el tema se expone más ampliamente en la sección 4.1.3 del Capítulo 4.

Valores y preferencias

Las mujeres que viven con el VIH que respondieron la GVPS expresaron la necesidad de apoyo psicológico para la revelación de su seropositividad, confianza en sí mismas, aceptación e imagen corporal positiva; consejería psicosexual permanente, incluso con su o sus compañeros; atención por los traumas del pasado; apoyo para aprender, comprender y creer en los derechos; y tratamiento y apoyo por el consumo de alcohol y drogas, tanto como un síntoma como una causa de problemas de salud mental. Las encuestadas también expresaron la necesidad de contar con asesoramiento que ayude a construir una vida basada en el bienestar y la aceptación, apoyo mutuo que ofrezca espacios seguros donde las mujeres puedan hablar sin ser juzgadas; y políticas que promuevan los derechos humanos y desafíen el estigma, incluido aquel derivado de los problemas de salud mental y el VIH (37).



3.2.2 Una sexualidad sana a lo largo del ciclo de vida

a. Pubertad y adolescencia

Recomendación actual sobre la sexualidad sana en la pubertad y la adolescencia

REC A.1: Los servicios de salud adaptados a los adolescentes se deben integrar en los servicios de VIH para lograr la participación y mejores resultados.

(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad)

Observaciones

- Esta recomendación está tomada de las *Guías unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública (7)*.
- Por más información, se puede consultar la publicación original disponible (en inglés) en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf
- Véase también la información sobre las políticas referentes a la edad de consentimiento en la sección 3.2.8; allí se presentan recomendaciones de buenas prácticas específicas (DBP A.15 a DBP A.16) sobre el apoyo a brindar a las adolescentes que viven con VIH para que puedan lograr su SDSR.

i. Antecedentes

Durante su pubertad las niñas necesitan información y apoyo para entender los cambios que observan en su cuerpo. Necesitan educación integral sobre la sexualidad (EIS) (25) que abarque información sobre cómo ocurren el embarazo, las ITS y la transmisión del VIH, a fin de dotarlas de los conocimientos y medios — incluyendo la confianza en sí mismas y la consciencia— para sortear los deseos y las experiencias sexuales tempranos. Dado que una alta proporción de las primeras relaciones sexuales de las chicas son forzadas o bajo coerción (60), es preciso empoderarlas para que sepan reconocer, evitar o denunciar la violencia y la coerción cuando se enfrenten con ellas, si es que les ocurre.

ii. Obstáculos

Las adolescentes y las jóvenes con VIH frecuentemente están mal informadas acerca de su SDSR. También es común que no tengan acceso a productos básicos apropiados debido a las restricciones sociales y legales sobre anticonceptivos y otros servicios de salud, incluso restricciones a la prestación de servicios a las mujeres que no están casadas (61).

Es frecuente que actitudes o valores moralistas y la carencia de las competencias necesarias obstaculicen la labor del personal sanitario a cargo de brindar a las adolescentes con VIH los servicios que necesitan. La capacitación, la clarificación en cuanto a los valores y el apoyo constante pueden facultarlos para proporcionar los servicios necesarios (62).

En varios países existen discrepancias entre la edad de libre consentimiento para tener actividad sexual, para el matrimonio y para el acceso a los servicios, lo cual entorpece el acceso de los jóvenes a los servicios de SRS que necesitan. Se ha comprobado que los adolescentes pueden optar por no buscar asistencia porque no quieren hablar con sus padres de sus problemas de salud y su actividad sexual, y al mismo tiempo los prestadores de servicios generalmente exigen el consentimiento de los padres para que los jóvenes puedan recibir los servicios, en particular los de SRS (63). En una encuesta de una muestra representativa de los adolescentes en los Estados Unidos reveló que el 35% evitaban el contacto con los servicios de salud con tal de no hablar de sus problemas de salud con sus padres, y que las chicas eran más proclives que los chicos a evitar la asistencia de salud para evitar que sus padres se enteraran de su comportamiento de alto riesgo (63). Aunque algunas leyes sirven para proteger a los jóvenes, la ley sobre la edad de libre consentimiento a nivel nacional y las normas sociales pueden también influir en las actitudes y comportamientos de los prestadores de servicios y erigir obstáculos al acceso a los servicios. Por lo tanto, no es de sorprender que los adolescentes de grupos clave afectados (por ejemplo, trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones homosexuales y personas que se inyectan drogas) y grupos vulnerables (por ejemplo, jóvenes encarcelados y mujeres jóvenes) tienen incluso menos acceso a las pruebas de VIH, orientación sobre el VIH y a la asistencia y el tratamiento correspondientes, comparado con la población adolescente general (64).

iii. Componentes de un entorno propicio

Los servicios de SDSR deben apoyar la sexualidad sana a lo largo del ciclo vital, y sobre todo ser accesibles y aceptables para todos los adolescentes con VIH (65).

Al igual que ocurre con las mujeres de mayor edad con VIH, los programas de apoyo y orientación sexual deben ser ideados por, con y para las mujeres jóvenes con VIH, incluyendo a las que pertenecen a poblaciones clave afectadas y en particular las de comunidades vulnerables, como las niñas y adolescentes con VIH que padecen además otras discapacidades. Para facilitar la aplicación de las recomendaciones, los proveedores de servicios de SSR y VIH deben recibir capacitación, materiales de ayuda y supervisión continua para ofrecer la orientación específica de la SDRS a las adolescentes y las jóvenes.

Las niñas que nacieron con VIH, o que lo contrajeron en la niñez, pueden necesitar un apoyo especial al llegar a la adolescencia, empezar relaciones sexuales y considerar por vez primera sus prioridades y derechos en materia de SSR, en particular la orientación sobre anticoncepción. Es importante que las chicas que contraen el VIH en la adolescencia reciban información y orientación exactas y oportunas con respecto a su SDRS como mujeres jóvenes con VIH, sobre todo información y orientación sobre el inicio y la continuación de las relaciones sexuales, el matrimonio y las opciones en cuanto a fertilidad. Las chicas y mujeres jóvenes que han contraído el VIH como consecuencia de una violación, incesto o violencia sexual pueden llegar a necesitar orientación sobre los traumas psicológicos, además de un apoyo social continuo (en la sección 4.2.1 *Revelación sin riesgos del estado serológico* se brinda más información acerca de la revelación del estado serológico de las adolescentes).

Las adolescentes pueden beneficiarse mucho del apoyo de sus pares. Estas pueden ser una fuente importante de apoyo psicosocial que las ayude a generar confianza y resiliencia, y a reducir la ansiedad y fomentar un sentido de pertenencia. Debido a sus experiencias comunes, las compañeras pueden también ayudar a las adolescentes con VIH a afrontar el miedo, la desesperanza, el estigma y la discriminación, y pueden facilitar la resolución de problemas. Pueden asimismo ser buenas fuentes de información práctica, motivación y refuerzo positivo para que cumplan con sus tratamientos, y las puede ayudar en el proceso de revelar su seropositividad, a sobrellevar los problemas de SSR y a resolver inquietudes acerca de su salud mental y abuso de sustancias (66).

El personal sanitario que atiende a las adolescentes que viven con el VIH debe evaluar la actividad sexual y facilitar información exacta sobre los servicios de SSR existentes (67).

En las *Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries* [Guías sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en las adolescentes en los países en desarrollo] se resumen las inquietudes específicas en torno a la creación de un entorno propicio para la salud y los derechos de todas las adolescentes, inclusive aquellas que viven con el VIH. Se incluyen recomendaciones para prevenir el embarazo precoz actuando sobre factores como el matrimonio precoz, las relaciones sexuales bajo coerción, el aborto peligroso, el acceso a los anticonceptivos y a los servicios de la salud materna para adolescentes. Estas recomendaciones deben tenerse presentes al crear un entorno propicio para las mujeres jóvenes que viven con el VIH y para las mujeres jóvenes en general (68).

Valores y preferencias

Las mujeres que viven con el VIH que respondieron a la GUPS expresaron la necesidad de que se ofrezca apoyo de SDRS a las niñas y las mujeres que viven con el VIH durante todo el ciclo de vida. Los mecanismos de protección social se perciben como necesarios para prevenir el abuso sexual infantil, el matrimonio de niños y adolescentes y el sexo coercitivo o transaccional, entre otros. Las niñas y mujeres jóvenes que viven con el VIH necesitan acceder a información muy variada sobre los cambios de sus cuerpos, la menstruación, la madurez sexual, el sexo y la sexualidad, la anticoncepción y las opciones de planificación de la familia y el embarazo; esto resulta especialmente necesario para aquellas que hacen la transición de servicios pediátricos a servicios para adultos: estos servicios deben proporcionarse sin juzgamientos o coerción y sin exigir consentimiento de los padres. La educación sexual integral (ESI) que se ofrece dentro y fuera de la escuela a niñas y mujeres jóvenes debe complementarse con intervenciones conductuales proporcionadas por médicos y otros proveedores de atención, dentro del contexto de una atención holística, centrada en la mujer y culturalmente competente durante el curso de la vida, de forma tal que se considere a la niña o la mujer en su totalidad, y no solo el virus. Los servicios, entre los que se incluyen el asesoramiento sobre sexo y relaciones deben ser de alta calidad e imparciales. Las mujeres solteras, lesbianas, bisexuales y transgénero, así como las que no tienen hijos, tienen que ser tratadas bajo las mismas normas de atención y asistencia que las casadas o las que tienen hijos (37).



b. Envejecimiento, menopausia y posmenopausia

(NUEVA) Declaración de buenas prácticas sobre el envejecimiento y la sexualidad sana

DBP A.2: Las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad deben ser apoyadas en su decisión de tener relaciones sexuales seguras y satisfactorias y obtener placer sexual a medida que envejecen. También se debe apoyar a las mujeres que viven con el VIH que deciden abstenerse de las relaciones sexuales.

Observaciones

- Los programas de apoyo y orientación sexual deben ser elaborados por, con y para las mujeres que viven con el VIH de todos los grupos de edad, incluidas las menopáusicas y las posmenopáusicas, en colaboración con los prestadores de asistencia sanitaria.
- Es preciso apoyar a las mujeres que viven con el VIH en sus decisiones voluntarias en torno a las relaciones sexuales, y proporcionarles información y recursos para que tengan experiencias sexuales seguras y placenteras, o para que se abstengan de las relaciones sexuales, según sus preferencias, y brindarle orientación y apoyo adaptados a sus decisiones, deseos y necesidades. Esto se aplica a todas las mujeres, incluidas las que han dejado atrás sus años reproductivos.
- Para facilitar la aplicación de las recomendaciones, los proveedores de servicios de SSR y VIH deben recibir capacitación, materiales de ayuda y supervisión continua al ofrecer la orientación de apoyo específica de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, aun a las mujeres que han dejado atrás la etapa reproductiva. La capacitación debe abarcar lo que se dice a las mujeres cuando se les diagnostica la infección por el VIH en cuanto a su sexualidad a lo largo del ciclo vital y la etapa de la vida en que se hallan en ese momento. Es posible que el sistema de salud tenga que hacer un esfuerzo especial y ayudar a quienes prestan servicios relacionados con el VIH a la hora de aplicar estas recomendaciones, ya que la tendencia general de ese personal suele centrarse en el cumplimiento terapéutico y la prevención de la transmisión. Esto podría incluir la actualización del programa de estudios del personal sanitario, ofrecer capacitación en el trabajo, supervisión y materiales auxiliares, así como crear materiales con y para las mujeres que viven con el VIH.
- La criminalización de la no revelación de seropositividad, la exposición y la transmisión dificulta que las mujeres mantengan relaciones sexuales.

i. Antecedentes

Las consideraciones en torno a la SDR de las mujeres que viven con el VIH van cambiando a lo largo del ciclo vital. Muchos programas de SSR y de VIH se centran en las mujeres en edad de procrear. Las evidencias en mujeres posmenopáusicas son limitadas. Si bien algunas mujeres son jóvenes cuando sobreviene la menopausia y en ese momento necesitan servicios apropiados, muchas mujeres tienen nuevas prioridades y otras necesidades en materia de salud sexual a una edad mayor, pasada su etapa reproductiva. Al aumentar la esperanza de vida de las mujeres, incluso de las que viven con el VIH, significa que muchos más adultos mayores de 50 años están contrayendo la infección por el VIH. Este grupo necesitará apoyo para mantener una sexualidad sana y para tomar decisiones referentes a su salud sexual.

ii. Obstáculos

Los estudios referentes a las relaciones sexuales de personas mayores de 50 años se han realizado mayoritariamente en grupos de personas que no están infectadas por el VIH. Como resultado, se sabe poco acerca del apoyo a la SDR, en particular la sexualidad sana, de las mujeres de más edad que viven con el VIH. Las actitudes de crítica o el desconocimiento de la importancia de la sexualidad satisfactoria para las mujeres de edad pueden llevar a que la atención sea deficiente. Igualmente, se necesitan más investigaciones sobre los posibles efectos de la infección por el VIH o de su tratamiento sobre la menopausia. El estigma aparejado a la infección por el VIH, las inquietudes en torno a la imagen corporal y la posible pérdida de libido, entre otros problemas, pueden inhibir el desarrollo de relaciones y de prácticas sexuales menos riesgosas en las mujeres mayores que viven con el VIH.

iii. Componentes de un entorno propicio

Los servicios de SRS deben apoyar la sexualidad sana a lo largo del ciclo vital, y sobre todo ser accesibles y aceptables para todas las mujeres que viven con el VIH, incluidas las de mayor edad.

iv. Resumen de la evidencia y consideraciones de la nueva declaración de buenas prácticas

Basándose en los resultados de la GVPS y habida cuenta de la escasez de estudios en torno a una sexualidad sana y las mujeres mayores que viven con el VIH, el GFD aplicó una revisión sistemática de estudios que analizaban la asociación

entre el envejecimiento y los comportamientos sexuales o las experiencias de intimidad de mujeres que viven con el VIH (69). La revisión solo identificó cuatro estudios que cumplían los criterios de inclusión. En general, se observó que, si bien las mujeres que viven con el VIH están viviendo más tiempo y se mantienen sexualmente activas en etapa más avanzada de la vida, siguen existiendo obstáculos que entorpecen su sexualidad activa y su posibilidad de mantener relaciones sexuales sanas.

Valores y preferencias



Las mujeres que viven con el VIH —especialmente las mujeres mayores que participaron en la GVPS— plantearon su preocupación con respecto al efecto que vivir con el VIH y cumplir a largo plazo con el tratamiento con antirretrovirales tendrían sobre la menopausia. También pusieron de relieve la escasez de información sobre la SDR y la carencia de servicios para las mujeres posmenopáusicas. Expresaron la necesidad de que las mujeres que viven con el VIH pudieran contar con información sobre la SDR y apoyo a lo largo de todo su ciclo de vida, e incluyeron, entre otros, lo siguiente: información acerca de cualquier interacción posible entre la infección por el VIH y el tratamiento con antirretrovirales y la menopausia; la atención y el apoyo apropiados a las mujeres que están pasando por su menopausia; y capacitación, sensibilización y otras iniciativas de cambio del comportamiento de los médicos y otros prestadores de asistencia sanitaria, a fin de que puedan ofrecer una asistencia holística, centrada en la mujer y culturalmente apropiada a las mujeres de edad. La orientación sobre la sexualidad y las relaciones sexuales se debe poner a disposición de todas las mujeres, incluidas lesbianas, bisexuales y transgénero (37).

3.2.3 Empoderamiento económico y acceso a los recursos

(NUEVA) Declaración de buenas prácticas sobre la seguridad alimentaria

DBP A.3: La evaluación integral de la seguridad alimentaria vinculada con los servicios adecuados es un componente integral del cuidado de las mujeres que viven con el VIH.

Observaciones

- La inseguridad alimentaria suele ser un problema importante para las mujeres que viven con el VIH.
- Estas mujeres afrontan otros problemas graves en relación con los recursos, en particular la vivienda y el bajo nivel socioeconómico.
- Los programas multidimensionales dirigidos a reducir el hambre, la pobreza, la malnutrición y la inseguridad alimentaria, y que fortalezcan los derechos jurídicos y sociales de las mujeres junto con la asistencia alimentaria y la generación de ingresos deben considerarse como parte de la respuesta contra la infección por el VIH.
- El acceso a los alimentos es importante. El suministro de información sobre las prácticas alimentarias sostenibles puede ser una intervención útil y relativamente barata. Debe incluir información sobre los alimentos beneficiosos para las mujeres que viven con el VIH, como los que ayudan a mantener una buena nutrición y un peso sano. Otras opciones pueden ser mejorar el acceso a un empoderamiento económico general e intervenciones o servicios de protección social para apoyar la seguridad alimentaria y otras necesidades conexas, como la vivienda y la independencia económica. Esto puede incluir también brindar oportunidades de generar ingresos a las mujeres que viven con el VIH.
- Es esencial contar con colaboración multisectorial para poner en práctica un paquete completo de asistencia de la SSR basado en los derechos.
- En las zonas con niveles elevados de pobreza a inseguridad alimentaria, tal vez haya que recurrir a los mismos nexos con los servicios por intermedio de los establecimientos sanitarios, para evitar tensiones entre las personas que viven con el VIH y las que no pero que también necesitan alimentos, y para evitar estimular que haya quienes se sientan tentados de contraer la infección por el VIH con tal de recibir alimentos. El empoderamiento económico y los servicios que apoyan el acceso a los recursos deben considerar la situación general de cada mujer infectada por el VIH y ponerla en contacto con otros servicios apropiados, según sea necesario.

i. Antecedentes

El estado serológico positivo puede ir de la mano con la inseguridad de los medios de subsistencia, un aumento de la y falta de recursos para cubrir sus necesidades y gastos básicos. Esto acarrea una mayor vulnerabilidad y resultados más adversos en materia de SDR. Por lo tanto, las intervenciones que apunten al empoderamiento económico, la reducción de la pobreza y el acceso a los recursos, tales como el apoyo para vivienda y alimentos puede apuntalar el estatus de las mujeres que viven con el VIH en el seno de sus familias, mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y sus resultados sanitarios. De igual manera, las barreras legales asociadas con el género o el estado civil limitan la adquisición de bienes por las mujeres poniéndole límites a tener propiedades, heredar de familiares o de su pareja, entre otros medios. Asimismo, las vulnerabilidades socioeconómicas pueden dificultar que las mujeres que viven con el VIH ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo, cuando las mujeres dependen de una pareja violenta o abusiva, o del intercambio de relaciones sexuales por dinero u otros bienes para satisfacer sus necesidades básicas y/o las de sus hijos.

ii. Obstáculos

Las mujeres que viven con el VIH indican padecer inseguridad en cuanto a los medios de subsistencia, como resultado de abandono, viudez, pérdida del trabajo o de los ingresos por el estigma y la discriminación en el lugar de trabajo, la mala salud física o mental, la violencia de pareja y los efectos secundarios negativos del tratamiento. La dependencia económica puede obligar a las mujeres a permanecer en relaciones violentas y desalentarlas de conseguir tratamiento, pudiendo perjudicar la salud mental de las mujeres que viven con el VIH.

El tratamiento de la infección por el VIH puede aumentar la necesidad de contar con seguridad alimentaria, pues las mujeres que viven con el VIH no solo necesitarán alimentos para nutrirse y conservar la salud, sino también para apoyar el inicio del tratamiento con antirretrovirales y afrontar los efectos secundarios del TAR. Los estudios también muestran que algunas mujeres mantienen relaciones sexuales para procurar su acceso a alimentos (61).

iii. Componentes de un entorno propicio

Las intervenciones de empoderamiento económico y legal podrían fortalecer las aptitudes técnicas y profesionales, proporcionar la ayuda de mentores, reforzar la autoestima, generar un sentimiento de solidaridad y crear aptitudes de comunicación y negociación de las mujeres que viven con el VIH con sus compañeros sexuales. Tales intervenciones pueden asimismo mejorar la habilidad de las mujeres para reclamar sus derechos de propiedad y sucesorios de modo que no tengan que depender de otros para su seguridad económica y alimentaria.

iv. Resumen de la evidencia y consideraciones para la nueva declaración de buenas prácticas

Inseguridad alimentaria

Se entiende por inseguridad alimentaria la falta de acceso a una nutrición adecuada. En las personas que viven con el VIH, la inseguridad alimentaria se ha vinculado con una mayor vulnerabilidad a la transmisión del VIH, una evolución más rápida de la enfermedad y una supresión incompleta de la carga vírica. Varios estudios han observado que la inseguridad alimentaria obliga a las mujeres a mantener relaciones sexuales a cambio de alimentos u otros servicios, o dedicarse al trabajo sexual. La inseguridad alimentaria es uno de los problemas graves que afrontan las mujeres que viven con el VIH en relación con los recursos, en particular la vivienda y el estado socioeconómico bajo. EL GFD consideró la revisión sistemática de los estudios que examinaron el efecto de la inseguridad alimentaria sobre las conductas sexuales de riesgo y el cumplimiento del TAR entre las mujeres que viven con el VIH (70). La revisión se realizó para apoyar la elaboración de esta directriz. En la revisión se identificaron cinco estudios que cumplían los criterios de inclusión, en particular la inclusión de datos cualitativos y cuantitativos de África y América del Norte en las publicaciones arbitradas. Se identificaron cuatro temas importantes con relación a la inseguridad alimentaria: las relaciones sexuales como medio de supervivencia (es decir, el trabajo sexual y las relaciones sexuales a cambio de algún bien material); la falta de control en las relaciones; una barrera al inicio del TAR y su cumplimiento; y el cumplimiento del TAR y la salud de las mujeres.

Vivienda

Los servicios de vivienda pueden ser particularmente importantes. Contar con una vivienda puede mejorar la calidad de vida al crear un hogar protegido, un entorno seguro para las mujeres que están tratando de alejarse de una relación violenta y un lugar donde la mujer puede guardar y tomar sus medicamentos, en especial el TAR. Se pueden lograr resultados igualmente beneficiosos si se refuerzan los derechos de sucesión y de propiedad de las viudas (especialmente si enviudaron por causa del VIH). Es indispensable que la entrega de alimentos u otros servicios no

estigmatice a las mujeres que viven con el VIH o que peligre la revelación de seropositividad accidental de su estado serológico. Cada día hay más indicios del papel que juega la protección social en la respuesta a la infección por el VIH (71). La protección social que tienen en cuenta el estado serológico implica que no hay que centrarse exclusivamente en las personas que viven con el VIH o afectadas por el VIH. Aplicando un enfoque de protección social que tenga en cuenta la serología VIH, se atiende a las personas que viven con el VIH y a otros grupos de población clave juntos, a fin de no excluir a otros grupos igualmente mal atendidos. Se ha definido a la protección social como “todas las iniciativas públicas y privadas que proporcionan ingresos o transfieren alimentos a los pobres, protegen a las personas vulnerables de los riesgos que afectan a sus medios de subsistencia y contribuyen a mejorar la condición social y los derechos de los marginados, con el objetivo último de reducir la vulnerabilidad económica y social de los grupos pobres, vulnerables y marginados” (71).

While supporting empowerment and resource access can improve individual well-being, at a structural level, poverty is linked to HIV and to challenges of maintaining wellness and SRHR. To facilitate the SRHR of women living with HIV and others, health-care providers should support actions and policies and build coalitions with social protection actors to reduce poverty and increase resource access.

Valores y preferencias



En sus respuestas a la GVPS, las mujeres que viven con el VIH destacaron los problemas de la pobreza y la carga que ésta impone a su salud mental, física y sexual. El problema más grave (mencionado por 67% de las encuestadas) fue la falta de oportunidades de empleo para las mujeres que viven con el VIH. La encuesta también reveló muchos problemas que vinculan la inseguridad económica con la SDR de las mujeres que viven con el VIH. Por ejemplo, la violencia contra estas mujeres —en particular la denegación de los derechos de propiedad y de sucesión en caso de viudez— crea y empeora la pobreza y la vulnerabilidad económica; la dependencia económica puede obligar a las mujeres a permanecer en una relación violenta, y también determina una falta de poder de negociación y de decisión frente a la pareja, en particular las cuestiones en torno a las relaciones sexuales y la procreación. La estabilidad financiera incide también en la decisión de las mujeres que viven con el VIH, de si tener hijos o no y cuándo hacerlo; incide inclusive en su capacidad de acceder a los servicios privados de fertilidad y a los servicios privados de aborto sin riesgos. La inseguridad económica puede tener un efecto mayor en las mujeres que viven con el VIH más marginadas, como las trabajadoras sexuales y otras mujeres con múltiples vulnerabilidades. La pobreza surgió como una gran preocupación de las mujeres que envejecen con el VIH, especialmente las que no tienen hijos, que han enviudado o que no tienen pareja ni acceso a seguros ni pensiones. Las mujeres desean una asistencia sanitaria asequible, entre otras cosas para las pruebas, la orientación, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH, y para la SSR y la salud mental. Para conseguir este objetivo, las encuestadas subrayaron la necesidad de: aumentar la cantidad de centros de salud que ofrecen tratamiento del VIH y servicios de SSR en las zonas rurales; facilitar el acceso a los seguros médicos; ofrecer tratamiento asequible de la fertilidad, y procurar que los costos del transporte y el cuidado de los hijos no represente un obstáculo que entorpezca el acceso a los servicios. La imbricación de los problemas que afrontan las mujeres que viven con el VIH exige la intervención de grupos multidisciplinarios, entre los que se incluyan pares que actúen como mentoras, capaces de colaborar en los distintos sectores pertinentes a las necesidades que plantea la infección por el VIH (37).

3.2.4 La integración de la SDR y los servicios contra la infección por el VIH

Recomendaciones vigentes sobre la integración de los servicios

REC A.2: En los lugares donde la epidemia es generalizada, el TAR se debe iniciar y mantener en las embarazadas y púerperas elegibles y en los menores de 1 año en los centros de atención de salud materno infantil, con nexos y derivación para proseguir con la asistencia de la infección por el VIH y el TAR, según corresponda.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja)

REC A.3: Los servicios contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y de planificación familiar se pueden integrar a la asistencia de la infección por el VIH.

(Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja)

Recomendaciones vigentes sobre la descentralización de los servicios

REC A.4, A.5, A.6: La descentralización del tratamiento y la asistencia de la infección por el VIH debe considerarse como una forma de aumentar el acceso a la asistencia y mejorar la permanencia en ésta:

- **inicio del TAR en hospitales y mantenimiento en dependencias sanitarias**
(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad)
- **inicio y mantenimiento del TAR en centros de salud periféricos**
(Recomendación fuerte, evidencia de poca calidad)
- **inicio del TAR en establecimientos de salud periféricos y mantenimiento en el nivel comunitario**
(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Recomendaciones vigentes sobre delegación de funciones y tareas compartidas

REC A.7: Los prestadores de asistencia legos capacitados y bajo supervisión pueden distribuir el TAR a adultos, adolescentes y niños infectados por el VIH.

(Recomendación fuerte, evidencia de poca calidad)

REC A.8: El personal clínico no médico, parteras y personal de enfermería capacitado puede iniciar el TAR de primera línea.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

REC A.9: Personal clínico no médico, parteras y personal de enfermería capacitado puede continuar con el mantenimiento del TAR.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

REC A.10: Agentes sanitarios de la comunidad capacitados y bajo supervisión pueden dispensar el TAR entre las consultas periódicas al consultorio.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Observaciones

- Estas recomendaciones vigentes están tomadas de la segunda edición del documento *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition*, publicadas por la OMS en 2016 (7).
- Es importante procurar que los prestadores de servicios reciban la capacitación adecuada como se describe en la directriz, pues su trabajo tiene que ver con consideraciones especiales para las mujeres que viven con el VIH.
- Por más información puede consultar la publicación original (en inglés) en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

(NUEVO) Declaraciones de prácticas adecuadas sobre la integración de los servicios

DBP A.4: Las mujeres que viven con el VIH deben tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) integrados y completos* y a los servicios contra la infección por el VIH.

DBP A.5: Las mujeres que viven con el VIH deben ser incluidas en el diseño y la prestación de estos servicios.

* Como se define en la *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*, publicada por la OMS en 2004, los cinco aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva son: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos no seguros; combatir las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual (65).

Observaciones

- Tanto los modelos de asistencia sobre el terreno y los de derivación mejorada han demostrado resultados positivos. Así, pues, el modelo de integración que se escoja dependerá del contexto donde se presta la asistencia y deberá aminorar cualquier obstáculo al acceso existente.
- Se puede ofrecer una amplia gama de servicios de planificación familiar e ITS de manera regular durante la atención corriente de la infección por el VIH, en vez de hacerlo exclusivamente en el momento de la incorporación o el inicio del tratamiento.
- Al integrarse los servicios es preciso considerar las circunstancias de la vida de estas mujeres, en especial los servicios relacionados con la violencia de género y otros problemas de salud.

i. Antecedentes

La integración de los servicios de SRS y VIH puede mejorar los resultados de SDR de las mujeres. Dicha integración parte del reconocimiento de la importancia de empoderar a las personas para que tomen decisiones fundamentadas sobre su propia SSR, así como el papel vital que juega la sexualidad en la vida de las personas (72).

Los servicios de planificación familiar (PF) integrales y basados en los derechos son un componente central de los servicios integrados de SSR y de atención del VIH, y posibilitan a las mujeres que viven con el VIH ir en pos de sus objetivos de fertilidad, en particular la planificación de embarazos más seguros, espaciar los embarazos deseados y prevenir los embarazos no deseados.

En el Recuadro 3.2 se presenta una lista de servicios esenciales de SDR para las mujeres que viven con el VIH. La entrega del TAR a las mujeres que viven con el VIH forma parte también de la atención clínica integral eficaz contra el VIH en las mujeres que consultan por servicios de planificación familiar (7). El fortalecimiento del acceso o la mejora de la calidad de los servicios pueden no alcanzar para mejorar los resultados sanitarios si no existe un entorno propicio seguro, por lo que se impone la inclusión del tamizaje y la atención integral de la violencia de género y la prevención del estigma como parte de los servicios de planificación familiar. Es siempre inadmisibles que un prestador de asistencia recurra a la coerción u obligue a una mujer a impedir la concepción si ella no quiere hacerlo. Se debe orientar a la mujer indicándole todas las opciones de planificación sana del embarazo y los medios anticonceptivos sanos disponibles, a fin de apoyarla en la toma voluntaria de sus propias decisiones. La integración de los servicios de planificación familiar y de la infección por el VIH constituyen un enfoque para hacer a ambos más accesibles a las mujeres y parejas que viven con el VIH.

Actualmente se acepta ampliamente la importancia de vincular la SSR con las respuestas a la infección por el VIH y el SIDA. Los vínculos tienen que ser amplios y abarcar no solo el sector de la salud y los efectos directos sobre la salud, sino también los factores determinantes estructurales y sociales que influyen tanto en la infección por el VIH como en la SSR. Existe un consenso internacional en torno a la necesidad de crear nexos eficaces entre las respuestas a la infección por el VIH y la SSR, lo que incluye recomendaciones para adoptar medidas concretas en los ámbitos de las políticas, los sistemas y los servicios (73).

Recuadro 3.2: Lista de servicios esenciales de SDRS destinados a las mujeres que viven con el VIH

- Información y orientación para apoyar el derecho de las mujeres a tomar sus propias decisiones en materia de reproducción, incluida la planificación de los embarazos deseados y la prevención de los embarazos no deseados
- Atención clínica integral y eficaz de la infección por el VIH para mejorar la salud, al margen de las intenciones en cuanto al embarazo
- Orientación y servicios de planificación familiar que respetan los derechos de las mujeres, incluyendo anticoncepción y servicios y tamizaje de la esterilidad.
- Tamizaje y atención integral de las infecciones de transmisión sexual.
- Respuesta a la violencia de género
- Un entorno sin estigma ni discriminación.

Fuente: The Inter-agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and their Children, 2012 (74).

ii. Obstáculos

Las mujeres que viven con el VIH que consultan por el VIH pueden no siempre lograr el acceso o la utilización de los servicios de SDRS debido a obstáculos como desconocimiento, distancia, horarios, discriminación, y violencia de género, entre otros motivos. Esto puede aumentar los resultados negativos de SDRS, como embarazos no planificados, no deseados o mal espaciados, ITS que no se tratan, y otros. La estructura vertical de los servicios para atención de la infección por el VIH en muchos países puede oponer barreras al suministro de métodos de planificación familiar en los lugares dedicados a dicha infección por falta de capacitación o aptitudes del personal, falta de insumos o ausencia de sistemas de información sanitaria que conecten los servicios.

iii. Componentes de un entorno propicio

El poder garantizar el acceso a toda la gama de servicios de SDRS dispensados de manera respetuosa y en un entorno propicio resulta crucial para que las mujeres que viven con el VIH logren resultados óptimos en materia de SDRS. Las dependencias sanitarias pueden crear un entorno propicio que facilite la buena SDRS.

iv. Resumen de la evidencia y consideraciones sobre las nuevas declaraciones de buenas prácticas

Si bien directrices anteriores de la OMS incluyeron la integración de la atención de la infección por el VIH en los servicios de SDRS (6), al elaborar la presente directriz se efectuaron dos revisiones para caracterizar los diferentes modelos de integración de los servicios de SDRS (servicios para ITS y de planificación familiar, respectivamente) en el tratamiento de la infección por el VIH que se han evaluado usando un grupo de comparación, y para resumir los datos de los resultados positivos y negativos. En el contexto de estas dos revisiones, la integración de los SDRS y la atención de la infección por el VIH se consideró a nivel de la dispensación de servicios y no al de política u otro tipo. Los servicios integrados de SDRS y atención de la infección por el VIH podían incluir: (i) servicios para ITS, como pruebas, tratamiento y cuidados por síndrome; (ii) servicios de planificación familiar, incluidas información, educación y comunicación (ICE), comunicación para el cambio de comportamiento (CCC), orientación y evaluación; y (iii) suministro de los artículos básicos, ya fuese sobre el terreno o a través de derivaciones. Las revisiones incluyeron una amplia gama de resultados. Al examinar la integración de los servicios de planificación familiar y atención por el VIH (75), los resultados primarios de los estudios incluían cambios destinados a atender las necesidades insatisfechas de planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos modernos, uso de métodos más eficaces, uso combinado de un método moderno con preservativos, uso de cualquier anticonceptivo y tasas de embarazos no

deseados. Los resultados secundarios fueron el conocimiento de los métodos anticonceptivos y las actitudes tendientes a su uso, la eficacia en función del costo y la satisfacción de las usuarias con los servicios. Los métodos anticonceptivos modernos incluían los hormonales inyectables, los orales (píldora), los dispositivos intrauterinos (DIU), los implantes, la esterilización femenina o masculina y el uso regular de preservativos para el hombre o la mujer. Entre los métodos anticonceptivos eficaces se incluyen todos los métodos modernos excepto los preservativos. En la revisión sobre la integración de los servicios para las ITS y la infección por el VIH (76), los resultados fueron el uso de los servicios para las ITS, las ITS (re infecciones), la satisfacción de las usuarias y la calidad de los servicios, así como los conocimientos y actitudes de la persona que prestaba los servicios acerca de los servicios para ITS dirigidos a las mujeres que viven con el VIH.

Basándose en el examen de estas evidencias, el GFD logró el consenso en torno a las nuevas declaraciones de buenas prácticas DBP A.4 y DBP A.5.

La atención sanitaria de las mujeres y niñas que viven con el VIH, en particular las que forman parte de grupos clave afectados, debe estar disponible y ser accesible y asequible, y debe brindar servicios integrados de SSR. Es imprescindible que, al integrarse y dispensarse los servicios, se respeten los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH, velando por el respeto del consentimiento informado o fundamentado, por que se les ofrezcan todas las opciones de TAR y que no sean objeto de coerción para terminar el embarazo, someterse a la esterilización o ser presionadas para que empiecen el tratamiento (77).

El Recuadro 3.3 presenta consideraciones especiales para la SDSR de las mujeres jóvenes que viven con el VIH que se inyectan drogas.

Recuadro 3.3: Consideraciones especiales para la SDSR de las jóvenes que viven con el VIH que se inyectan drogas

Integración de los servicios y acceso a estos:

- La separación de los servicios para el tratamiento de la tuberculosis, el VIH, la hepatitis vírica, la SSR y otros aspectos de la disminución del daño dificulta que las personas que se inyectan drogas tengan acceso a una asistencia que satisfaga todas sus necesidades (78).
- Según informa la consulta Youth RISE, en Kirguistán las jóvenes que se inyectan drogas declararon que los servicios de SDSR eran importantes para ellas, pero se sentían estigmatizadas cuando acudían a ellos (78).
- Las embarazadas que se inyectan drogas tienen menos probabilidades que las que no lo hacen de acceder a los servicios de atención prenatal y para la prevención de la transmisión perinatal de la infección por el VIH, lo que aumenta su riesgo de transmitir el VIH al recién nacido (79).
- Las experiencias negativas que han tenido con los servicios de salud —como las actitudes críticas del personal, la falta de respeto en el trato a los jóvenes o la percepción de falta de privacidad y confidencialidad— desalientan a los jóvenes que se inyectan drogas a solicitar los servicios que necesitan. En algunos países, el clima social conservador hace más difícil que los jóvenes, especialmente las chicas y las mujeres jóvenes, tengan acceso a los servicios de SSR.

Consideraciones generales para los servicios dirigidos a los adolescentes que se inyectan drogas:

- Se debe dar especial atención a defender los intereses de los adolescentes y niños al idear y poner en práctica todos los programas y servicios dirigidos a los niños que se inyectan drogas (incluidos los servicios contra la infección por el VIH y los de SSR), tal como se desprende del artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (80) y otros tratados internacionales pertinentes.

Valores y preferencias



Las mujeres que viven con el VIH que contestaron la GVPs expresaron que la atención sanitaria de las mujeres y chicas que viven con esta infección debería ser accesible, asequible y estar disponible, e incluir servicios integrados de SSR. Las encuestadas revelaron haber tenido experiencias negativas con respecto a las opciones en materia de anticoncepción: a muchas les dijeron los dispensadores que sólo podían usar preservativos; a otras se les presionó u obligó a aceptar métodos anticonceptivos de acción prolongada o permanente. Además, estos métodos a veces se ofrecen con la condición de recibir otros servicios, como los de aborto sin riesgos y la atención posaborto o el TAR. Además, solo la mitad de las encuestadas, aproximadamente, recibieron apoyo práctico para la concepción sin riesgos o para cumplir sus deseos en cuanto a la fertilidad, a pesar de que estos temas se analizaron al entrar en contacto con el personal sanitario el 70% de las veces. Los episodios de violencia también se denunciaron como barreras para lograr resultados óptimos de SDRS.

Las mujeres que viven con el VIH indicaron que todas las mujeres con esta infección deberían recibir atención y apoyo compasivos, holísticos e incondicionales y tener la posibilidad de tomar decisiones fundamentadas en el marco de los servicios relacionados con el embarazo y los deseos en cuanto a la fertilidad y el disfrute de una sexualidad sana. Las encuestadas manifestaron la necesidad de que el embarazo y el parto de las mujeres que viven con el VIH —así como el derecho a tener relaciones sexuales y contraer matrimonio— se considerasen “normales” en los servicios de salud y en la comunidad en general, en vez de considerarlos anormales y peligrosos. Las mujeres quieren poder elegir si desean revelar su estado serológico a su pareja y cuándo hacerlo, además de recibir apoyo si lo hacen y en el momento en que lo quieren hacer.

Las mujeres que viven con el VIH recomendaron compartir con sus pares y aprender y recibir orientación de las compañeras para mejorar el acceso a la información, la capacitación y la sensibilización en torno a los riesgos (de transmisión futura), la seguridad y el placer sexual (de ellas y su pareja), así como fomentar la autoaceptación y la confianza en sí mismas. Las mujeres que viven con el VIH necesitan tener acceso a preservativos masculinos y femeninos, lubricantes y otros artículos que mejoren la seguridad de las relaciones sexuales, así como las aptitudes para negociar su uso (37).

3.2.5 Protección contra la violencia y creación de seguridad

Recomendaciones vigentes sobre la protección contra la violencia y la creación de seguridad

REC A.11: Se debe ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que revelen cualquier forma de violencia por parte de su pareja (u otro miembro de la familia) o cualquier agresión sexual por cualquier perpetrador. Como mínimo, los proveedores de servicios de salud deben ofrecer apoyo de primera línea cuando las mujeres revelen actos de violencia. Si los proveedores de servicios de salud no pueden brindar apoyo de primera línea, deben procurar que alguien más esté a disposición de brindarlo inmediatamente (ya sea en una dependencia sanitaria u otra entidad de fácil acceso).

(Recomendación fuerte, evidencia indirecta)

* Nota. El apoyo de primera línea incluye lo siguiente:

- mantener una actitud libre de prejuicios que apoye y valide lo que la mujer esté expresando
- ofrecer atención y apoyo práctico en respuesta a las inquietudes de la mujer, aunque sin entrometerse
- indagar antecedentes de violencia y escuchar atentamente, sin presionar a la mujer para que hable (se requiere cierta prudencia al abordar temas delicados en presencia de intérpretes)
- proporcionar a la mujer información acerca de los distintos recursos, incluidos los servicios legales y de cualquier otro tipo que ella pudiera considerar de utilidad
- ayudar a la mujer a aumentar su seguridad y la de sus hijos, de ser necesario
- brindar o movilizar apoyo social.

El personal sanitario debe atender a lo siguiente:

- la consulta debe realizarse en privado
- debe preservarse la confidencialidad; no obstante, se debe informar a la mujer los límites de esa confidencialidad, por ejemplo, en aquellos casos en que la notificación sea obligatoria (81).

REC A.12: Los proveedores de servicios de salud deben preguntar acerca de la posibilidad de exposición a la violencia de pareja al evaluar ** en la mujer afecciones que pudieran ser fruto de violencia de pareja o que pudieran haberse complicado por esta razón, a fin de mejorar el diagnóstico, la identificación y la posterior atención.

(Recomendación fuerte, evidencia indirecta)

** Nota. Ejemplos de afecciones clínicas asociadas a violencia de pareja:

- Síntomas de depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos del sueño;
- propensión al suicidio o autoagresión;
- consumo de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas;
- síntomas digestivos crónicos idiopáticos
- síntomas reproductivos idiopáticos, como dolor pelviano y disfunción sexual;
- resultados reproductivos adversos, incluidos múltiples embarazos no intencionales o pérdidas de embarazo/abortos, retraso en la atención al embarazo y nacimientos con resultados adversos;
- síntomas genitourinarios idiopáticos, incluidas las infecciones vesicales o renales frecuentes;
- hemorragias vaginales reiteradas e infecciones de transmisión sexual (ITS);
- dolores crónicos (idiopáticos);
- lesiones traumáticas, en particular si son reiteradas y la mujer proporciona explicaciones vagas o inverosímiles al respecto;
- problemas relacionados con el sistema nervioso central, por ejemplo, cefaleas, problemas cognitivos, hipoacusia;
- consultas reiteradas por problemas de salud sin diagnóstico claro;
- intrusión del compañero íntimo o del esposo en las consultas (81).

Recomendaciones vigentes sobre la protección contra la violencia y la creación de seguridad (continuación)

REC A.13. El personal sanitario, (en particular médicos, personal de enfermería y parteras), deben recibir capacitación cuando ya están en sus cargos y durante su formación sobre la primera línea de apoyo para las mujeres que hayan sufrido violencia de pareja o agresión sexual).

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja)

REC A.14. A las embarazadas que revelen violencia de pareja se les debe ofrecer apoyo y orientación de una duración breve a mediana (hasta 12 sesiones) para su empoderamiento, incluido un componente sobre seguridad, a cargo de proveedores capacitados de servicios en los sitios donde los sistemas de salud puedan ofrecerlo. No está claro en qué medida esto puede aplicarse en entornos diferentes del de la atención prenatal, ni está clara su factibilidad en países de ingresos bajos a medianos.

(Recomendación condicional, evidencia de baja calidad)

REC A.15. La atención a las mujeres expuestas a la violencia de pareja y la agresión sexual debería estar integrada a los servicios de salud existentes en lugar de ser un servicio aparte.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja)

REC A.16. A pesar de que no se recomienda que los proveedores de servicios de salud notifiquen obligatoriamente los casos de violencia de pareja a la policía, deben ofrecerse a notificar el incidente a las autoridades competentes (incluida la policía) si la mujer así lo desea y es consciente tanto de sus derechos como de los riesgos que implica la notificación.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja)

Observaciones

- Estas recomendaciones ya existentes están tomadas de la publicación *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Guías de la OMS para la práctica clínica y las políticas*, publicada en 2013 (81).
- Se puede obtener más información sobre las recomendaciones precedentes en el documento original: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1

Declaraciones de buenas prácticas vigentes sobre la protección contra la violencia y la creación de seguridad

DBP A.6. La violencia contra los integrantes de los grupos de población clave se debe prevenir y abordar en asociación con las organizaciones dirigidas por dichos grupos. Hay que vigilar y denunciar toda forma de violencia contra los grupos de población clave, y establecer mecanismos de reparación para brindar justicia.

DBP A.7. Todas las personas pertenecientes a grupos clave que sufren actos de violencia deben recibir servicios sanitarios y otras formas de apoyo. En particular, las personas que sufren violencia sexual deben tener acceso oportuno a la asistencia completa posterior a la violación, con arreglo a las directrices de la OMS.

DBP A.8. Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y los prestadores de servicios de salud y asistencia social tienen que recibir capacitación para reconocer y hacer valer los derechos humanos de los grupos de población clave y deben ser responsabilizados si violan esos derechos, especialmente cuando cometan actos de violencia.

Observaciones

- Estas declaraciones de buenas prácticas se han tomado de la publicación de la OMS Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update (10).
- Las mujeres que viven con el VIH son uno de los grupos clave.
- Por más información puede consultar la publicación original (en inglés) en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

i. Antecedentes

La violencia contra las mujeres que viven con el VIH pueda manifestarse de distintas formas, tales como el abuso físico, sexual y psicológico y comportamientos manipuladores de un compañero íntimo (60). Hay estudios que indican que la violencia está fuertemente ligada a la infección por el VIH; la interacción entre VIH y violencia tiene muchos desenlaces negativos. En esta directriz es importante señalar que la violencia puede estar asociada con el estado VIH-positivo de una mujer (82). Según estimaciones de la OMS, las mujeres que viven con el VIH sufren por lo menos 1,5 veces más violencia que otras mujeres, lo cual podría deberse a que la violencia precedió a la aparición de la infección o a que la aparición y revelación causaron la violencia (83). Además, las tasas declaradas de violencia contra las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero que viven con el VIH son altas (10); es probable que haya subdeclaración, especialmente cuando ciertos grupos o actividades están criminalizados o, como es el caso de las personas transgénero, no existe la protección legal necesaria. La violencia puede además minar la capacidad de una mujer infectada por el VIH a tomar decisiones de promoción de su propia salud relacionadas con su vida sexual y reproductiva o utilizar los servicios de SSR y contra la infección por el VIH, incluido el TAR, o cumplir los esquemas de tratamiento. Es más, los resultados psicológicos negativos de la violencia pueden inhibir el cuidado de sí misma (82). La violencia también se puede dar en dependencias sanitarias bajo la forma de abuso físico contra las mujeres que viven con el VIH, actitudes agresivas del personal y violencia institucional como la esterilización bajo coerción o por la fuerza o la exclusión de otros servicios de salud deseados, como el apoyo en materia de fertilidad.

En la reunión de enero de 2015 para determinar el alcance de la directriz, el GFD decidió examinar las cuestiones específicas de la violencia relativas a la revelación de seropositividad sin riesgos (véanse las REC B.4 a B.10 en la sección 4.2.1 del Capítulo 4), pero decidió no examinar otras recomendaciones sobre cuestiones relacionadas porque se las consideró actuales y pertinentes. Las recomendaciones (REC A.11 a A.16) y las declaraciones de buenas prácticas (DBP A.6 a A.8) clave ya existentes que apuntan a la seguridad de las mujeres que viven con el VIH se presentan en los recuadros al comienzo de esta subsección; el resto de las recomendaciones y orientaciones conexas pueden consultarse en las referencias bibliográficas indicadas.

ii. Obstáculos

La violencia contra las mujeres que viven con el VIH está alimentada por el desequilibrio en la dinámica de poder de género y por los prejuicios y la discriminación de estas y otras mujeres que forman parte de grupos de población afectados. Entre los múltiples factores estructurales que influyen en la vulnerabilidad frente a la violencia se cuentan las leyes y las prácticas policiales discriminatorias o demasiado severas, además de las normas culturales y sociales que

legitiman el estigma y la discriminación (10, 60). En la esfera interpersonal, las mujeres que viven con el VIH suelen sufrir violencia de sus parejas o sus familiares cuando revelan su estado serológico (véase también la sección 4.2.1) y también del personal sanitario, como actitudes y comportamientos agresivos y la esterilización forzada (84).

iii. Componentes de un entorno propicio

Los esfuerzos en contra de la violencia contra las mujeres que viven con el VIH exigen el compromiso de otros sectores, además del de la salud. Entre todos ellos deben crear un entorno propicio para fomentar su bienestar y seguridad física, sexual y emocional con cinco componentes cruciales: disponer de mecanismos para documentar y monitorear la violencia; capacitar a las mujeres que viven con el VIH, el personal sanitario y otros interesados directos para que comprendan los derechos humanos; fomentar la rendición de cuentas por parte de los agentes del orden y los profesionales de la salud para prevenir y responder a la violencia y las violaciones de los derechos humanos; y afrontar los elementos estructurales que propician la violencia, tales como la desigualdad de género en la toma de decisiones y el acceso a los recursos, las normas sociales, las leyes y políticas injustas, y el estigma y la discriminación (84). En algunos lugares, la violencia contra las mujeres es omnipresente. Si bien el uso de medidas apropiadas contra la violencia podría ayudar a mejorar la SDR de todas las mujeres, se debe prestar especial atención a las que son más vulnerables al estigma y la exclusión, como las mujeres que viven con el VIH, las lesbianas, las mujeres bisexuales y transgénero, las que consumen drogas y las trabajadoras sexuales.

Hay determinados valores que deben acompañar las intervenciones destinadas a dar seguridad a las mujeres que viven con el VIH y, en consecuencia, fomentar una mejor SSR y la materialización de sus derechos. Los siguientes elementos ayudarán a crear un entorno propicio para la seguridad de las mujeres que viven con el VIH:

- aplicar un enfoque de derechos humanos;
- poner en primer lugar la seguridad de las mujeres y proteger su confidencialidad;
- procurar que, al menos, las actividades no hagan daño; es decir, que se prevea y prevenga cualquier reacción negativa cuando se aborda la violencia entre las parejas, familias y comunidades de las mujeres;
- promover la igualdad de género;
- tratar a todas las personas con respeto; y
- propiciar la participación significativa de las mujeres que viven con el VIH en los esfuerzos por poner fin a la violencia y generar seguridad (84).

Prevención de la violencia contra las mujeres que viven con el VIH

Es imprescindible que, siempre que sea posible, se prevenga la violencia y se fomente la seguridad no solo de las mujeres que viven con el VIH sino de todas las mujeres. Para ello es necesario ejecutar intervenciones dirigidas a transformar las normas de género; capacitar al personal sanitario en cuestiones económicas y de género y su relación con el VIH; promover leyes y políticas que apoyen el empoderamiento de las mujeres; e integrar las técnicas de entrevista y orientación motivadoras en las actividades de reducción del riesgo, pruebas de laboratorio y asesoramiento con respecto al VIH (véase el Recuadro 3.4) (84).

Con respecto al papel que juegan las reformas legales y normativas dirigidas a proteger mejor los derechos y la seguridad de todas las mujeres, incluidas las que viven con el VIH en toda su diversidad, hay que considerar:

- la promoción de la causa para mejorar el conocimiento de los mecanismos de denuncia y las medidas disciplinarias;
- la realización de cursos de sensibilización dirigidos a las personas que desempeñan funciones importantes en la comunidad (por ejemplo, funcionarios del gobierno, policías, medios de comunicación, personal sanitario y líderes religiosos);
- la creación de espacios seguros;
- la creación de mecanismos de alerta temprana y respuesta rápida en los que participen las mujeres que viven con el VIH, los agentes sanitarios y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

La incorporación de representantes de la comunidad en estas actividades también ayuda a crear canales de comunicación entre las mujeres que viven con el VIH, los funcionarios civiles y la policía (10). Por desgracia, las prácticas utilizadas para hacer cumplir la ley pueden aumentar el riesgo de violencia de las mujeres que viven con el VIH, especialmente las que participan en actividades penalizadas o sujetas a sanciones legales, como el trabajo sexual o el consumo de drogas. De hecho, los propios agentes del orden pueden ejercer violencia ellos mismos. La colaboración con los agentes del orden puede incluir capacitación en el área de derechos humanos de las mujeres que

viven con el VIH y se debe promover que se les haga responsables de hacer cumplir la ley respetando los derechos de las personas (10).

En el marco de la presente directriz, que va dirigida al sector de la salud, los incidentes de falta de respeto y abuso de las mujeres que viven con el VIH deben ser encarados mediante estrategias destinadas a eliminar cualquier forma de violencia.

Recuadro 3.4: Cómo hacer frente a la violencia contra las mujeres en el contexto de la infección por el VIH: un instrumento de programación

El instrumento de programación titulado *16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic* (84) presenta una serie de ideas para fomentar un entorno propicio mejorado para afrontar la violencia, a saber:

- integrar los servicios de violencia contra la mujer y los servicios de VIH
- empoderar a las mujeres
- transformar las normas culturales y sociales
- promover y poner en práctica leyes y políticas.

Apoyo a las personas que sufren violencia

Toda mujer infectada por el VIH que sufra violencia sexual o de pareja y que lo revele a un prestador de asistencia sanitaria en un servicio de SSR o de VIH debe recibir apoyo de primera línea con arreglo a las directrices de la OMS de respuesta a la violencia sexual y de pareja (81). Además, a las mujeres víctimas de agresión sexual se les debe ofrecer la asistencia posterior a la violación, consistente en anticoncepción de emergencia; aborto sin riesgos y asistencia posaborto, según sea necesario, en la medida que lo permita la ley; profilaxis posterior a la exposición (PPE) y tamizaje o pruebas de detección del VIH, y tratamiento de las ITS; vacunación contra la hepatitis B; y asistencia y apoyo psicosociales. Cuando sea necesario, deben ser derivadas a recibir asistencia médico legal, o se les debe ofrecer esa asistencia, incluyendo examen forense, con arreglo a las directrices de la OMS (85, 86).

En los servicios de pruebas de detección del VIH y de orientación, y especialmente para las mujeres cuyas pruebas dan positivas, el personal sanitario debe interrogar por el riesgo de violencia de pareja. Las mujeres que revelen ser víctimas de violencia de pareja deben recibir atención de sus necesidades clínicas más inmediatas, como lesiones traumáticas; se les debe ofrecer apoyo de primera línea, apoyo psicosocial, evaluación de problemas mentales y atención de salud mental de acuerdo con las directrices clínicas y las políticas de la OMS para responder a la violencia de pareja y la violencia sexual (81) y las recomendaciones del Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) (87).

También es importante vigilar y documentar los incidentes de violencia, tanto como evidencia para la promoción de la causa como para apoyar la elaboración de programas. La documentación de la magnitud de la violencia que sufren las mujeres que viven con el VIH suele ser el primer paso para crear conciencia sobre la situación. La documentación debe ser ética, con la anuencia de las mujeres y teniendo cuidado de proteger la confidencialidad para no ponerlas en peligro.

Valores y preferencias



El hallazgo más destacable de la GVPS fue que las mujeres que viven con el VIH sufren la violencia en un grado elevado, que muchas de ellas calificaron de “intolerable”. La gran mayoría de las encuestadas (89%) revelaron haber sido objeto de violencia o haber temido violencia en una o varias circunstancias desde el momento del diagnóstico o a consecuencia de éste. El diagnóstico de la infección por el VIH funciona como un desencadenante específico de la violencia de pareja o la cometida por los familiares o miembros de la comunidad, y expone a las mujeres a sufrir violencia en otros lugares, en particular en dependencias sanitarias. La encuesta reveló frecuentes experiencias de violencia y violación de los derechos de las mujeres que viven con el VIH en dependencias sanitarias. Cabe mencionar entre ellos las violaciones a la confidencialidad, cuando el personal sanitario revelaba el estado serológico de una mujer, o cuando las propias mujeres eran obligadas a revelarlo, particularmente en el contexto de la atención prenatal. Estos incidentes no solo son clarísimas violaciones de los derechos de las mujeres, sino que también las ponen en riesgo de sufrir violencia de pareja o doméstica. Las mujeres se vieron afectadas además por un acceso reducido a los servicios de SSR, incluidos aquellos vinculados a la anticoncepción, la asistencia de maternidad y obstétrica, de tratamiento de fertilidad y de adopción. Muchas encuestadas mencionaron que el apoyo contra la violencia que habían recibido era limitado o nulo, y que habían sufrido una “victimización secundaria” o que habían sentido culpa al tratar de obtener servicios de apoyo o reparación.

Las encuestadas manifestaron que la seguridad de las mujeres, en particular las de grupos clave como las que viven con el VIH, reviste una importancia capital y tiene que incorporarse en todos los sistemas y estructuras de respuesta al VIH, en particular en las políticas y directrices. En concreto, estas mujeres pidieron:

- un entorno legal protector, el empoderamiento económico y la seguridad financiera;
- un mejor conocimiento de sus derechos y de las distintas formas de violencia de género que les permita reconocer, llamar por su nombre y denunciar la violencia en su momento;
- una mayor sensibilización del personal sanitario y de las fuerzas de la ley con respecto a los derechos de las mujeres que viven con el VIH;
- un mayor acceso a los servicios de apoyo de buena calidad para todas las mujeres que sufren violencia de género;
- mecanismos efectivos para la denuncia y la reparación;
- una reducción del estigma y protección de los derechos humanos dentro de los servicios de salud, en particular de las mujeres que viven con el VIH que pertenecen a grupos clave afectados o vulnerables (véase también la sección 3.2.6).
- poner fin a las violaciones de los derechos, en particular las pruebas obligatorias, la revelación de seropositividad involuntaria y las esterilizaciones o abortos bajo coerción o forzados;
- un personal sanitario que vaya más allá del ámbito clínico para promover y proporcionar vínculos con los programas comunitarios;
- apoyo para hacer frente a la violencia interpersonal; y
- opciones de tratamiento y apoyo, como refugios, oportunidades de generar ingresos y otras (37).

3.2.6 La inclusión social y la aceptación

Declaración de buenas prácticas ya existente sobre las políticas de protección y contra el estigma y la discriminación

DBP A.9: Los formuladores de políticas, parlamentarios y otros líderes en el campo de la salud pública deben colaborar con las organizaciones de la sociedad civil en su empeño por vigilar el estigma, hacer frente a la discriminación de los grupos de población clave y cambiar las normas legales y sociales de carácter punitivo.

Observaciones

- Esta declaración de buenas prácticas ya existente se ha tomado de la publicación de la OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update* (10).
- Además, cabe tomar nota de un elemento “facilitador crucial:” “Los países deben procurar la implantación y observancia de leyes contra la discriminación y protectoras, derivadas de las normas de derechos humanos para eliminar el estigma, la discriminación y la violencia contra los grupos clave” (10).
- Por más información sobre esta declaración de buenas prácticas y el facilitador crucial, puede consultar la publicación original (en inglés) en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

Declaraciones de buenas prácticas existentes sobre la prestación de servicios amigables

DBP A.10: El personal sanitario debe recibir capacitación y sensibilización adecuadas y periódicas que les proporcionen las aptitudes, conocimientos y comprensión necesarios para prestar servicios a los adultos y adolescentes de los grupos de población clave basados en el derecho de todas las personas a la salud, la confidencialidad y la no discriminación.

DBP A.11: Se recomienda que los anticonceptivos sean asequibles a todos, en particular los adolescentes, y que las leyes y reglamentos apoyen el acceso a la anticoncepción por los grupos de población desatendidos y marginados.

Observaciones

- Estas declaraciones de buenas prácticas vigentes se han tomado de la publicación de la OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update* (10).
- Las mujeres que viven con el VIH son uno de los grupos clave.
- Por más información puede consultar la publicación original (en inglés) en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

i. Antecedentes

Es frecuente que las mujeres que viven con el VIH sufran o teman violencia bajo la forma de estigma, discriminación y actitudes negativas de sus familias, las comunidades y el personal sanitario. Ese tipo de estigma es común en muchas comunidades de profesionales sanitarios, dependencias sanitarias y servicios policiales. Es común que el estigma y la discriminación persistan con impunidad debido a una falta de leyes y políticas nacionales contra la discriminación y de estatutos que penalicen e impongan sanciones a determinados comportamientos, actos o sucesos, como las relaciones sexuales de mutuo acuerdo entre adultos, el consumo personal de drogas, el trabajo sexual y la transmisión o exposición al VIH.

ii. Obstáculos

Los efectos del estigma y la discriminación contra las mujeres que viven con el VIH pueden ocasionar una captación deficiente de los servicios de SSR y del VIH, y obstaculizar para el cumplimiento del TAR (88, 89).

Mientras que el estigma por lo común se manifiesta a nivel de las relaciones, dentro y fuera del sector de la salud, el estigma y la discriminación pueden adoptar muchas formas. El desconocimiento por parte del personal sanitario de las necesidades, prioridades, riesgos, problemas de salud e intervenciones apropiadas para las mujeres que viven con el

VIH determina que los proveedores de servicios estén mal preparados para atender importantes inquietudes y prioridades de salud. Esto perpetúa las prácticas estigmatizantes y discriminatorias, a tal punto tal que hay prestadores que se niegan a brindar los servicios. Las políticas que fomentan o no evitan las prácticas estigmatizantes pueden hacer que la discriminación se considere normal. Por ejemplo, en vez de limitar las opciones de planificación familiar de las mujeres que viven con el VIH que desean evitar el embarazo, los programas deberían ofrecerle toda la gama de opciones anticonceptivas y apoyarlas para que escojan el método óptimo que prefieran.

En el caso de las mujeres que viven con el VIH, con frecuencia se entremezclan el estigma relacionado con la infección y el vinculado con otras identidades socialmente desventajosas, como el ser lesbianas, bisexuales o transgénero, padecer trastornos mentales, consumir drogas o ejercer la prostitución. Ello puede empeorar la marginación de las mujeres que viven con el VIH de estas comunidades y la aparición de distintos planos de estigma, discriminación y violencia (52).

iii. Componentes de un entorno propicio

Los esfuerzos por reducir el estigma y la discriminación en el ámbito nacional, como el fomento de las políticas antidiscriminatorias y basadas en los derechos de todas las mujeres que viven con el VIH, pueden ayudar a crear un entorno propicio a nivel comunitario e interpersonal, particularmente dentro de los sistemas de salud y de procuración de justicia (90). Las políticas logran su máxima eficacia cuando abordan simultáneamente los factores individuales, institucionales y públicos que propician o permiten el estigma y la discriminación (91). Los programas en el sector de la salud y fuera de éste tienen que instituir respuestas en pro de la seguridad, incluyendo políticas y códigos de conducta contra el estigma y la discriminación, así como aumentar la consciencia de los prestadores de servicios y los miembros de la comunidad en torno a los derechos humanos. La monitorización y la supervisión son importantes para lograr el cumplimiento y permanencia de las normas. Además, es preciso contar con mecanismos para que las mujeres que viven con el VIH denuncien anónimamente los episodios de estigma, actitudes negativas o lenguaje o preguntas ofensivos, así como cualquier otra forma de discriminación cuando tratan de obtener servicios de salud.

Prestación de servicios amigables con las mujeres que viven con el VIH

Es importante que los servicios estén disponibles y sean accesibles y aceptables para las mujeres que viven con el VIH, que estén basados en la ética médica, que eviten el estigma y la no discriminación y protejan el derecho a la salud (22), adaptando dichos servicios a las necesidades y prioridades de esas mujeres (90). Las intervenciones y servicios para las mujeres que viven con el VIH deben adoptar principios centrados en la mujer, amigables con los pacientes y basados en los derechos, prestando particular atención a la accesibilidad y la pericia y las actitudes del personal.

La participación significativa de educadoras pares en la prestación de los servicios puede ayudar a crear un entorno más seguro para que las mujeres que viven con el VIH de diferentes comunidades tengan acceso a los servicios. Las estrategias de apoyo por pares y por la comunidad pueden promover la disposición para el tratamiento, el uso, el cumplimiento terapéutico y la permanencia de por vida en la atención; reducir el estigma y la discriminación; y mitigar la posible violencia que pueda desencadenarse por la revelación del estado serológico (77).

Las normas sociales y los tabúes relativos a la orientación sexual, la identidad sexual, el género, la salud sexual, la sexualidad y la salud reproductiva crea una cultura de vergüenza, condena y silencio. En estas circunstancias, las mujeres que viven con el VIH pueden sentirse aisladas e internalizar las percepciones negativas, lo que causa problemas mentales como la depresión y el descuido de la autoasistencia. Además, la falta de servicios de salud confidenciales que no juzguen a los pacientes es una barrera para que estas mujeres obtengan información y productos y para que se sientan respaldadas a la hora de expresar sus necesidades e inquietudes en torno a la SSR. Los espacios seguros (tanto en los establecimientos de asistencia sanitaria como en los servicios sociales) y los entornos confidenciales y exentos de estigma pueden alentar a las mujeres que viven con el VIH a conseguir los servicios que necesitan (10). En el recuadro 3.5 se facilita más información sobre la capacitación y sensibilización del personal sanitario.

Recuadro 3.5: Capacitación y sensibilización del personal sanitario

La creación de servicios de salud incluyentes exige sensibilizar y educar al personal asistencial y de otro tipo en los servicios de asistencia sanitaria y los servicios sociales. Esto se puede lograr mediante la capacitación antes de asumir el cargo en el servicio o ya en el cargo, el apoyo y la supervisión en el trabajo y la creación de una norma institucional de inclusión y no discriminación.

Actitudes: Los prestadores de asistencia sanitaria que atienden adultos o adolescentes de los grupos clave deben actuar sin emitir juicios y ser comprensivos, atentos y respetuosos, y comprender los problemas a los que se enfrentan las mujeres que viven con el VIH. Se puede crear un programa de capacitación, con la participación de representantes de poblaciones clave y de otros grupos, para sensibilizar y educar al personal sanitario con respecto a los problemas específicos de las mujeres que viven con el VIH, las actitudes y prácticas no discriminatorias y el derecho de los grupos clave a la salud, la confidencialidad, la asistencia sin coerciones y el consentimiento informado.

Aptitudes: Es importante que el personal sanitario sea capaz de responder a las necesidades específicas de las poblaciones clave y proporcionar servicios de buena calidad; saber qué intervenciones, instrumentos y materiales existen para brindar información; orientar sobre estrategias para reducir el riesgo de la infección por el VIH; y saber cómo apoyar el cumplimiento terapéutico y la adhesión a la asistencia.

El mejoramiento y sostén de las actitudes y aptitudes del personal sanitario es un proceso continuo que consta de muchos componentes, como actividades de capacitación formales, ayudas para el trabajo, supervisión de apoyo, seguimiento de la capacitación y tutoría. La capacitación y los entornos de trabajo multidisciplinarios pueden fortalecer los vínculos con los prestadores de servicios de la comunidad y ampliar las referencias y el seguimiento adecuado. En particular si hay escasez de personal, es importante que todos los prestadores de asistencia (incluidos los consejeros legos) reciban capacitación específica con respecto a los adolescentes, para posibilitar la delegación de tareas.

Fuente: OMS, 2016 (10).

Valores y preferencias

Las mujeres y las chicas que viven con el VIH y que pertenecen a poblaciones afectadas —entre otras, trabajadoras sexuales, mujeres que consumen o se inyectan drogas, lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones homosexuales, mujeres transgénero y mujeres con discapacidades— se enfrentan con las mismas dificultades que las mujeres y chicas que viven con el VIH en general, ocasionadas por la desigualdad de género, las suposiciones y el estigma vinculado al VIH, la discriminación y la violencia ligadas a la infección por el VIH. Sin embargo, las normas de género y otras ideas y valores sociales pueden también actuar en el ámbito de su vida personal y crear capas adicionales de obstáculos sociales y estructurales que impiden obtener servicios y hacer valer sus derechos humanos. A continuación, se presentan algunas medidas destinadas a apoyar los derechos de estas mujeres que pertenecen a grupos clave:

- sensibilizar al personal sanitario y otros prestadores de servicios acerca de las necesidades específicas y los derechos de las mujeres que viven con el VIH de todas las edades, en particular las que consumen drogas, ejercen la prostitución o son lesbianas, bisexuales, transgénero o intersexuales, con el fin de eliminar el estigma y la discriminación que se basan en su estado serológico, consumo de drogas, trabajo sexual, sexualidad, identidad de género o edad;
- velar por que las mujeres detenidas o encarceladas reciban tratamiento y asistencia continuos y holísticos;
- aumentar el acceso a los servicios de reducción del riesgo de las mujeres que consumen drogas;
- revocar las leyes que penalizan la transmisión y exposición al VIH, y las que penalizan el consumo personal de drogas, la prostitución y las prácticas homosexuales;
- velar por que las autoridades comprendan que como parte de sus deberes y funciones deben eliminar los obstáculos que entorpecen el acceso a los servicios de SSR de las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad (37).



3.2.7 Empoderamiento de la comunidad

Recomendaciones existentes sobre las mujeres que viven con el VIH que son agentes sanitarios

Proporcionar tratamiento gratuito contra el VIH y la tuberculosis a las trabajadoras sanitarias que lo necesiten, facilitando la prestación de estos servicios de manera tal que no se estigmatice a las pacientes, teniendo en cuenta las cuestiones de género, respetando la confidencialidad y en un entorno cómodo cuando no haya un dispensario para el personal o el que haya no ofrezca TAR, o si la trabajadora prefiere utilizar servicios externos. (Recomendación fuerte, evidencia débil)

REC A.18: Introducir nuevas políticas o reforzar las ya existentes para prevenir la discriminación contra los trabajadores sanitarios con infección por VIH o tuberculosis, y adoptar intervenciones encaminadas a reducir la estigmatización entre los colegas y supervisores.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Observaciones

- Estas recomendaciones existentes están tomadas de la publicación *Guías de políticas conjuntas de la OIT/OMS/ONUSIDA para mejorar el acceso de los trabajadores de la salud a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis* (92). Estas directrices abordan aspectos importantes para procurar que la orientación en materia de SDR se aplique a las mujeres que viven con el VIH que son además agentes sanitarios.
- En esa publicación se señala también que “si bien los trabajadores de la salud están en la primera línea de los programas nacionales del VIH, con frecuencia carecen de un acceso suficiente a servicios de VIH para ellos mismos” (92).
- Por más información puede consultar la nota de orientación en español: http://www.who.int/occupational_health/guidance_note_spanish.pdf?ua=1

Declaración de buenas prácticas ya existente sobre empoderamiento de la comunidad

DBP A.12: Se deben implantar programas para impartir nociones de derecho y servicios jurídicos a los grupos de población clave con el fin de que conozcan sus derechos y las leyes existentes y puedan recibir apoyo del sistema judicial cuando se sientan agraviados.

Observaciones

- Esta declaración de buenas prácticas ya existente se ha tomado de la publicación de la OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update* (10).
- Las mujeres que viven con el VIH son uno de los grupos clave.
- Por más información puede consultar la publicación: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

i. Antecedentes

El empoderamiento de la comunidad es el proceso por el cual se faculta a las comunidades a aumentar el control de sus vidas (84). Algunas mujeres que viven con el VIH son líderes en la promoción de la SDR de ese grupo. Varios programas de apoyo entre pares han logrado brindar habilidades para la vida y espacios seguros a las mujeres que viven con el VIH, buscando su seguridad, generando recursos y conectando a las mujeres con una red social de mentores y ejemplos a seguir elementos todos que dichas mujeres consideran esenciales para mejorar sus resultados en materia de SDR. De modo semejante, el empoderamiento de las mujeres que viven con el VIH, en particular la participación activa en las decisiones sobre su propia salud es crucial para los resultados de SDR. Las comunidades juegan un papel importante en la formulación de políticas basadas en datos objetivos, compartiendo los datos de la comunidad y velando por la ejecución eficaz de las políticas nacionales y la aceptación de los servicios.

ii. Obstáculos

Es frecuente que las mujeres que viven con el VIH tengan un control nulo o escaso sobre los factores de riesgo con respecto a la SSR determinados por el ambiente jurídico, político y social y sus circunstancias personales. Por ejemplo, pueden carecer del poder para negociar el uso regular de los preservativos para prevenir el embarazo no deseado o las ITS. Esta falta de empoderamiento se ve exacerbada cuando las mujeres desconocen sus derechos legales y humanos, en particular su derecho a la salud, y no se dan cuenta cuando estos derechos son violados.

iii. Componentes de un entorno propicio

El empoderamiento de la comunidad es un proceso colectivo que permite a las mujeres que viven con el VIH afrontar las restricciones estructurales a la salud, los derechos humanos y el bienestar; efectuar cambios sociales, económicos y comportamentales, y mejorar el acceso a los servicios de salud. Puede fomentar un mayor alcance y una mayor eficacia de los servicios dedicados a las mujeres que viven con el VIH y producir resultados positivos para una amplia serie de inquietudes, como las condiciones de vida, la formulación de estrategias para las intervenciones de SSR y la reparación de las violaciones de los derechos humanos. El empoderamiento de la comunidad puede adoptar muchas formas, como la participación significativa en: la concepción, ejecución y vigilancia de los servicios; la educación por pares; la implantación de las nociones legales básicas y los programas de servicios; y el impulso de los grupos, programas, investigaciones y prestación de servicios dirigidos por pares (10).

Las mujeres que viven con el VIH forman una comunidad muy diversa y heterogénea. Por lo tanto, la eficacia de las intervenciones de asistencia sanitaria depende de tener en cuenta esa diversidad y los entornos jurídico, político, social y sanitario en que viven esas mujeres. Esta flexibilidad, capacidad de respuesta, adaptabilidad y viabilidad son igualmente esenciales en las iniciativas de empoderamiento de la comunidad.

Es preciso mejorar las políticas sobre accesos a los servicios de salud y la información. Lograr que las mujeres que viven con el VIH sean conscientes de sus derechos legales y humanos como individuos — especialmente que su derecho a la salud incluye el derecho a la información— puede aumentar su acceso a los servicios de salud. Habida cuenta que las mujeres que viven con el VIH son con frecuencia blanco de explotación, marginalización, criminalización, estigma y discriminación, se necesitan en particular programas para indicarles sus derechos legales y humanos, en particular las leyes protectoras pertinentes y dónde y cómo obtener servicios jurídicos y denunciar la violación de sus derechos. Los programas pedagógicos de salud, de apoyo y educación sexual pueden ayudar a mejorar la concientización (93). Cuanto mejor informadas, mejor podrán organizarse las redes de mujeres que viven con el VIH para impulsar sus derechos y aumentar la conciencia sobre sus derechos y prioridades, así como las políticas y aspectos legales que las afectan en forma decisiva (90, 94, 95). En la sección 3.2.8 se ofrece más información sobre las leyes y políticas de apoyo.

Valores y preferencias

Las encuestadas se refirieron reiteradamente a los beneficios de entablar contacto con otras mujeres que viven con el VIH como algo fundamental para su capacidad de aceptar el diagnóstico y el estado serológico, revelarlo a otros, afrontar los problemas mentales, conocer sus derechos, disfrutar las relaciones sexuales y adoptar decisiones positivas acerca del embarazo y el parto, entre otras cosas. El apoyo de las pares también fue mencionado como algo importante para identificar y buscar reparación por los episodios de violencia y otras violaciones de los derechos humanos. Las encuestadas expresaron la necesidad de invertir en las redes y organizaciones de mujeres que viven con el VIH para brindar apoyo por pares, espacios seguros y orientación, así como capacitación para el liderazgo y promoción de la causa para derribar las barreras estructurales, tales como la desigualdad de género, el estigma, la discriminación y las normas culturales (37).



3.2.8 Supportive laws and policies and access to justice

Declaraciones de buenas prácticas ya existentes sobre la descriminalización y la aplicación de sentencias relacionadas con la infección por el VIH

DBP A.13. Los países deben esforzarse por lograr la descriminalización de comportamientos como el consumo o inyección de drogas, el trabajo sexual, las prácticas homosexuales y las identidades de género no convencionales, y con miras a eliminar la aplicación injusta del derecho civil y los reglamentos contra las personas que consumen o se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, los hombres que mantienen relaciones homosexuales y las personas transgénero.

ADP A.14. Los países deben esforzarse por crear opciones no privativas de la libertad en vez del encarcelamiento de los consumidores de drogas, los trabajadores sexuales y las personas que mantienen relaciones homosexuales.

Observaciones

- Estas recomendaciones rigen para las mujeres que viven con el VIH que consumen o se inyectan drogas, son trabajadoras sexuales, mantienen relaciones homosexuales o son transgénero. Estas declaraciones de buenas prácticas ya existentes se han tomado de la publicación de la OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update (10)*.
- Por más información puede consultar la publicación original (en inglés) aquí: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

Declaraciones de buenas prácticas sobre las políticas y leyes acerca del libre consentimiento para los adolescentes

DBP A.15. Se alienta a los países a examinar sus normas actuales sobre el libre consentimiento y considerar la posibilidad de modificarlas para reducir las barreras de edad que impiden el acceso a los servicios contra la infección por el VIH y facultar a los prestadores de servicios a actuar guiados por los intereses de los adolescentes.

DBP A.16. Se recomienda que los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre la anticoncepción y servicios conexos, se proporcionen a las adolescentes sin exigir la autorización o notificación a los padres o tutores.

Observaciones

- Estas declaraciones de buenas prácticas ya existentes relacionadas con las adolescentes que viven con el VIH se han tomado de la publicación de la OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update (10)*.
- Por más información puede consultar la publicación original (en inglés) en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

Declaraciones de buenas prácticas ya existentes sobre las personas transgénero

DBP A.17. Los países deben esforzarse por formular políticas y leyes que despenalicen los comportamientos homosexuales y las identidades de género no convencionales.

DBP A.18. Los países deben esmerarse en lograr el reconocimiento legal de las personas transgénero.

DBP A.19. Para las personas transgénero, el reconocimiento legal del género y el nombre que prefieren puede ser importante para reducir el estigma, la discriminación y la ignorancia acerca de las variaciones de género. El reconocimiento de esta realidad por los servicios de salud puede favorecer un mejor acceso, captación y prestación de servicios a las personas que viven con el VIH.

Observaciones

- Estas declaraciones de buenas prácticas ya existentes relacionadas con las mujeres transgénero que viven con el VIH se han tomado de la publicación de la OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update (10)*.
- Por más información puede consultar la publicación original en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

i. Antecedentes

Muchos países han contraído compromisos jurídicamente vinculantes con varios acuerdos internacionales y documentos de consenso para proteger las necesidades y los derechos de las personas infectadas por el VIH. Sin embargo, en la práctica, muchas leyes y políticas no están alineadas con las pautas y normas internacionales sobre derechos humanos. Por ejemplo, muchos países criminalizan la transmisión involuntaria del VIH o carecen de leyes para proteger de la violencia a las mujeres infectadas por el VIH. Además, incluso en los casos en los que existen leyes apropiadas, su aplicación exige un compromiso político, la asignación de recursos suficientes, el fortalecimiento de la capacidad de los encargados de defender y hacer cumplir la ley y la creación de sistemas de responsabilización en caso de infracciones.

ii. Obstáculos legales

Es común que, en vez de facilitar el acceso de las mujeres y chicas que viven con el VIH, las leyes y políticas del ámbito nacional restrinjan el acceso y a veces impongan sanciones punitivas. Sesenta y seis por ciento de los países manifiestan contar con leyes, reglamentos o políticas que constituyen barreras para la prestación efectiva de servicios a muchas mujeres que viven con el VIH (96). En particular, más de cien países penalizan algunos o todos los aspectos del trabajo sexual (96).

Aunque estar infectado por el VIH no indica por sí solo que la infección se contrajo por la vía sexual, las personas con serología positiva suelen ser discriminadas porque se presume que practican actividades sexuales consideradas socialmente inadmisibles (23). La criminalización de la no revelación de su seropositividad, la exposición al VIH y la transmisión de la infección por el VIH dificulta aún más que las mujeres que viven con el VIH tengan relaciones sexuales sanas (97). La transmisión del VIH se ha criminalizado de diversas maneras y las mujeres resultan especialmente afectadas por esas leyes porque con frecuencia ellas se enteran de su estado serológico antes que su pareja masculina, pues ellas acuden con más frecuencia a los servicios de salud. Los organismos de derechos humanos han instado a los Estados a velar por que el estado de salud real o percibido, en particular con respecto al VIH, no sea un obstáculo para el cumplimiento de sus derechos. Cuando el estado serológico sirve de base para un tratamiento diferencial con respecto al acceso a la asistencia sanitaria, la educación, el empleo, los viajes, la seguridad social, la vivienda y el asilo constituye una restricción de los derechos humanos y constituye discriminación (98).

Además, las personas transgénero no son reconocidas legalmente en muchos países y se enfrentan con políticas restrictivas que reglamentan su identidad y expresión de género (96). En muchos lugares, las políticas punitivas sobre el consumo de drogas imponen sanciones severas por la posesión de pequeñas cantidades de drogas para consumo personal, y en otros, las políticas exigen la detención obligatoria como “tratamiento” de las personas que consumen drogas (96). En muchas prisiones y otros lugares de reclusión, los servicios de SSR y de VIH para las mujeres que viven con el VIH son deficientes o directamente inexistentes.

Si bien las leyes varían, en muchos lugares y jurisdicciones los adolescentes menores de 18 años son considerados legalmente menores de edad y con frecuencia deben contar con el consentimiento de los padres para recibir atención médica, lo que incluye los servicios relacionados con la SSR y el VIH. Esas leyes y políticas pueden actuar como barreras o desalentar a los adolescentes de acudir a los servicios disponibles (64). Estas restricciones pueden plantear dilemas complejos a los prestadores de servicios que se esmeran en actuar en el mejor interés de los usuarios, pero pueden estar preocupados por su propia responsabilidad legal y por la seguridad de sus usuarios jóvenes.

iii. Componentes de un entorno propicio

Las leyes y políticas pueden ayudar a proteger los derechos humanos de las mujeres en relación con el VIH, tanto de las ya infectadas como de las que corren riesgo de infectarse. Las reformas legales —como la descriminalización del consumo de drogas y determinadas prácticas sexuales, como el trabajo sexual y las relaciones sexuales entre adultos por mutuo acuerdo, y el reconocimiento legal del estado transgénero y de la capacidad en evolución de los niños y adolescentes— son factores habilitantes de importancia crucial que pueden transformar un ambiente hostil para las mujeres que viven con el VIH en un entorno propicio. Se debe prestar especial consideración a dichas reformas legales como parte de cualquier revisión de políticas o programas para las mujeres que viven con el VIH. Por ejemplo, en muchos países se sigue considerando justificación para el arresto la posesión, el uso y la venta de agujas y jeringas limpias o la posesión de preservativos. En esas circunstancias se justifica la revisión.

Para apoyar la SDR de las mujeres que viven con el VIH se hace imprescindible contar con leyes y políticas que no criminalicen a las personas que viven con el VIH, y, de hecho, a todas las personas que viven con el VIH y más afectadas por el VIH.

El apoyo a la salud y el bienestar de las mujeres que viven con el VIH cuyas prácticas sexuales, consumo de drogas, expresión de género u orientación sexual percibida sean criminalizadas actualmente puede requerir el cambio de leyes y la adopción de nuevas políticas y leyes protectoras acordes con las normas internacionales sobre derechos humanos. De no implantarse políticas protectoras y descriminalizarse la transmisión y exposición al VIH, el trabajo sexual, la posesión de drogas y las prácticas homosexuales, las barreras de acceso a los servicios de salud esenciales seguirán existiendo; muchas mujeres que viven con el VIH pueden temer que solicitar asistencia sanitaria las exponga a consecuencias jurídicas adversas (99).

Mejorar el acceso a la justicia y el apoyo jurídico de las mujeres que viven con el VIH

Hacen falta normas y procedimientos que velen por que las mujeres que viven con el VIH puedan denunciar sin riesgos las violaciones de sus derechos, tales como discriminación, faltas contra el consentimiento informado, violaciones de la confidencialidad médica y denegación de servicios de salud. Por ejemplo, algunas mujeres que viven con el VIH pueden ser capacitadas como asistentes de abogado o una red de mujeres que viven con el VIH puede ser autorizada a presentar las denuncias en nombre de terceros (10). Con respecto a la violencia contra las mujeres y otras violaciones de derechos, los aspectos más importantes para facilitar el acceso de las mujeres a la justicia deben ser la seguridad, la confidencialidad, la libertad de elegir y la autonomía para decidir si desea o no denunciar la violencia a la policía. El personal de salud debe facilitar el acceso a la justicia ofreciéndose a apoyar a la mujer si ésta desea denunciar la violencia a la policía y a remitirla para el examen forense y la obtención de pruebas, si corresponde y de conformidad con las orientaciones de la OMS (84, 100). Sin embargo, no se les debe ordenar que lo hagan.

Cumplimiento de la ley

Los organismos policiales pueden desempeñar un papel importante garantizando el respeto de los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH. La policía debe ser capacitada continuamente sobre formas de apoyar —o por lo menos no obstaculizar— el acceso a los servicios de salud esenciales. Los sistemas que fomentan las buenas prácticas policíacas y crean vías seguras para denunciar las violaciones de los derechos humanos ayudan a que la policía proteja tanto la salud pública como los derechos humanos de todas las personas. Con todo, como se mencionó anteriormente, el personal y las prácticas policiales también pueden causar daño a las mujeres que viven con el VIH. La colaboración con los agentes del orden puede incluir capacitación en los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH y promoción de la rendición interna de cuentas para lograr un acatamiento de la ley que se enmarque en los derechos (10).

El acceso a los servicios de SSR y de VIH para las mujeres que viven con el VIH encarceladas o detenidas Hay más de 10 millones de hombres y mujeres en prisiones u otras instituciones cerradas o centros de reclusión, y un flujo anual de aproximadamente 30 millones que se mueven entre la prisión y la comunidad. A escala mundial, se calcula que la prevalencia de infección por el VIH, otras ITS, hepatitis B y C, y tuberculosis en la población carcelaria es entre dos y diez veces mayor que en la población general. Además de los comportamientos de riesgo de contraer la infección por el VIH en las prisiones (por ejemplo, actividades sexuales riesgosas, inyección de drogas y tatuajes), diversos factores relacionados con la infraestructura y la gestión de las prisiones y con el sistema judicial contribuyen a aumentar el riesgo de infección por el VIH, hepatitis B y C y tuberculosis en las cárceles. El riesgo de transmisión de infecciones en las prisiones es muy alto a causa de condiciones como el hacinamiento, la violencia sexual, el consumo de drogas y la falta de acceso a artículos preventivos como los preservativos y lubricantes. Hay lugares donde las tasas de prevalencia de infección por el VIH son más altas en las mujeres que entre los hombres en prisión, y mucho más altas que en las mujeres de la población general (10).

En las prisiones y otros centros de reclusión el acceso a los programas de tratamiento y atención de la infección por el VIH suele ser deficiente. Son pocos los países que implantan programas completos contra la infección por el VIH en las prisiones. Estos servicios no solo son indispensables en las prisiones y otros centros de reclusión, sino que también se necesita tener vínculos con los servicios del VIH en la comunidad para mantener la continuidad luego que la persona sale de prisión.

Valores y preferencias



Las mujeres que viven con el VIH que respondieron la GVPS mencionaron que las leyes que penalizan determinadas prácticas desalientan a hacerse la prueba y solicitar servicios de SSR y VIH, además de socavar sus tentativas por proteger su salud y la de otros. Indicaron que un entorno legal de apoyo acrecienta la capacidad de las mujeres que viven con el VIH de acceder a servicios que protegen su salud y sus derechos, y que les permiten proteger a sus parejas e hijos de la transmisión del VIH de ahí en adelante. Por el contrario, las leyes y políticas punitivas que penalizan la exposición y transmisión del VIH, el consumo de drogas, el trabajo sexual y las actividades homosexuales de mutuo acuerdo entre adultos no solo entorpecen el acceso a los servicios de SDR y VIH, sino también las posicionan como una amenaza para los demás y como algo a temer, todo lo cual afianza el estigma y la discriminación en la comunidad. Las encuestadas hicieron un llamamiento a descriminalizar la exposición y transmisión del VIH, así como del trabajo sexual, el consumo de drogas y las relaciones homosexuales. Asimismo, pidieron que se fortalecieran las leyes de protección de todas las mujeres —incluso las que viven con el VIH— para protegerlas de todas las formas de violencia, incluida la violación en citas amorosas o dentro del matrimonio; reclamaron además leyes y políticas destinadas a hacer valer los derechos de las personas que viven con el VIH.

Es preciso examinar las leyes, políticas y prácticas y, cuando se necesario, hacerlas enmendar por las autoridades competentes y los líderes gubernamentales, con una participación significativa de las mujeres que viven con el VIH, para habilitar y apoyar su mayor acceso a los servicios (37).

Capítulo 4. Intervenciones sanitarias: recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas

En el presente Capítulo se abordan las intervenciones sanitarias relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) de las mujeres que viven con el VIH, agrupadas en seis tipos de servicios, ordenadas según el orden en que se exponen en lo que queda del capítulo:

1. Servicios de orientación y apoyo en materia de salud sexual.
2. Servicios para atender la violencia contra las mujeres.
3. Servicios de planificación familiar y atención de la infertilidad.
4. Servicios de asistencia prenatal y salud materna.
5. Servicios de aborto sin riesgos.
6. Servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el cáncer cervicouterino.

En cada una de estas secciones se presentan las recomendaciones (REC) y las declaraciones de buenas prácticas (DBP) ya existentes y/o nuevas, así como información de fondo de cada tipo de servicio. En el caso de las REC nuevas, también se presenta un resumen de los datos de investigación y las consideraciones del GFD. El Grupo Directivo de Directrices (GDD) formado para la elaboración de esta directriz determinó ocho áreas temáticas en las que era necesario formular nuevas REC y DBP (véase la sección 2.4, Capítulo 2). En este Capítulo se abordan cuatro de esos temas - los números 1, 2, 4 y 5 arriba enumerados - mientras que los otros cuatro se examinan en el Capítulo 3. Las seis REC nuevas incluidas en esta directriz se presentan en cuatro subsecciones de este Capítulo (debidamente rotuladas como "NUEVAS"), a saber: 4.1.1 Empoderamiento y autoeficacia; 4.2.1 Revelación de seropositividad sin riesgo; 4.4.1 Cesárea, y 4.5.1 Aborto sin riesgos. En cada subsección también se presentan los resultados pertinentes de la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (GVPS) acerca de las prioridades de las mujeres que viven con el VIH, y se los integra a la información proporcionada con las REC nuevas.

4.1 Orientación y apoyo en materia de salud sexual

4.1.1 Empoderamiento y autoeficacia

(NUEVA) Recomendación sobre el empoderamiento y la autoeficacia

REC B.1. La OMS recomienda aplicar intervenciones sobre autoeficacia y empoderamiento en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos para las mujeres con infección por el VIH, con el fin de optimizar su salud y hacer valer sus derechos.

(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad)

Observaciones

- Estas intervenciones deben integrar significativamente a las mujeres que viven con el VIH en el proceso de su formulación, ejecución y evaluación, lo que debe incluir consultas y participación en la planificación, el diseño, la ejecución y la monitorización de las intervenciones. De así hacerlo, aumentará la pertinencia, aceptabilidad y, probablemente, la accesibilidad y eficacia de las intervenciones. Sin embargo, la responsabilidad de ejecutar estas intervenciones recae en el sistema de salud y no únicamente en las mujeres que viven con el VIH.
- Las mujeres que viven con el VIH, incluidas las provenientes de grupos clave, pueden necesitar consideraciones especiales para superar las otras capas de inhabilitación, marginación y exclusión que surgen de formas imbricadas de estigma, discriminación y violencia, con frecuencia legitimadas por leyes que penalizan o dejan desprotegidas a las mujeres.

Observaciones (continuación)

- Los desequilibrios de poder y las desigualdades que impiden a las mujeres que viven con el VIH ejercer sus derechos sexuales y reproductivos actúan en muchos niveles. El apoyo a las mujeres no debe circunscribirse al ámbito individual para adquirir autoeficacia y empoderamiento; también cabe considerar intervenciones para cambiar esas normas en los niveles interpersonal, comunitario y social. Apoyar a las mujeres para que logren tener acceso a mejores recursos económicos, alimentos, vivienda y otros puede mejorar su capacidad de tomar decisiones y ejercer sus derechos. En el Capítulo 3 (sesión 3.2.3) de esta directriz se aborda el empoderamiento económico.
- Otras ideas para lograr el empoderamiento de las mujeres que viven con el VIH se describen en el instrumento de programación titulado *16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic (84)*.

i. Antecedentes

Es frecuente que las mujeres que viven con el VIH sufran como consecuencia de normas de género inequitativas y desequilibrios de poder que les impiden lograr sus metas de salud sexual y reproductiva (SSR) y ejercer sus derechos. Se enfrentan con escollos como el acceso limitado a los servicios de salud, poca capacidad de acción dentro de los sistemas de salud y pérdida de poder en sus interacciones con su pareja sexual y otros miembros de la comunidad. Las mujeres que viven con el VIH con frecuencia afrontan muchas capas de falta de poder, como las normas de género que impiden a las mujeres tomar parte de las decisiones, así como el estigma y la marginación que pueden acompañar a su estado de positividad de VIH. Estas dificultades influyen en los comportamientos y elecciones en materia de SSR de las mujeres que viven con el VIH. Los servicios y el personal sanitario pueden apoyar a las mujeres para que logren buenos resultados de SDRS mediante intervenciones de empoderamiento y autoeficacia. Las estrategias centradas en el empoderamiento pueden influir positivamente en, su calidad de vida, autonomía y salud, así como en la salud de sus hijos y su familia.

ii. Resumen de la evidencia y consideraciones sobre la nueva recomendación

En la reunión celebrada en enero de 2015 para determinar el alcance, el grupo de formulación de la directriz (GFD) decidió que había que examinar las intervenciones que mejoran la autoeficacia y el empoderamiento. La pregunta PICO (población, intervención, comparador y resultado) fue: **¿Qué intervenciones mejoran la autoeficacia y el empoderamiento en torno a las relaciones sexuales menos peligrosas y la toma de decisiones en materia de reproducción de las mujeres que viven con el VIH?** La autoeficacia se define como “la creencia de una persona en su propia capacidad de organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para obtener logros en una situación particular” (101). Por su parte, el empoderamiento es “el proceso de aumentar la capacidad de las personas o grupos para elegir entre opciones y transformar las opciones escogidas en los actos y resultados deseados” (102). La revisión sistemática realizada para apoyar la elaboración de esta directriz incluyó estudios con grupos de comparación extraídos de una búsqueda de la bibliografía arbitrada y la bibliografía gris sobre mujeres que viven con el VIH de 10 años y mayores. Los resultados de interés fueron la autoeficacia; el empoderamiento y otras medidas de la capacidad de una mujer para tomar sus propias decisiones en torno a la SSR, comportamientos vinculados a la SSR y resultados de la SSR, como infecciones de transmisión sexual y embarazo, entre otros (103).

Resultados

La revisión localizó 20 estudios (17 ensayos controlados aleatorizados [ECA], 2 estudios cuasi experimentales y un estudio de casos y testigos equiparados) que evaluaron 10 intervenciones y adaptaciones internacionales de intervenciones de cinco países: Estados Unidos, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbabue. Las intervenciones se aplicaron a individuos o grupos pequeños durante sesiones de debate u orientación con una intervención basada en un modelo computarizado. El contenido y aplicación de la intervención variaron en los distintos estudios. Las intervenciones incluyeron entre 2 y 11 sesiones y cubrieron temas como orgullo de género; uso de las leyes sociales de apoyo; comportamiento de riesgo en cuanto a la transmisión del VIH; comunicación y negociación de relaciones sexuales con menor riesgo, uso de preservativos, manejo de las relaciones de abuso, metas y valores, prevención de la transmisión

perinatal, nutrición y cumplimiento. Cada una de las intervenciones estaba fundamentada en un marco o enfoque teórico como la atención integral del estrés mediante la técnica cognitiva-comportamental, la teoría cognoscitiva social, la teoría del poder del género; la teoría de la actuación razonada, la entrevista motivacional; y las etapas del cambio. Las intervenciones corrieron a cargo de personal de enfermería, psicólogos y educadoras pares.

Hubo una gran variedad de resultados de interés para este tema (véase el anexo 3), los resultados importantes informados fueron la incidencia de ITS, uso de preservativos, uso de anticonceptivos, autoeficacia en la negociación del uso de preservativos, autoeficacia en la comunicación sexual y el equilibrio de poder dentro de la relación. La incidencia de las ITS fue cuantificada por dos estudios que aplicaron la misma serie de intervenciones, adaptadas para diferentes circunstancias. Se observaron disminuciones estadísticamente significativas de la clamidiasis, la gonorrea y la tricomoniasis. Los resultados con respecto a la vaginosis bacteriana no fueron significativos. Los estudios aplicaron diversas medidas del uso de preservativos, pero en general observaron un aumento o ningún cambio; además, las tasas de uso notificadas al principio de los estudios eran altas. Aunque los datos fueron incongruentes, varios estudios observaron mejoras en el uso de preservativos y en la autoeficacia de la negociación, así como en el equilibrio de poder dentro de la relación.

No se evaluaron los efectos nocivos de las intervenciones. El objetivo primario de muchas intervenciones fue la reducción del riesgo sexual, pero con frecuencia se incluyó el empoderamiento o la autoeficacia como objetivo secundario o como enfoque para lograr el objetivo primario. Esto pone de relieve la necesidad de efectuar más estudios comparativos que evalúen intervenciones centradas en el empoderamiento de las mujeres que viven con el VIH para que logren una buena salud sexual y reproductiva, lo que implica una sexualidad sana, planificación familiar, atención prenatal, prevención de las ITS y de los abortos peligrosos, y libertad para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Calidad de la evidencia para la recomendación

La calidad de la evidencia es baja. El GFD redujo la calidad de los datos alegando incongruencia, pues los estudios mostraron resultados contradictorios del uso de preservativos y otros anticonceptivos, además de imprecisión, debido al bajo número de eventos que se incluyó en los estudios. La variación de las estimaciones puede explicarse por las variaciones de los temas de las intervenciones, los prestadores, el momento en que se realizaron las intervenciones y los objetivos. No fue posible determinar la congruencia de todos los resultados, pues algunos solo se midieron en un estudio.

Fundamento lógico de la firmeza y dirección de la recomendación

Si bien no hay muchos datos, la autoeficacia y el empoderamiento revisten una importancia decisiva para las mujeres que viven con el VIH, a juzgar por los resultados de la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (37). Hay argumentos, provenientes de muchos campos de investigación, de que la dinámica de poder influye en los resultados sanitarios, particularmente en los grupos vulnerables; por lo que el GFD concedió un gran valor a la autoeficacia y el empoderamiento. El GFD debatió si calificar la REC B.1 como recomendación fuerte o condicional. Para formarse una idea preliminar de los puntos de vista de los integrantes del GFD sobre este punto, la metodóloga pidió que levantaran la mano los que apoyaran cada opción por separado. No se trató de una votación formal, sino un elemento de ayuda para tomar decisiones que permitió a la metodóloga y los coordinadores calibrar la distribución de las opiniones, para luego seguir discutiendo hasta llegar a un consenso. La aprobación definitiva de la REC B.1 como recomendación fuerte se confirmó por consenso de todos los miembros del GFD.

Factibilidad

La factibilidad inicial se desprendió de los resultados de 10 distintos programas con muchas adaptaciones internacionales en cinco países. Es posible que algunos agentes de salud, como las educadoras pares, puedan aplicar mejor las intervenciones, si se les dota de capacitación y recursos.

Valores y preferencias



Las mujeres que viven con el VIH que respondieron la GVPS plantearon una serie de inquietudes en relación con la igualdad de género y la justicia social. En efecto, señalaron que la entidad y autonomía de mujeres y chicas con respecto a la toma de decisiones sobre SDR se ve influida por múltiples factores culturales, económicos, sociales, estructurales y legales, como son las normas de género y las relaciones de poder, las creencias religiosas y culturales, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y otra gama de factores personales (por ejemplo, edad, género, sexualidad, etnia y raza, clase social, discapacidad). Otros factores que influyen en la entidad y autonomía son el acceso a información y servicios, y la existencia de leyes que confirman o merman los derechos de las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad. Las mujeres que viven con el VIH revelaron dificultades generalizadas en cuanto a la toma de decisiones sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, y si querían tener hijos y en qué momento. También denunciaron dificultades sobre la toma de decisiones en cuanto al uso de preservativos, la negociación de relaciones sexuales más seguras y, en particular, señalaron que era un problema llevar una vida sexual placentera y satisfactoria. Las encuestadas mencionaron reiteradamente la desigualdad económica y la falta de oportunidades económicas para las mujeres en el sector formal como factores que inciden en su toma de decisiones relativas a su vida sexual, sus deseos de fertilidad y la utilización de los servicios de SSR. De igual manera, señalaron que la inseguridad o los apuros económicos afectaban gravemente a su salud mental. Las mujeres expresaron que las relaciones sociales basadas en la desigualdad de género pueden limitar gravemente la capacidad de las mujeres para afirmar su entidad con respecto a la SSR, y reclamar y materializar sus derechos humanos. Adujeron que la SSR y los derechos humanos de todas las mujeres, en particular las que viven con el VIH y las que pertenecen a grupos clave, debe incorporarse en un marco de igualdad de género y justicia social. Las mujeres declararon que el estigma y la discriminación graves sufridas por las mujeres que viven con el VIH que pertenecen a grupos clave, especialmente las lesbianas, transgénero o trabajadoras sexuales, perjudica su autoeficacia para tomar decisiones referentes a la SSR (37). Las normas culturales y de género que perpetúan el desconocimiento y un pobre acceso a los recursos (como la educación integral sobre sexualidad y los servicios de SSR para las niñas y las jóvenes) así como las barreras legales (como las leyes sobre edad mínima de libre consentimiento y la restricción del acceso al aborto sin riesgos y a la asistencia posterior al aborto) limitan la capacidad y autoeficacia de estas mujeres al tomar decisiones sobre la SSR.

4.1.2 Comunicación breve acerca de la sexualidad (BSC)

Recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas ya existentes acerca de la comunicación breve acerca de la sexualidad (BSC) por su sigla en inglés

REC B.2: Se recomienda utilizar BSC para la prevención de infecciones de transmisión sexual entre adultos y adolescentes en servicios de atención primaria.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja a moderada)

REC B.3: Se recomienda capacitar al personal sanitario en materia de salud sexual y las aptitudes de comunicación breve acerca de la sexualidad.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad baja a muy baja)

DBP B.1. Los formuladores de políticas sanitarias y los dirigentes de las instituciones de formación de profesionales sanitarios tienen que velar porque, cuando se introduce la comunicación breve acerca de la sexualidad, ésta respete y haga valer los derechos humanos de los usuarios.

Observaciones

- Estas recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas ya existentes están tomadas de la publicación de la OMS (2015) titulada *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach* (25).
- Como se declara en las recomendaciones de 2015 de la OMS sobre comunicaciones breves acerca de la sexualidad, “El proceso de implantación deberá basarse en las características epidemiológicas de las ITS y del VIH, así como en las circunstancias locales de la epidemia, de conformidad con las estrategias nacionales de prevención y control, y debe incluir a todos los interesados directos nacionales” (25). Los prestadores de servicios tendrán que tener en cuenta el entorno propicio para las mujeres que viven con el VIH, como se describe en el Capítulo 3, y la situación específica de cada mujer para lograr la protección de sus derechos y la promoción de la SSR.
- Por más información puede consultar la publicación original (en inglés) en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf

i. Antecedentes

La comunicación breve acerca de la sexualidad (CBS) es una de las posibilidades que se encuentra disponible para promover el bienestar sexual. Mediante la CBS, el prestador —ya sea enfermero, médico o educador sanitario— aplica sus aptitudes de asesoramiento para abordar los problemas de sexualidad y otros problemas personales o psicológicos conexos, además de promover el bienestar sexual. La CBS tiene en cuenta las dimensiones psicológica y sexual de la salud y el bienestar sexual, además de la dimensión biológica (25).

Valores y preferencias

Las mujeres que respondieron la encuesta subrayaron la importancia de: el acceso a la información sobre sexualidad positiva y placer sexual (incluyendo referencias a normas de género y tabúes sexuales), el acceso a la orientación psicosexual; la confianza entre los miembros de la pareja o relaciones íntimas y también entre los usuarios y los prestadores de servicios de SSR; la facilitación de apoyo con respecto a la revelación del estado serológico, y el acceso a prestadores de servicios de SSR que están sensibilizados y bien informados de las necesidades de SSR de las mujeres que mantienen relaciones homosexuales y las transgénero (37).



4.1.3 Salud mental

No se identificaron recomendaciones o declaraciones de buenas prácticas ya existentes para este tema ni se formularon nuevas. Sin embargo, la salud mental sigue siendo un área fundamental para las mujeres que viven con el VIH y una parte importante a atender para lograr éxito en término de SDSR. A continuación, se exponen las orientaciones completas existentes de la OMS en torno a este tema.

i. Antecedentes

La infección por el VIH actúa como un catalizador de problemas mentales como la depresión, los sentimientos de rechazo y el insomnio. La OMS ha publicado directrices completas sobre la salud mental en la *Guía de Intervención mhGAP* de 2015 (87), que es la versión actualizada de las dadas a conocer en 2010 (104). En tal virtud, durante la reunión realizada para determinar el alcance de la directriz en enero de 2015, con el fin de evitar la duplicación, el GFD decidió no emitir recomendaciones específicas para la salud mental de las mujeres que viven con el VIH, sino hacer referencia a las orientaciones existentes, en vista de que muchos de los enfoques recomendados para las mujeres que viven con el VIH para afrontar la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático que pueden padecer como resultado del trauma y el estrés son semejantes a los que se recomendarían a todas las mujeres. En la *Guía de Intervención mhGAP* se presenta una orientación para la atención integrada de ciertas patologías prioritarias usando protocolos para la toma de decisiones (87). Esas patologías prioritarias de mhGAP incluyen: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y comportamentales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por consumo de alcohol, trastornos por consumo de drogas, autolesión o suicidio y otros trastornos emocionales o médicos importantes que no tienen explicación.

La guía completa debe utilizarse en cada mujer, según corresponda, para su situación específica, prestando especial atención a la manera como tal vez haya que aplicar las recomendaciones para apoyar a una mujer infectada por el VIH y atender las necesidades, situación e inquietudes derivadas de su condición (87). Se pueden obtener otras orientaciones de la publicación de 2014 titulada *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (105).

En la *Guía de Intervención mhGAP* se describen los principios de la asistencia básica de todas las personas que consultan, en particular de quienes padecen trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicotrópicas (MNS), y quienes las atienden (los cuidadores). La guía busca “promover el respeto por la privacidad de las personas que consultan por MNS, fomentar una buena relación entre los prestadores de salud, los usuarios de servicios y sus cuidadores, y responder en una manera no judicativa ni estigmatizadora, que denote apoyo” (87).

Además, describe los siguientes principios generales y elementos esenciales de la salud mental en la práctica clínica.

Principios generales:

1. Los prestadores de servicios de salud deben usar habilidades de comunicación eficaces, ya que les permiten ofrecer una atención de buena calidad a los adultos, adolescentes y niños que padecen trastornos MNS.
2. Se debe promover el respeto y la dignidad. Las personas con trastornos MNS deben ser tratadas con respeto y dignidad y de una manera culturalmente apropiada. Como prestador de asistencia sanitaria, haga todo lo posible por respetar y promover la voluntad y las preferencias de las personas con trastornos MNS; apóyelos e involúcrelos, tanto a ellos como a sus cuidadores, de la manera más incluyente posible. Los derechos humanos de las personas con problemas de MSN son más vulnerables a violaciones. Por consiguiente, es esencial que en las dependencias sanitarias el personal fomente los derechos de las personas con trastornos MNS con arreglo a las normas internacionales de derechos humanos, lo que incluye a la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD, por su sigla en inglés).

Elementos esenciales del ejercicio clínico de la salud mental:

1. Evalúe la salud física: Las personas con trastornos MNS tienen un mayor riesgo de morir prematuramente por enfermedades prevenibles y, por lo tanto, siempre deben ser sometidas a un examen completo de la salud física como parte de una evaluación completa.
2. Efectúe una evaluación MSN completa. Para empezar, explore el motivo de consulta actual y luego pase a la anamnesis; incluya preguntas sobre problemas relacionados con MSN en el pasado, problemas de salud general, antecedentes familiares de trastornos MSN y antecedentes psicosociales. Observe a la persona (Examen del Estado Mental), establezca el diagnóstico diferencial y determine el trastorno MNS.
3. Trate los trastornos MSN. Una vez concluida la evaluación, guíese por el algoritmo de la mhGAP-IG para tratar el trastorno MNS que corresponda (87).

Valores y preferencias



Las mujeres que viven con el VIH que respondieron la GVPS describieron los nexos complejos del diagnóstico de la infección por el VIH, la violencia y otros factores estresantes, entre ellos el efecto sobre su modo de ganarse la vida y los efectos secundarios del tratamiento, que afectan a la salud mental del individuo y, a su vez, puede menoscabar su capacidad de disfrutar su SDR. Las formas en que los trastornos mentales afectan a la SDR de las mujeres que viven con el VIH incluyen la disminución o ausencia de libido o impulso sexual o el aumento de la necesidad de intimidad sexual; falta de asertividad en las relaciones sexuales, en particular la incapacidad de negociar el uso de preservativos; el secreto con respecto a la revelación del estado serológico en las relaciones; la dificultad para comprometerse en las relaciones sexuales, la desconfianza o la decisión de seguir unidas a parejas violentas o abusivas; trastornos del sueño y dolores relacionados con la ansiedad; y dependencia del alcohol o las drogas, lo cual puede impedir el establecimiento de relaciones cercanas e íntimas. Entre los factores de apoyo clave para afrontar los problemas mentales que las encuestadas destacaron el asesoramiento y el apoyo brindado pares; el acceso a grupos de apoyo formados por y para mujeres que viven con el VIH (véase también la sección 3.2.1); el acceso a servicios de salud holísticos que incluyen el apoyo o la atención de los problemas mentales; la seguridad; y un entorno legal y normativo propicio. Desde el punto de vista clínico, el acceso no estigmatizante a la orientación y asistencia psicosocial es de fundamental importancia (37).

4.2 Servicios para atender la violencia contra las mujeres

4.2.1 La revelación sin riesgos

(NUEVAS) Recomendaciones sobre la revelación de la seropositividad sin riesgos

REC B.4. La OMS recomienda que los formuladores de políticas y los prestadores de servicios de apoyo a las mujeres con infección por el VIH que estén considerando la posibilidad de la revelación voluntaria de la infección sean conscientes de que muchas mujeres temen sufrir violencia de pareja, la sufren o están en riesgo de sufrirla. *(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad)*

REC B.5. La OMS recomienda que las intervenciones y servicios de apoyo a aquellas mujeres con infección por el VIH que estén considerando revelar su seropositividad voluntariamente conversen con ellas acerca de los problemas de su situación actual, la posibilidad de ser objeto de la violencia y medidas para lograr una revelación más segura; además se recomienda facilitar vínculos con los servicios disponibles para la prevención y atención de la violencia. *(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad)*

Observaciones

- Para las mujeres que viven con el VIH, la revelación del estado serológico es un proceso, y no un episodio aislado. Es preciso que las mujeres puedan elegir con fundamentos sobre a quién revelar su condición, por quién, cuándo, dónde y cómo hacer la revelación. A las mujeres que viven con el VIH les sirve contar con apoyo para sopesar los posibles beneficios de la revelación, como el apoyo de la familia, los amigos y los miembros de la comunidad de mujeres como ellas para recibir el TAR. Les ayudaría también a sopesar los posibles problemas que ocasionaría la revelación, particularmente los relacionados con la reacción de las parejas sexuales, la familia, los amigos - u otros, como los empleadores o clientes— que podrían empeorar el estigma, la violencia o el acceso escaso a los recursos.
- Una forma importante de apoyar a las mujeres y velar por que ejerzan sus derechos humanos consiste en asegurar que ellas mismas tomen las decisiones sobre la revelación de su seropositividad con apoyo de terceros, como el personal sanitario, pero sin obligarlas ni revelar su estado serológico en su nombre.
- La orientación para las mujeres debe incluir información sobre el riesgo de violencia y debe tener en cuenta la alta prevalencia y el alto riesgo de violencia que afrontan las mujeres que viven con el VIH.
- La revelación sin riesgos puede resultar imposible en los países donde se criminaliza la transmisión del VIH. Además, muchas mujeres sufren la violencia al margen de que revelen o no su estado serológico. La violencia relacionada con la revelación y por otras causas se aborda más ampliamente en el Capítulo 3 de esta directriz (véase la sección 3.2.5).

Recomendaciones ya existentes sobre la revelación de la seropositividad

REC B.6: Se debe orientar a los adolescentes acerca de los posibles riesgos y beneficios de revelar a otros su estado serológico; también se les debe empoderar y apoyar para que determinen si quieren divulgarlo, cuándo, cómo y a quiénes.

(Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja)

Observaciones

- Esta recomendación ya existente está tomada de la siguiente obra de la OMS publicada en 2013: *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers* (64).
- Por más información puede consultar la publicación original (en inglés), disponible también en línea como un instrumento interactivo titulado *Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners* (67) en la siguiente dirección: <http://apps.who.int/adolescent/hiv-testingtreatment/>

REC B.7: A las personas VIH positivas y sus parejas y compañeros sexuales se les debe ofrecer servicios de pruebas de estudio destinados a parejas y compañeros sexuales, dándoles apoyo para la revelación mutua de la seropositividad.

(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad para todas las personas con infección por el VIH en todos los contextos de la epidemia; Recomendación condicional, evidencia de baja calidad para las personas VIH negativas, según la prevalencia del VIH de su país en particular)

Observaciones

- Esta recomendación ya existente está tomada de la publicación de la OMS en 2012: *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach* (106).
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf

REC B.8: Es preciso emprender iniciativas para velar por la protección de la vida privada e instituir políticas, leyes y normas para prevenir la discriminación y fomentar la tolerancia y la aceptación de las personas que viven con el VIH. Esto puede ayudar a crear ambientes donde sea más fácil revelar la seropositividad.

(Recomendación fuerte, evidencia de poca calidad)

REC B.9: A los niños de edad escolar se les debe dar a conocer su seropositividad VIH; a los niños de una edad menor se les debe ir preparando poco a poco, según sus aptitudes cognoscitivas y su madurez emocional, hasta darles toda la información.

(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad)

REC B.10: A los niños de edad escolar se les debe dar a conocer la seropositividad de sus padres o cuidadores; a los niños de una edad menor se les debe ir dando la información poco a poco, según sus aptitudes cognoscitivas y su madurez emocional.

(Recomendación condicional, evidencia de baja calidad)

Observaciones

- Estas tres recomendaciones vigentes están tomadas de la directriz de la OMS publicada en 2011: *Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age* (107).
- Cabe señalar que en ese documento se define como niños de edad escolar a los que presentan las aptitudes cognitivas y la madurez emocional de un niño de 6 a 12 años de desarrollo normal (107).
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf

i. Antecedentes

En el caso de las mujeres que viven con el VIH, revelar su estado serológico les puede facilitar el acceso a servicios de salud, lo que incluye el tratamiento antirretroviral (TAR) para prevenir la transmisión perinatal, así como al apoyo social y la oportunidad de planificar el futuro con sus parejas (108, 109). Sin embargo, la revelación de la seropositividad al VIH también entraña riesgos. En una revisión sistemática de las tasas, las barreras y los resultados de la revelación del estado serológico en mujeres que viven con el VIH se observó que las tasas de revelación notificadas en artículos científicos publicados en revistas arbitradas y en resúmenes de conferencias variaban entre 17 y 86% (110). Entre 4 y 15% de las mujeres que viven con el VIH notificaron una respuesta violenta de su compañero después de la revelación (110). Las mujeres pueden dudar de si revelar su estado serológico por los posibles resultados negativos tales como violencia, abandono, fin de la relación, estigma y pérdida de sus hijos y/o de su casa (111). Un estudio reciente indicó que el sector de la salud puede desempeñar una función preventiva si sensibiliza al personal sanitario, alertando de los posibles riesgos de violencia de pareja como consecuencia de la revelación y procurando que cualquier decisión que tomen las mujeres que viven con el VIH sea voluntaria y esté plenamente fundamentada (112).

Los servicios de pruebas del VIH tienen que ser confidenciales, lo cual significa que las conversaciones entre el prestador del servicio y el usuario no deben revelarse a nadie sin el consentimiento expreso de la persona que se realiza la prueba. Se debe respetar la confidencialidad, pero sin permitir que refuerce el secreto, el estigma ni la culpabilización. En esas conversaciones, los orientadores deben abordar, entre otros asuntos, a quién desea informar la persona y cómo querría hacerlo. La confidencialidad compartida con un compañero o miembros de la familia —los “otros” de su confianza— y el personal sanitario suele ser muy beneficiosa (11).

Como se manifiesta en una publicación de orientación del ONUSIDA y la OMS (2000):

El ONUSIDA y la OMS alientan la revelación beneficiosa. Es decir, una revelación voluntaria que respete la autonomía y la dignidad de las personas afectadas, que mantenga la confidencialidad según corresponda, y que redunde en el beneficio de estos individuos, sus familias y sus parejas sexuales y compañeros que se inyectan drogas; propicia una mayor apertura en la comunidad con respecto al VIH/SIDA; y cumple los imperativos éticos de la situación donde es necesario prevenir la transmisión posterior del VIH” (113).

Es fundamental ayudar a las mujeres que viven con el VIH a acceder a una gama completa de servicios de SDRS y oportunidades de apoyo social, al tiempo que se garantiza su bienestar y seguridad. En 2006, la OMS publicó un informe de la reunión sobre el tratamiento de la violencia contra la mujer (VCM) que se produce durante los estudios de VIH y los servicios de asesoramiento. El informe bregaba por una investigación operativa para evaluar herramientas de asesoramiento, comunicación y derivación para ayudar a las mujeres a través de los procesos de revelación de seropositividad y planificación de reducción de riesgos.

ii. Resumen de la evidencia y consideraciones para las nuevas recomendaciones

En la reunión de definición de alcance para la actual directriz, en enero de 2015, el GFD decidió que para esta guía deberían revisarse las intervenciones destinadas a facilitar una revelación más segura del estado serológico de las mujeres que viven con el VIH. La pregunta PICO fue: **¿Qué intervenciones facilitan la revelación sin riesgo del estado serológico a las mujeres que viven con el VIH que temen violencia o que hacen su revelación ya padeciendo violencia actual?** La revisión incluyó estudios con grupos comparativos, y usó definiciones de violencia, pareja íntima y otros temas relevantes de las directrices de la OMS 2013 sobre la violencia de pareja íntima (VPI) y la violencia sexual (81). La pregunta PICO incluyó a todas las poblaciones de mujeres que viven con el VIH, en todas las etapas de la vida con VIH y todo tipo de violencia. La violencia actual fue definida como la violencia ocurrida en los 12 meses previos, u otra definición que indicaba el riesgo actual de violencia; no incluye un riesgo o experiencia de violencia de hace mucho tiempo que ya no está presente. Hay más información sobre la revisión en el suplemento de la Web de esta guía.²

Resultados

La evidencia sobre las intervenciones que facilitan una revelación de seropositividad más segura del estado del VIH es limitada. Una revisión sistemática de la literatura gris y revisada por pares solo logró identificar dos estudios, ambos ECA. Ambos estudios identificados en la revisión se refieren a la revelación a las parejas, y no a otras personas de la familia, la comunidad, el sistema de salud u otro entorno. Además, ambos estudios evaluaron las intervenciones que integraban preguntas de tamizaje sobre VPI junto con las pruebas de laboratorio de VIH y el asesoramiento, y capacitaron a los asesores para facilitar las conversaciones sobre la revelación de la serología según el riesgo de

2. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

violencia de cada mujer. La consejería incluyó cuestionarios estructurados para ayudar a las mujeres a evaluar su riesgo de daño luego de la revelación. Luego se enseñó a los consejeros a explorar el riesgo que presentaban las mujeres de sufrir violencia al revelar su seropositividad y a explorar otras alternativas, de estar indicado. La intervención incluyó otros componentes como actividades de movilización comunitaria para contrarrestar la violencia, grupos de apoyo y servicios de asistencia legal en el sitio. Los resultados incluidos en los estudios fueron: revelación, violencia física, violencia sexual y violencia emocional. Ninguno de los estudios aportó pruebas claras de la efectividad de una intervención de revelación más segura, ya que no fueron diseñados para aislar el aporte de cada componente de una revelación de seropositividad más segura de las intervenciones más amplias con múltiples componentes. La evidencia sugiere, sin embargo, que las mujeres que divulgan su estado tienen más probabilidades de tener relaciones no violentas. Los hallazgos de los estudios también “sugieren que aunque la VPI sigue siendo un obstáculo importante que dificulta la revelación en el caso de mujeres que temen violencia, ese es un tema que no se ha abordado adecuadamente en los enfoques actuales de los servicios de pruebas de laboratorio, tratamiento y atención del VIH en dependencias médicas”. (111) Estudios futuros deberán examinar otras relaciones de revelación de seropositividad (a saber, a otras personas, aparte de la pareja) y comparar la efectividad entre las intervenciones, incluyendo las posibles intervenciones tanto clínicas como comunitarias. Esto puede poner de manifiesto la posible ayuda del apoyo entre iguales, lo que permitiría reducir los recursos médicos que se necesitan para la intervención.

Calidad de la evidencia para la recomendación

La calidad de la evidencia fue baja o muy baja, degradada por su carácter indirecto grave, ya que se midieron los resultados para todas las mujeres que vivían con VIH, en lugar de hacerlo solo para aquellas que recibieron las intervenciones de revelación segura, y por inconsistencia, ya que los dos estudios mostraron resultados diferentes.

Justificación de la fuerza y dirección de la recomendación

El GFD determinó que la fortaleza de la recomendación era fuerte a pesar de la baja calidad de la evidencia. Esta decisión se basó en (i) el muy elevado valor que se asigna a la seguridad durante y después de la revelación de la seropositividad de las mujeres que viven con el VIH; (ii) la posibilidad de que implique un enorme beneficio para los individuos, las parejas, familias y comunidades; y (iii) el entendido que la aplicación de la intervención mejoraría la equidad. El GFD analizó en detalle el aumento de las exigencias que plantearía esta recomendación al trabajador de salud, pero concluyó que en general los trabajadores de la salud desean apoyar la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes y, como tal, la aceptabilidad de esta recomendación sería alta, dentro de las limitaciones que puede tener su viabilidad.

Factibilidad

El GFD consideró que la viabilidad de la intervención es incierta, en parte debido a que cumplir con esta recomendación agrega exigencia a los trabajadores de salud y al sistema de salud, dada la alta prevalencia de violencia contra las mujeres, ya que 35% de mujeres de 15 años en adelante sufren violencia física o sexual en todo el mundo (114). El GFD también planteó preocupación por los recursos que demandaría la implementación. Es posible que se necesiten intervenciones basadas en la comunidad y en las clínicas para gestionar las estrategias y abordar los problemas de recursos. El GFD se refirió a la necesidad de garantizar que la revelación de seropositividad sea siempre voluntaria. Si una mujer decide revelar su serología, sin embargo, debe ser apoyada y hacerlo sin riesgos. Las leyes y políticas que requieren divulgar la seropositividad harían inviables a estas recomendaciones.

Valores y preferencias



En la GVPS las mujeres expresaron que la seguridad para las mujeres que viven con el VIH es absolutamente primordial. El hallazgo más destacado de la encuesta fue que las mujeres que viven con el VIH sufren altos niveles de violencia, que muchas catalogaron como “intolerables”, y 89% de las encuestadas manifestaron haber padecido violencia o haber temido violencia desde antes del diagnóstico, a partir de su diagnóstico o a causa del mismo. Las mujeres informaron que el diagnóstico del VIH actúa en particular como un desencadenante de la violencia. Algunas encuestadas temían revelar su serología a una pareja.

Las encuestadas manifestaron la necesidad de seguridad en las sanitarias, en el hogar y en la comunidad. El apoyo para abordar la violencia interpersonal se consideró un elemento clave. Las mujeres expresaron que la atención médica para las mujeres y las niñas que viven con el VIH debería ser accesible, asequible y estar disponible, incluyendo una atención integrada y apoyo tanto para la SSR como para la violencia basada en el género (VBG). Las mujeres informaron experiencias de revelación de seropositividad involuntaria dentro de los servicios de salud, así como violaciones a su privacidad o confidencialidad, presión o coerción para revelar su seropositividad a parejas o a otros miembros de la familia, y estigma, discriminación o actitudes críticas de los propios proveedores de servicios. Las encuestadas destacaron que los servicios de salud deberían ser lugares seguros a los que las mujeres puedan acudir sin temor a estas experiencias o actitudes. Dijeron que a las mujeres a las que recién se les haya diagnosticado el VIH se les debería ofrecer consejería y apoyo de pares. Las mujeres que viven con el VIH expresaron la necesidad de que aquellas que padezcan o teman violencia al revelar su seropositividad hagan que el personal de salud piense más allá del entorno clínico y que fomente y ofrezca vínculos con programas comunitarios. Les gustaría que el personal de salud les brindara o las derivara a las opciones de atención y apoyo para mujeres que sufren violencia mental y/o física (VPI), como hogares seguros y oportunidades para generar ingresos, entre otras opciones (37).

4.3 Servicios de planificación familiar y de infertilidad

4.3.1 Estrategias para lograr embarazos sanos y sin riesgos

Recomendaciones ya existentes sobre las estrategias destinadas a lograr embarazos sanos y sin riesgos

REC B.11: En países donde la transmisión del VIH ocurre entre parejas serodiscordantes, donde se pueden identificar parejas discordantes y donde se necesitan más opciones de prevención del VIH, se puede considerar una PPE oral diaria (específicamente tenofovir o la combinación de tenofovir y emtricitabina) como una posible intervención adicional para el compañero no infectado.

(Recomendación condicional, evidencia de alta calidad)

Observaciones

- Esta recomendación ya existente se integró en esta directriz a partir del documento publicado por la OMS en 2012: *Guidance on oral preexposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects (115)*.
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://www.who.int/hiv/pub/guidance_PPrE/en/

REC B.12: Se debe iniciar TRA en todos los adultos que viven con VIH, independientemente de la etapa clínica de la OMS y del recuento de células CD4.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Observaciones

- Esta recomendación ya existente se integró en esta directriz a partir del documento publicado por la OMS en 2016 *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach (7)*.
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

i. Antecedentes

El diseño y la prestación de servicios de fertilidad para las mujeres que viven con el VIH deberían estar sustentados por una serie de principios clave. El asesoramiento sobre planificación familiar adaptado a las mujeres que viven con el VIH es importante para una buena SDR. El asesoramiento es una forma que tienen los proveedores sanitarios de comunicarse con los clientes para identificar sus deseos de fertilidad y ayudar a aconsejar a las mujeres que viven con VIH, o a parejas, sobre la fertilidad y el embarazo. La publicación de 2012 de la OMS, Elección reproductiva y planificación familiar para personas que viven con la herramienta de asesoramiento sobre el VIH, guía a los proveedores a avanzar en un proceso con el cliente para evaluar, aconsejar, acordar, ayudar y organizar (116). Al brindar asesoramiento, es importante que los proveedores defiendan la igualdad de acceso a los recursos para permitir una toma de decisiones informada sobre opciones reproductivas, crear ambientes que reduzcan el estigma asociado con el VIH y la infertilidad, y que fomenten la divulgación segura y voluntaria del VIH y el estado de fertilidad a las parejas (117).

Se han identificado varias opciones para ayudar a lograr un embarazo seguro para las mujeres que viven con el VIH en relaciones serodiscordantes, entre las que se incluyen: terapia antirretroviral (TAR) utilizada por la mujer que vive con el VIH para suprimir su carga viral; uso de profilaxis oral previa a la exposición (PPE) por parte de la pareja que no tiene VIH; uso de preservativos cuando la mujer no está en el momento de mayor fertilidad; detección y tratamiento de ITS en ambos miembros de la pareja; circuncisión médica masculina voluntaria para reducir la transmisión del VIH; e inseminación manual. El control y la detección de la fertilidad es importante para todas las parejas que presentan problemas de fertilidad (117). Actualmente no es posible elaborar una guía definitiva sobre la mejor forma de administrar la PPE oral diaria a las parejas VIH-negativas (hombres o mujeres) en parejas serodiscordantes; se necesitan más estudios, y se encuentra en curso un proyecto de investigación de demostración a esos efectos.

La OMS está elaborando otras directrices pertinentes sobre infertilidad y estrategias de concepción más seguras.

Valores y preferencias

Las mujeres que viven con el VIH que respondieron a la GVPS declararon haber experimentado reacciones negativas del personal sanitario cuando expresaron el deseo o la intención de tener un hijo (tuvieran ya o no otros hijos). Estas reacciones incluían desaliento, desaprobación, presión para interrumpir el embarazo si ya estaban embarazadas, información errónea sobre los posibles o probables desenlaces sanitarios para el niño, abuso verbal y maltrato y/o negligencia durante la atención prenatal y el trabajo de parto. Las mujeres que viven con el VIH y que han ejercido el trabajo sexual a veces son tratadas de manera deficiente por el personal de la salud durante el embarazo y el trabajo de parto. Se han documentado casos de mujeres que viven con el VIH obligadas o coaccionadas a esterilizarse; esta práctica ahora se considera ampliamente una violación de los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH y un acto de VDG institucional. En algunos países, las mujeres que viven con el VIH declararon haberseles negado tratamiento de fertilidad.

Las mujeres que viven con el VIH expresaron deseos de recibir asesoramiento sobre toda una serie de opciones de técnicas de concepción apropiadas y seguras, y sobre el embarazo y el parto, y tener acceso equitativo a tratamiento de fertilidad si es necesario, así como acceso a servicios de adopción legal. Expresaron la necesidad de acceder a información precisa y actualizada sobre el riesgo de transmisión a sus parejas durante la concepción, así como sobre el riesgo de transmisión perinatal a los niños. Los encuestados enfatizaron la importancia del apoyo de médicos de confianza y otro personal sanitario para realizar sus deseos de fertilidad (tener hijos que nacen libres de VIH) y el apoyo de pares de otras mujeres que viven con VIH que tuvieron hijos (37).



4.3.2 Contracepción

Recomendación existente sobre la concepción

REC B.13: Se recomienda el uso correcto y habitual de preservativos con lubricantes compatibles para todas las poblaciones clave para evitar la transmisión sexual de VIH o ITS.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Observaciones

- Esta recomendación ya existente se integró en esta directriz a partir del documento publicado por la OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update (10)*.
- Las poblaciones clave incluyen a las mujeres que viven con VIH.
- Por más información puede consultar la publicación original en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

Recomendaciones ya existentes sobre los criterios médicos de elegibilidad (CME) para uso de anticonceptivos hormonales

Nota: Categorías CME (118):

1. Una condición para la cual no hay restricciones para el uso del método anticonceptivo. Una condición donde las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
2. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas de usar el método.
3. Una condición que representa un riesgo inaceptable a la salud si se utiliza el método anticonceptivo.
4. Estas categorías se proporcionan en el documento de origen en lugar de la firmeza de la información de recomendación.

REC B.14: Las mujeres que viven con enfermedad clínica de VIH asintomática o leve (etapa 1 o 2 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricción: píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), parches y anillos anticonceptivos, píldoras de progestina sola (PPS), inyectables de progestina sola (IPS) (AIPS, DMPA y NET-EN), e implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG) (Categoría CME 1). Las mujeres que viven con una enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (etapa 1 o 2 de la OMS) generalmente pueden usar el DIULNG (Categoría CME 2). (CME Parte I, sección 12b)

(Evidencia de calidad moderada a muy baja)

REC B.15: Las mujeres que viven con enfermedad clínica severa o avanzada del VIH (OMS etapa 3 o 4) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricción: AOC, AIC, parches y anillos anticonceptivos, PPS, IPS (DMPA y NET-EN), e implantes de GNL y ETG (Categoría CME 1). Las mujeres que viven con enfermedad clínica grave o avanzada por VIH (etapa 3 o 4 de la OMS) generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (Categoría CME 3 para inicio) hasta que su enfermedad mejore a se torne una enfermedad clínica asintomática o leve (etapa 1 o 2). Sin embargo, las mujeres que ya tienen colocado un DIU-LNG y que desarrollan una enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no necesitan quitarse el DIU (Categoría CME 2 para continuación). Las usuarias de DIU-LNG con enfermedad clínica severa o avanzada del VIH deben ser controladas de cerca en busca de infección pélvica (CME Parte I, sección 12c)

(Evidencia de calidad moderada a muy baja)

REC B.16: Las mujeres que toman cualquier inhibidor nucleosídico/nucleotídico de la transcriptasa inversa (INTI) pueden usar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción: AOC, parches y anillos anticonceptivos, AIC, PPS, IPS (DMPA y NET-EN) y los implantes de LNG y ETG. (Categoría CME 1). (CME Parte I, sección 12d)

(Evidencia de calidad baja a muy baja)

REC B.17: Las mujeres que usan TAR que contiene o bien efavirenz o nevirapina generalmente usan AOC, parches, anillos, AIC, PPS, NET-EN e implantes (Categoría CME 2). Sin embargo, las mujeres que usan efavirenz o nevirapina pueden usar DMPA sin restricciones (Categoría CME 1). (CME Parte I, sección 12d)

(Evidencia de calidad baja a muy baja)

REC B.18: Las mujeres que usan los inhibidores no nucleosídicos/nucleotídicos de la transcriptasa inversa (INNTI) etravirina y rtipivirina pueden usar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (Categoría CME 1). (CME Parte I, sección 12d)

(Evidencia de calidad baja a muy baja)

Recomendaciones ya existentes sobre los criterios de elegibilidad médica (CEM) para el uso de anticonceptivos hormonales (continuación)

REC B.19: Las mujeres que utilizan inhibidores de proteasa (como ritonavir y ARV reforzados con ritonavir) generalmente pueden utilizar anticonceptivos orales combinados ACC, parches y anillos anticonceptivos, AIC, PPS, NET-EN, e implantes de LNG y ETG (Categoría CME 2), y pueden utilizar DMPA sin restricciones (Categoría CME 1). (CME Parte I, sección 12d)

(Evidencia de calidad baja a muy baja)

REC B.20: Las mujeres que utilicen el inhibidor de la integrasa raltegravir pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones (Categoría CME 1). (CME Parte I, sección 12d)

(Evidencia de calidad baja a muy baja)

REC B.21: Dispositivo intrauterino (DIU): En general, las mujeres que utilizan medicación ARV pueden utilizar DIU-LNG (Categoría CME 2), siempre y cuando su enfermedad VIH clínica sea sintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS). En términos generales, las mujeres que viven con enfermedad VIH clínica grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) no deberían iniciar el uso del DIU-LNG (Categoría CME 3 para inicio) hasta que su enfermedad haya mejorado hasta hacerse una enfermedad VIH clínica asintomática o leve. Sin embargo, las mujeres que ya tienen colocado un DIU-LNG y que evolucionaron a una enfermedad VIH clínica grave o avanzada no tienen por qué quitarse el DIU (Categoría CME 2 para continuación). Las usuarias de DIU-LNG con una enfermedad VIH clínica grave o avanzada deben ser controladas de cerca para detectar aparición de infección pelviana. (CME Parte I, sección 12d)

(Evidencia de calidad baja a muy baja)

Observaciones

- Estas recomendaciones ya existentes se incorporaron en esta directriz a partir de la publicación de la OMS del 2015, *Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition (118)*.
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf

ARV: antirretroviral; AIC: anticonceptivo inyectable combinado; AOC: anticonceptivo oral combinado; DMPA: acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada; ETG: etonogestrel; DIU: dispositivo intrauterino; LNG: levonorgestrel; CME: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (publicación de la OMS [118]); NET-EN: Enantato de noretisterona; INNTI: inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa; INTI: inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa; AIPS: anticonceptivo inyectable de progestina sola; PPS: píldora de progestina sola.

Declaración de buena práctica ya existente sobre los requisitos de autorización de terceros para servicios de anticoncepción

DBP B.2: Se recomienda eliminar los requisitos de autorización de terceros, inclusive los requisitos de autorización del cónyuge para las mujeres que viven con VIH para obtener anticonceptivos e información y servicios conexos.

Observaciones

- Esta declaración de buena práctica ya existente fue incorporada a esta directriz a partir del documento de la OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update (10)*.
- En el texto se incluye el término “recomendado” o “se recomienda” porque originalmente se utilice el término “recomendación de buena práctica”; pero no es una recomendación de la OMS basada en GRADE, sino una declaración de buena práctica.
- Por más información puede consultar la publicación original en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

i. Antecedentes

Como se indica en una declaración interinstitucional de 2014:

Las normas de derechos humanos reconocen que las mujeres que viven con el VIH tienen derecho a la anticoncepción y a otros servicios de salud reproductiva en las mismas condiciones que las demás mujeres. Estas normas establecen que debe haber medios anticonceptivos seguros y asequibles disponibles y que las mujeres deben tener el derecho de elegir libremente o rechazar los servicios de planificación familiar (incluidos los servicios de esterilización). Exigen que los agentes sanitarios no sean coercitivos y que respeten la autonomía, la privacidad y la confidencialidad, y que la libertad reproductiva no se restrinja como parte de una agenda de planificación familiar, prevención del VIH u otra parte de la agenda de salud pública (28).

El uso voluntario de anticonceptivos por parte de las mujeres que viven con el VIH y que desean evitar el embarazo es importante para defender sus derechos reproductivos. También sigue siendo una estrategia importante para reducir la transmisión perinatal del VIH (74). La quinta edición de los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso de anticonceptivos (los CME), publicada en 2015, priorizó la disponibilidad de una amplia gama de opciones anticonceptivas (118).

Dado que puede haber interacciones entre ciertos métodos de anticoncepción hormonal y ciertos medicamentos antirretrovirales (ARV), los agentes sanitarios deben consultar las recomendaciones sobre interacciones ARV (disponibles en el CME) cuando asesoran a las mujeres que viven con el VIH sobre la eficacia anticonceptiva. Una mujer que vive con el VIH y usa ARV debe analizar el efecto potencial de determinados ARV sobre la eficacia anticonceptiva con su proveedor de atención médica, ya que las recomendaciones difieren para las mujeres que se encuentran en diferentes etapas del VIH (118). Esto subraya la necesidad de contar con una amplia gama de anticonceptivos, opciones informadas, médicos de apoyo y otros agentes sanitarios, de modo que las mujeres que viven con el VIH sientan que pueden explorar sus opciones en profundidad. La tercera edición actualizada de las *Recomendaciones de prácticas seleccionadas de la OMS para el uso de anticonceptivos* (RPS o SPR, por su sigla en inglés), publicada en 2016, brinda orientación sobre cómo utilizar los métodos anticonceptivos de manera segura y efectiva una vez que se consideran médicamente apropiados (119). Las RPS sirven como un documento complementario a la guía CME, que se enfoca en quién puede usar métodos anticonceptivos de manera segura, brindando orientación sobre la seguridad de varios métodos anticonceptivos en el contexto de condiciones y características de salud específicas. Según el CME, las mujeres con infección por VIH asintomática y las mujeres con SIDA pueden usar de manera segura y efectiva la mayoría de los métodos anticonceptivos (118).

Los preservativos siguen siendo un componente clave de los programas de prevención del VIH de alto impacto, pero también son un componente crítico en un enfoque integral y sostenible para la prevención combinada contra las ITS y los embarazos no deseados (120). En consecuencia, los preservativos masculinos y femeninos también son importantes para la protección de las mujeres que viven con el VIH. Para garantizar la seguridad, la eficacia y el uso efectivo, los preservativos deben fabricarse de acuerdo con las normas, especificaciones y procedimientos internacionales de garantía de calidad establecidos por la OMS, el UNFPA y la Organización Internacional de Normalización (ISO) (121, 122) y deben estar disponibles gratis o a un precio asequible. Las personas en entornos de bajos recursos tienen más probabilidades de usar preservativos cuando pueden acceder a ellos sin costo o a precios subsidiados (120).

Muchas mujeres y niñas, especialmente las que están casadas o en relaciones a largo plazo y las trabajadoras del sexo, no tienen el poder o la capacidad de acción para negociar el uso de preservativos, ya que los hombres a menudo se resisten a usar preservativos y generalmente tienen más poder en estas relaciones. Dentro de las relaciones, la sugerencia de usar preservativos puede tomarse como señal de falta de confianza o intimidad.

El asesoramiento es una forma de que los agentes sanitarios se comuniquen con un o una cliente para identificar los deseos de fertilidad y compartir información sobre toda la gama de opciones anticonceptivas, si una mujer voluntariamente quiere evitar un embarazo. La herramienta de asesoramiento sobre Opciones reproductivas y planificación familiar para personas que viven con VIH de 2012 de la OMS orienta a los proveedores en el proceso a seguir con el o la cliente para evaluar, aconsejar, aceptar, ayudar y organizar (116). El asesoramiento sobre planificación familiar adaptado a las necesidades y los derechos de las mujeres que viven con el VIH es esencial para avanzar en su SDR. Cuando los servicios de VIH y planificación familiar se brindan a través de una programación vertical independiente, las mujeres deben recibir apoyo para conectarse con los servicios que puedan necesitar (consulte la sección 3.2.4).

El Recuadro 4.1 presenta más información sobre herramientas de orientación anticonceptiva, y el Recuadro 4.2 presenta consideraciones clave sobre anticoncepción para las mujeres que viven con el VIH de poblaciones clave.

Recuadro 4.1: Herramienta de orientación en materia de anticoncepción

La planificación familiar es esencial para promover el bienestar y la autonomía de las mujeres, incluidas las mujeres que viven con el VIH, sus familias y sus comunidades. Garantizar la calidad de la atención en los servicios de anticoncepción es primordial para alcanzar altos estándares de salud para todos. Para que los agentes sanitarios brinden servicios anticonceptivos de alta calidad, los programas anticonceptivos deben incluir ciertos elementos, tales como:

- elección entre una amplia gama de métodos anticonceptivos;
- información basada en evidencia sobre la efectividad, riesgos y beneficios de diferentes métodos;
- agentes sanitarios capacitados y técnicamente competentes;
- relaciones proveedor-usuario basadas en el respeto por la elección informada, la privacidad y la confidencialidad; y
- una constelación apropiada de servicios disponibles en la misma localidad.

Las siguientes herramientas de la OMS pueden ayudar a los agentes sanitarios, junto con sus clientes, a identificar las mejores opciones anticonceptivas según el estado de salud actual de cada cliente:

- *Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use – 2015 update (123)*.
- *Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition (los CME, 2015)*. Esta publicación incluye tablas que resumen la orientación dedicada a las mujeres en diferentes estadios de progresión de su VIH (118).
- *Selected practice recommendations for contraceptive use, third edition (las SPR, 2016) (119)*.

Recuadro 4.2: Consideraciones clave sobre anticoncepción para mujeres de poblaciones clave que viven con VIH

- Es importante que los servicios anticonceptivos sean gratuitos, voluntarios y no coercitivos para todas las personas de poblaciones clave.
- Es importante que los servicios de salud en las prisiones ofrezcan anticonceptivos a mujeres en entornos cerrados.
- Es importante aconsejar a las mujeres transgénero que usan píldoras anticonceptivas orales para la feminización sobre el mayor riesgo de eventos tromboticos con etinil estradiol que con el 17-beta estradiol.
- A las trabajadoras sexuales se les debería ofrecer asesoramiento anticonceptivo para explorar la intención del embarazo y se les debería ofrecer diferentes opciones anticonceptivas, incluida la protección dual.
- Es importante que los proveedores de servicios de salud en contacto con mujeres que usan drogas ofrezcan métodos anticonceptivos, incluidos anticonceptivos hormonales, como parte de un paquete de atención estándar.

Fuente: OMS, 2016 (10).

Valores y preferencias

Las mujeres que viven con el VIH que respondieron la GVPS manifestaron que a veces solo se les ofrece una gama limitada de opciones anticonceptivas y que a veces se ven coaccionadas o forzadas a aceptar métodos anticonceptivos de uso prolongado o permanente. Las mujeres que viven con el VIH manifestaron que los preservativos masculinos son tanto un facilitador como una dificultad para tener una vida sexual segura y placentera. La mayoría declaró un acceso muy limitado o poca experiencia con el uso de preservativos femeninos.

Algunas encuestadas informaron que dentro de los entornos de atención de la salud se les niega una gama completa de elección de anticonceptivos, y los proveedores de servicios las presionan a usar preservativos con el fin de reducir el riesgo de transmisión ulterior. Dada la dificultad que experimentan muchas mujeres que viven con el VIH para negociar y usar sistemáticamente preservativos masculinos o femeninos, restringir su elección de anticonceptivos a aquellos que dependen de la cooperación de la pareja puede ponerlas en riesgo de un embarazo no deseado.

Casi el 60% de las encuestadas en la GVPS habían experimentado un embarazo no planificado. Solo el 40% dijo que había accedido a los servicios de planificación familiar. Las participantes de algunos contextos mostraron tener un nivel muy bajo de comprensión, conciencia y educación sobre la sexualidad, el embarazo y la prevención del embarazo (37). Esto es cierto para muchas mujeres, incluidas mujeres jóvenes y adolescentes, y mujeres de poblaciones clave, como las trabajadoras sexuales. Es importante señalar que la dinámica de género juega un papel clave en la toma de decisiones sobre el acceso y el uso de la anticoncepción, y sobre la cantidad de hijos y su espaciamiento.



4.4 Servicios sanitarios de atención prenatal y materna

4.4.1 Cesárea

NUEVA Recomendación sobre cesárea

REC B.22: La OMS recomienda no recomendar la cesárea de elección de rutina a las mujeres que viven con VIH.
(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad)

Observaciones

- Los beneficios y riesgos de los diferentes modos de parto deben analizarse con las mujeres que viven con el VIH, incluido el parto vaginal, y la cesárea electiva y no electiva.
- Cuando esté indicado por otras razones médicas u obstétricas, la cesárea debe ofrecerse, como a todas las mujeres.
- Es importante difundir ampliamente esta recomendación mediante resúmenes informativos de las políticas y otros medios, ya que muchos proveedores de atención médica continúan creyendo que la cesárea es mejor para las mujeres que viven con el VIH, lo que lleva a decisiones y prácticas de parto forzadas.
- Las mujeres sometidas a cesáreas también a veces se esterilizan sin su consentimiento. La esterilización forzada o bajo coerción nunca es aceptable (28).
- En muchos entornos con una alta carga de VIH, las mujeres que necesitan cesáreas no tienen acceso a ellas, especialmente en las zonas rurales. Cuando la cesárea está médicamente indicada, debe estar disponible, ser accesible, asequible y segura.

i. Antecedentes

Se ha sugerido que la cesárea antes del inicio del trabajo de parto y antes de la ruptura de membranas (“cesárea electiva”) sería una intervención útil para la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Para todas las mujeres, cuando está médicamente justificado, la cesárea puede prevenir efectivamente la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no hay evidencia que el nacimiento por cesárea sea beneficioso ni para las mujeres ni los bebés que no requieren el procedimiento. Al igual que con cualquier cirugía, las cesáreas entrañan riesgos a corto y largo plazo, que pueden extenderse muchos años más allá del parto actual y afectar la salud de la mujer, su hijo y futuros embarazos. Además, si bien la cesárea es a veces una intervención necesaria desde el punto de vista médico y salva vidas, puede ser peligrosa y en ocasiones puede hasta provocar la muerte materna en entornos con capacidad y habilidades locales limitadas para realizar cesáreas y tratar sus posibles complicaciones. Estos riesgos pueden aumentar para las mujeres con compromiso inmunitario, como las mujeres que viven con el VIH, y para las mujeres con acceso limitado a una atención obstétrica integral. Por lo tanto, se deben evitar las cesáreas innecesarias, y solo se las debe realizar para indicaciones obstétricas estándar (124).

Para las mujeres que viven con el VIH, como para todas las mujeres, la decisión de si hacerse o no una cesárea electiva debe tener en cuenta todos los posibles riesgos y los beneficios tanto para la madre como para el bebé. Estos riesgos y beneficios varían según el riesgo de base de transmisión perinatal durante el parto, que depende a su vez del estadio de la enfermedad y el uso de TAR, y de los riesgos intrínsecos tanto para la madre como para el bebé de la cesárea comparada con el parto vaginal.

ii. Resumen de evidencia y consideraciones para la nueva recomendación

En la reunión de alcance realizada en enero de 2015, el GFD acordó examinar los modos de nacimiento que tuvieran los mejores desenlaces maternos e infantiles para las mujeres que viven con el VIH. La pregunta PICO fue: **¿Qué modos de nacimiento arrojan los mejores resultados maternos y perinatales para las mujeres que viven con el VIH?** Todos los estudios revisados incluyeron un grupo de comparación de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a un modo que no fuera cesárea. Los resultados incluyeron: (a) morbilidad y mortalidad de las mujeres (por ejemplo, morbilidad febril, endometriosis, hemorragia, anemia severa, neumonía, infecciones del tracto urinario); (b) VIH en bebés; (c) otra morbilidad y mortalidad de los bebés (por ejemplo, morbilidad respiratoria, laceraciones de la piel); y (d) lactancia materna (éxito o momento de inicio y continuación). En el suplemento de la web se puede encontrar más información sobre los métodos y los hallazgos de la revisión.

Resultados

La revisión incluyó 31 artículos, pero muchos menos estudios, ya que había muchas publicaciones sobre unos pocos estudios que abarcaban a varios países (125). Solo uno era un ECA; todos los demás eran estudios observacionales (cohorte o control de casos). La mayoría de los estudios se realizaron en Estados Unidos o Europa (10 países) y otros en Argentina, las Bahamas, Brasil, India, Jamaica, México, Nigeria, Perú y Sudáfrica. Casi todos los estudios midieron el VIH infantil, mientras que se midieron menos los resultados de salud materna y solo uno midió los resultados de salud infantil. La mayoría de los resultados se midieron inmediatamente después del nacimiento, y no proporcionaba información sobre la morbilidad distal. Pese al gran número de estudios, eran pocos los estudios recientes que se centraran en las mujeres que estaban en tratamiento antirretroviral y/o que tuvieran supresión vírica. Hay evidencia de calidad baja a muy baja que sugiere que la cesárea electiva parece reducir la adquisición de VIH en bebés, pero aumenta la morbilidad materna e infantil. Asimismo, hay evidencia de calidad muy baja que sugiere que, en los casos de mujeres que están bajo TAR, las diferencias en la adquisición del VIH infantil y la morbilidad materna e infantil son menos pronunciadas entre los distintos modos de parto.

Calidad de la evidencia para la recomendación

La evidencia disponible es de baja a muy baja. Se la bajó de grado por un riesgo grave de sesgo debido a una alta probabilidad de otros múltiples factores de confusión múltiples, por la imprecisión de todos los resultados, y por la incoherencia del resultado de “cualquier morbilidad”.

Justificación de la firmeza y dirección de la recomendación

El GFD discutió largamente esta recomendación y determinó que debería ser fuerte a pesar de la baja calidad de la evidencia por los siguientes motivos: (i) los posibles daños (por ejemplo, sepsis, hemorragia) de las cesáreas superan los beneficios; (ii) las cesáreas son difíciles y su realización no es factibles en muchos lugares con alta prevalencia de VIH en la población general; (iii) Las cesáreas pueden ser más costosas que los partos vaginales, lo que podría disuadir a las mujeres que viven con VIH con medios limitados de obtener una SSR óptima, y pueden crear barreras para la búsqueda futura de su salud. El GFD estuvo de acuerdo en que es fundamental no recomendar cesáreas de rutina a todas las mujeres que viven con el VIH simplemente porque vivan con el VIH, pero señaló que era esencial poder ofrecer cesáreas a las mujeres que viven con el VIH cuando estaba médicamente indicado, como para todas las mujeres.

Factibilidad

Las cesáreas son difíciles y potencialmente nocivas en muchos entornos. Son costosas, requieren equipos que pueden ser limitados y pueden tener resultados adversos, como la sepsis. No realizar las cesáreas de rutina sería más factible que las cesáreas de rutina. Es importante apoyar a los médicos dándoles información correcta y actualizada sobre las mejores prácticas, e informar y empoderar a las mujeres para que puedan decidir con confianza evitar cesáreas innecesarias. Es posible que haya incentivos financieros para que los proveedores de servicios de salud realicen cesáreas; sin embargo, solo deben realizarse cuando estén médicamente indicadas para la salud de la madre y el bebé (28).

Valores y preferencias

Las mujeres que viven con el VIH que respondieron la GVPS declararon haber sufrido una falta de inclusión sistemática en la toma de decisiones, y no haber tenido opciones sobre su propia atención en materia de SSR, incluidos los modos de parto. Expresaron claramente que los principios de los derechos humanos deben integrarse en todas las políticas, prácticas y programas de capacitación en materia de atención de la salud, y que ningún tipo de coerción es aceptable (37).



4.4.2 Trabajo de parto y parto

No se identificaron recomendaciones o declaraciones de buenas prácticas ya existentes para este tema, ni se elaboraron nuevas. Las siguientes dos publicaciones de 2015 de la OMS presentan recomendaciones para todas las mujeres, incluidas las que viven con el VIH (pero ninguna que sea específicamente dedicada a estas mujeres): *Pregnancy*,

childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, third edition (Embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido: una guía para la práctica esencial, tercera edición (127), y *Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections* Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de las infecciones perinatales maternas (128).

i. Antecedentes

Las violaciones de los derechos humanos que padecen las mujeres que viven con el VIH incluyen “ser disuadidas de tener hijos, maltrato durante el embarazo [como que se las descuide durante el parto] y esterilización forzada o bajo coerción” debido a su serología positiva para el VIH (82). Muchas mujeres padecen un tratamiento irrespetuoso, abusivo o negligente durante el parto en dependencias médicas en todo el mundo. Tal tratamiento no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede amenazar sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la ausencia de discriminación (26). Dichas prácticas pueden tener consecuencias adversas directas tanto para la madre como para el bebé (26).

Los informes de trato irrespetuoso y abusivo durante el parto en las dependencias sanitarias describen llanamente abuso físico, una profunda humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o forzados (incluyendo esterilización), falta de confidencialidad, que no se les ofreciera dar su consentimiento informado completo, negativa a darles medicamentos para el dolor, groseras violaciones de su privacidad, negativa de admisión en los centros de salud, descuidando a las mujeres durante el parto - un momento en el que pueden sufrir complicaciones que amenazan la vida evitables - y detención de las mujeres y sus recién nacidos en las dependencias después del parto porque no pueden pagar (26, 126). Entre otras, las adolescentes, las mujeres solteras, las mujeres de bajo nivel socioeconómico, las mujeres de minorías étnicas, las mujeres migrantes y las que viven con el VIH son particularmente propensas a sufrir un tratamiento irrespetuoso y abusivo durante el parto (26, 126).

Para lograr un alto nivel de atención respetuosa durante el parto, los sistemas de salud deben organizarse y administrarse de manera tal de asegurar el respeto por la SSR de las mujeres y sus derechos humanos (26).

Con el fin de prevenir y eliminar la falta de respeto y el abuso durante el parto en las instalaciones a nivel mundial, se deben emprender las siguientes medidas:

1. Obtener un mayor apoyo de los gobiernos y los socios de desarrollo para la investigación y la acción en materia de la falta de respeto y el abuso.
2. Iniciar, apoyar y sostener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, con un fuerte enfoque en la atención respetuosa como un componente esencial de la atención de calidad.
3. Enfatizar los derechos de las mujeres a una atención médica digna y respetuosa durante el embarazo y el parto.
4. Generar datos relacionados con las prácticas de cuidado respetuoso e irrespetuoso; se requieren sistemas de rendición de cuentas y apoyo profesional significativo.
5. Involucrar a todas las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas irrespetuosas y abusivas (26).

Valores y preferencias

Las mujeres que viven con el VIH que participaron en la GVPS destacaron el trabajo de parto y el parto como un momento de posible negligencia y atención discriminatoria, debido a las percepciones de los trabajadores de la salud sobre el VIH. Las encuestadas hicieron hincapié en ciertas necesidades (i) educar a las familias, amigos, comunidades y proveedores de servicios de salud sobre los derechos de las mujeres que viven con el VIH; (ii) normalizar el embarazo y el parto “positivos”; y (iii) garantizar que las mujeres tengan el derecho a la atención y el apoyo, lo que no está condicionado a la revelación de seropositividad a las parejas. Las mujeres también reconocieron enfáticamente que los trabajadores de la salud pueden brindar mucho apoyo y ayuda en el trabajo de parto y el parto, especialmente cuando las mujeres que viven con el VIH mismas están bien informadas sobre sus elecciones gracias al acceso a información relevante, actualizada y confiable información sobre VIH, embarazo y transmisión. La autoconciencia y la confianza en las propias decisiones también fueron un factor importante (37).



4.4.3 Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto (HPP)

Recomendación ya existente sobre la prevención y el tratamiento de la HPP

REC B.23: Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado aproximadamente de 1 a 3 minutos después del nacimiento) para todos los partos mientras se inicia el cuidado esencial simultáneo del recién nacido. (Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Observaciones

- Esta recomendación ya existente se integró en esta directriz a partir del documento publicado por la OMS en 2012, *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage* (129).
- Las recomendaciones de la publicación de 2012 se aplican a todas las mujeres, incluidas las que viven con el VIH. En el documento se incluyen ciertas consideraciones que se aplican a las mujeres que viven con el VIH. La única recomendación que incluye comentarios específicos con referencia a las mujeres que viven con el VIH es la anterior, sobre el pinzamiento tardío del cordón umbilical, y expresa lo que sigue: “Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical incluso en mujeres que viven con VIH o mujeres con serología VIH desconocida”.
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

i. Antecedentes

Tal como se describiera en la publicación de 2012, *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage* (Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto), se solía considerar que el pinzamiento temprano del cordón umbilical y el corte eran un componente clave del tratamiento activo de la tercera etapa del parto para la prevención de la HPP (129). Sin embargo, ha habido una reevaluación y revisión de éste y otros componentes clave de este enfoque (administración de uterotónico profiláctico después del parto, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino), y la publicación de 2012 contiene las recomendaciones actuales, incluyendo la REC B.23 arriba descrita.

Algunos profesionales de la salud que trabajan en áreas de alta prevalencia del VIH han expresado su preocupación con respecto al pinzamiento tardío del cordón umbilical como parte del tratamiento de la tercera etapa del parto. A estos profesionales les preocupa que, durante la separación de la placenta, una placenta parcialmente desprendida pueda exponerse a la sangre materna y esto podría conducir a una micro transfusión de sangre materna hacia el recién nacido.

Se ha demostrado que la posibilidad de transmisión del VIH de la madre al niño puede tener lugar en tres momentos diferentes: (a) micro-transfusiones de sangre materna al feto durante el embarazo (transmisión intrauterina del VIH), (b) exposición a la sangre materna y las secreciones vaginales cuando el feto pasa a través del canal de parto en los partos vaginales (transmisión intraparto) y (c) durante la lactancia (transmisión postnatal). Por esta razón, la principal intervención para reducir la transmisión perinatal es la reducción de la carga viral materna mediante el uso de medicamentos ARV durante el embarazo, el parto y el período postnatal. No existen evidencias de que retrasar el pinzamiento del cordón umbilical incremente la posibilidad de transmisión del VIH de la madre al recién nacido. La sangre materna se filtra a través del espacio intervilloso placentario durante todo el embarazo con un riesgo relativamente bajo de transmisión materno-fetal antes del parto. Es muy poco probable que la separación de la placenta aumente la exposición a la sangre materna, y es altamente improbable que distorsione la circulación placentaria fetal (es decir, es poco probable que durante la separación de la placenta la circulación del recién nacido esté expuesta a la sangre materna). Por lo tanto, los beneficios probados de retrasar el pinzamiento del cordón al menos 1-3 minutos después del parto superan los daños teóricos no demostrados (129).

Valores y preferencias

Para mejorar los resultados del nacimiento y parto seguros, las mujeres que viven con el VIH que respondieron la GVPS hicieron hincapié en la necesidad de normalizar el embarazo y el parto “positivos”. Sugirieron educación sobre los derechos de las mujeres que viven con VIH dirigida a familias, amigos, comunidades y proveedores de servicios de salud, y destacaron la necesidad de garantizar que las mujeres tengan el derecho a la atención y el apoyo, lo que no está condicionado a la revelación de seropositividad a las parejas (37).



4.4.4 Prevention of perinatal transmission of HIV

Recomendaciones ya existentes sobre el inicio de la terapia antirretroviral (TAR)*

REC B.24: El TAR debe iniciarse en todos los adolescentes que viven con el VIH, independientemente de la etapa clínica de la OMS y de cualquier recuento de células CD4.

(Recomendación condicional, evidencia de baja calidad)

REC B.25: Como prioridad, se debe iniciar la TAR en todos los adolescentes con enfermedad clínica grave o avanzada por VIH (etapa clínica 3 o 4 de la OMS) y en los adolescentes que tengan un recuento de CD4 ≤ 350 células/mm³.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Observaciones

- Estas recomendaciones ya existentes se incorporaron en esta directriz a partir del documento de la OMS de 2016 *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach (7)*.
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

Recomendación existente sobre la transmisión perinatal del VIH

REC B.26: Se debe iniciar TAR en todas las mujeres embarazadas y que amamanten que vivan con el VIH, independientemente del estadio clínico de la OMS y con cualquier recuento de células CD4, y se lo debe continuar de por vida.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Observaciones

- Esta recomendación ya existente se integró en esta directriz a partir del documento publicado por la OMS WHO's 2016 *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition (7)*.
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

Recomendación existente y declaración de buena práctica sobre VIH y alimentación del lactante

REC B.27: Las madres que viven con VIH deben amamantar por lo menos hasta los 12 meses y pueden continuar dando pecho durante 24 meses o más (al igual que la población general), mientras que se les dé un apoyo pleno para cumplir con su TAR.

(Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad para los 12 meses: evidencia de calidad muy baja para los 24 meses)

DBP B.3: Se puede transmitir tranquilidad a las madres que viven con VIH y al personal sanitario en el sentido que la TAR reduce el riesgo de transmisión posnatal del VIH cuando la alimentación es mixta. Si bien se recomienda dar pecho directo exclusivo, el tener que agregar complemento no es una razón para dejar de dar pecho en presencia de medicación antirretroviral (ARV).

Observaciones

- Esta recomendación y declaración de Buena práctica ya existente se integró a la directriz a partir de la publicación hecha en 2016 por la OMS y UNICEF publication, *Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV (130)*.
- Por más información puede consultar la publicación original en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>

Recomendaciones ya existentes sobre conducción del trabajo de parto

REC B.28: No se recomienda el uso de amniotomía sola para prevenir la demora del trabajo de parto.

(Recomendación débil, evidencia de calidad muy baja)

Nota: En las recomendaciones del 2014 se establece que: “Como la amniotomía precoz puede aumentar el riesgo de transmisión de transmisión perinatal del VIH, se podría fortalecer esta recomendación en contextos de alta prevalencia de infección por VIH en los que las mujeres aparezcan ya en trabajo de parto sin el dato de estado serológico”.

REC B.29: Se recomienda usar amniotomía y oxitocina para el tratamiento de un trabajo de parto para el tratamiento del trabajo de parto demorado.

(Recomendación débil, evidencia de calidad muy baja)

Nota: En las recomendaciones de 2014 se establece que: “En las mujeres con VIH se debe proceder con cautela”.

Observaciones

- Estas recomendaciones existentes se incorporaron a la directriz a partir de la publicación de la OMS de 2014, *WHO recommendations for augmentation of labour (131)*.
- Estas recomendaciones incluyen orientaciones específicas sobre las variaciones de las recomendaciones aplicables a las mujeres que viven con VIH, tal como se detalla en las notas arriba mencionadas. Hay otras recomendaciones sobre la conducción del trabajo de parto que no difieren entre las mujeres que viven con el VIH y las otras mujeres.
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

i. Antecedentes

La transmisión perinatal del VIH, conocida también como transmisión vertical y transmisión del VIH de madre a hijo, se refiere a la transmisión del VIH de una mujer que vive con el VIH a su hijo en el correr del embarazo (intrauterina), el trabajo del parto y el parto (intraparto), y durante el amamantamiento (posparto). La prevención de la transmisión perinatal se concentra fundamentalmente en las intervenciones dirigidas a evitar la transmisión intrauterina e intraparto, así como en el inicio temprano de TAR en la mujer y en asegurar la salud de la mujer.

He aquí los cuatro componentes recomendados para una estrategia integral para la prevención de la transmisión perinatal (74):

1. Prevención primaria de la adquisición del VIH entre mujeres en edad de procrear
2. Prevención de embarazos no deseados en mujeres que viven con el VIH
3. Prevención de la transmisión del VIH de las mujeres que viven con el VIH a sus bebés
4. Provisión de tratamiento, atención y apoyo adecuados para las madres que viven con VIH, sus hijos y sus familias.

En el tercer componente, que se enfoca en intervenciones directas para prevenir la transmisión vertical, las intervenciones preventivas consisten en una cascada de servicios: asesoramiento y pruebas del VIH, ART, parto seguro, alimentación más segura del recién nacido y lactante, profilaxis infantil, intervenciones de posparto en el contexto de ART en curso, diagnóstico temprano del recién nacido y el diagnóstico definitivo para los recién nacidos expuestos al VIH, y, finalmente, la vinculación tanto de la madre como del niño con la atención y el tratamiento adecuados (cuarto componente) (10).

La comunidad mundial se ha comprometido a eliminar la transmisión perinatal del VIH y la sífilis como una prioridad de salud pública. La iniciativa para eliminar la transmisión de madre a hijo (ETMH) del VIH y la sífilis se centra en un enfoque armonizado para mejorar los resultados de salud para las mujeres y los niños. Este enfoque integrado es necesario para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud materno-infantil y para ofrecer a las mujeres servicios de atención primaria más completos (132).

Es esencial tener en cuenta que, en el contexto de la prevención de la transmisión perinatal, debe sostenerse la SDR de las mujeres que viven con el VIH manteniendo un enfoque en la salud, la autonomía y derechos humanos de mujeres y bebés por igual (ver Recuadro 4.3).

Recuadro 4.3: Un enfoque basado en los derechos humanos para el tratamiento antirretroviral (TAR)

Todo ART debe prescribirse utilizando un enfoque basado en los derechos humanos. Esto significa que la mujer embarazada o que está amamantando debe recibir información completa y orientación médica adecuada a su situación, así como apoyo para tomar decisiones voluntarias sobre el inicio de la terapia médica, la continuación y la adherencia/retención en la atención, según corresponda. Los trabajadores de la salud deben ayudar a las mujeres a encarar de manera adecuada sus necesidades de atención médica y las de sus hijos.

Para lograr los cuatro componentes del enfoque para evitar la transmisión perinatal del VIH, esta sección funciona junto con la sección 4.3.1: Estrategias para lograr un embarazo sin riesgos y saludable, y con la sección 4.3.2: Anticoncepción, para mujeres que no desean concebir. Al igual que con todas las áreas de esta guía, las recomendaciones enfatizan tanto la equidad como un enfoque de implementación basado en los derechos. Esto significa que todas las mujeres deben tener acceso a los recursos necesarios para los cuatro componentes y deben estar facultadas para tomar una decisión informada individual sobre la planificación familiar y el tratamiento del VIH.

La participación masculina constructiva, en los casos en que las mujeres que viven con el VIH tienen parejas masculinas, puede contribuir a los buenos resultados de salud de las mujeres, los niños y las familias. La participación de los hombres puede respaldar una mejor comunicación entre hombres y mujeres, un reparto más equitativo de la responsabilidad de la salud familiar y mejores resultados en materia de alimentación y mortalidad infantil. Sin embargo, las mujeres siempre deben ser consultadas sobre si desean o no que participen sus parejas, y cómo hacerlo: la participación de los hombres nunca debe ser una condición para acceder a los servicios, y las mujeres no deben ser castigadas de ninguna manera por acudir a realizarse intervenciones sanitarias sin un compañero. Las inequidades de género pueden afectar negativamente la prevención de la transmisión perinatal. Se puede encontrar más información sobre la programación transformadora con enfoque de género para mejorar la igualdad y la participación en la publicación de 2012 de la OMS, *Male Involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV (133)* (*Participación de los hombres en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo*).

En la publicación de 2013 *Toolkit: expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B/B+ (134)* [*Ampliar y simplificar el tratamiento para las mujeres embarazadas que viven con el VIH: gestionar la transición a la opción B/B + (134)*] se incluyen otras consideraciones sobre la implementación para respaldar los componentes 3 y 4. Las consideraciones de aplicación para un sistema nacional de salud incluyen:

- una rápida evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI);
- acuerdo sobre la elección del régimen de TAR para la PTMI;
- exploración de la aceptabilidad de la elección entre las mujeres;
- identificación de políticas, procedimientos y recursos necesarios para adoptar la opción B+;
- preparar al personal del sistema de salud, la infraestructura, las cadenas de suministro y compras para una óptima prestación de servicios;
- monitorización, evaluación y aseguramiento de la calidad;
- diagnóstico temprano del recién nacido en el punto de atención; y
- ejecución impulsada por la participación de la comunidad, incluidas las mujeres que viven con el VIH.

Valores y preferencias



Las mujeres que viven con VIH que respondieron la GVPS destacaron la necesidad de que las mujeres que viven con el VIH sepan que es posible tener hijos que nacen sin el VIH, mediante su acceso a programas de prevención de la transmisión vertical, que incluyen asesoramiento y apoyo en el parto, opciones de alimentación infantil y acceso a tratamientos de fertilidad, de ser necesario. Las encuestadas recomendaron que las directrices para la prevención de la transmisión perinatal deberían abordar la salud mental, y que, por ende, los trabajadores de la salud deben capacitarse para brindar los servicios pertinentes. Las mujeres que viven con el VIH han padecido violencia en dependencias sanitarias, en particular cuando se hacen sus controles obligatorios y cuando deben revelar su serología en entornos de atención prenatal. Además, muchas mujeres que viven con el VIH relatan que sus proveedores de atención médica siguen desalentándolas con respecto a concebir un hijo o llevar un embarazo a término (independientemente de si tienen o no hijos de embarazos anteriores), llegando al punto de utilizar lenguaje sentencioso y abusivo y de presionar para que pongan término a un embarazo en curso.

Las mujeres expresaron que, al igual que con todas las intervenciones de SDR, la Opción B+ debería ofrecerse en el contexto de un enfoque basado en los derechos humanos. Se debe dar a las mujeres opciones sobre la iniciación del tratamiento antirretroviral (TAR) y la duración del mantenimiento del TAR después del nacimiento de su hijo. Si bien el mantenimiento de por vida del tratamiento antirretroviral se ofrece como una opción para las mujeres que viven con el VIH embarazadas y en período de lactancia, debe decidirse con la mujer. Muchas encuestadas manifestaron sufrir efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales (ARV) desde relativamente leves a graves, que tienen un impacto negativo en varias áreas de sus vidas, incluida su capacidad para trabajar y disfrutar plenamente de su SDR. Algunas encuestadas también plantearon una serie de problemas reales o potenciales vinculados al logro de una carga viral indetectable. Estos incluyen dejar de tomar medicamentos en la creencia de que están “curados” y mayores desafíos para practicar sexo seguro con parejas que las perciben como “no infecciosas” (37).

4.5 Servicios de aborto sin riesgos

4.5.1 Aborto sin riesgos

(NUEVAS) recomendaciones sobre servicios de aborto sin riesgos

REC B.30: La OMS recomienda que los servicios de aborto sin riesgos sean los mismos para las mujeres que viven con el VIH que desean un aborto voluntario que para todas las mujeres.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad muy baja)

REC B.31: La OMS sugiere que a las mujeres que viven con el VIH que desean un aborto voluntario se les pueda ofrecer una opción de aborto médico o quirúrgico, como para todas las mujeres.

(Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja)

Observaciones

- Los servicios de aborto no pueden usar la coerción y deben ofrecerse de una manera respetuosa y sin juzgar.
- Los trabajadores de la salud que ofrecen servicios de aborto, al igual que todos los trabajadores de salud en general, deben respetar los derechos de las mujeres que viven con el VIH (a) proporcionando acceso al aborto si así lo desean y (b) garantizando que las mujeres elijan por sí mismas.
- Si solo se ofrece un tipo de aborto (médico o quirúrgico) en circunstancias específicas, las mujeres que viven con el VIH deberían tener acceso a esa opción. El hecho de que haya opciones limitadas para todas las mujeres no debería llevar a que las mujeres que viven con el VIH tengan menos acceso que otras mujeres.

i. Antecedentes

La eliminación del aborto inseguro es uno de los pilares de la SSR. En 2012, la OMS publicó una guía para el aborto sin riesgos que cubre las pautas de atención clínica en distintas situaciones (32). La guía de 2012 utilizó las siguientes definiciones:

Métodos médicos de aborto (aborto médico): uso de medicamentos farmacológicos para interrumpir el embarazo. En ocasiones, también se utilizan los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto con medicamentos”.

Métodos quirúrgicos de aborto (aborto quirúrgico): uso de procedimientos transcervicales para interrumpir el embarazo, incluida la aspiración al vacío y la dilatación y evacuación.

Detalles adicionales sobre cada tipo de método de aborto se encuentran en la publicación de 2012 de la OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (32). También se puede encontrar más información en el *Manual de práctica clínica para el aborto sin riesgos* (135) publicado en 2014. Las pautas sobre quién puede proporcionar servicios de aborto sin riesgos están disponibles en el documento de 2015: ***Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*** (136).

El GFD también consideró importante observar lo siguiente:

- a. Las mujeres que viven con el VIH han sido coaccionadas o forzadas a un aborto involuntario debido al estigma, la discriminación y los conceptos erróneos sobre la concepción, el embarazo y el parto de las mujeres que viven con el VIH; suele ser común todavía que enfrenten hostilidad en relación con la realización de sus deseos de fertilidad (28). A las mujeres que viven con el VIH se les ha dado formularios de consentimiento para esterilizarse a firmar bajo presión o sin una discusión adecuada del formulario, y se les ha solicitado a miembros de su familia que brinden su consentimiento en su nombre (28). El aborto nunca debe ser forzado o bajo presión.
- b. El aborto sin riesgos también debe incluir la atención postaborto, como se describe en el siguiente extracto de la publicación de 2012 de la OMS, ***Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud***, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*:

Después de un aborto inducido o espontáneo, las mujeres deben recibir atención adecuada posterior al aborto. En el caso de las mujeres sometidas a abortos inseguros, la atención posterior debe constituir una estrategia para atenuar la morbilidad asociada con las complicaciones, incluida la aspiración del útero cuando se produjo un aborto incompleto; se les debe ofrecer métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados en el futuro y se les debe poner en contacto con otros servicios necesarios dentro de la comunidad. Después de un aborto inducido sin riesgos, la atención posterior tal vez no requiera una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo procurar atención debido a complicaciones y ha recibido todo método anticonceptivo necesario o información que cubra sus necesidades anticonceptivas. Todas las mujeres deberían recibir información sobre anticonceptivos y recibir orientación y métodos de anticoncepción postaborto, incluida la anticoncepción de emergencia, antes de abandonar el establecimiento de atención de la salud (32).

Si bien existen pautas para el aborto aplicables a la población en general, éstas no especifican ningún problema de atención clínica específicamente aplicable a las mujeres que viven con el VIH. Si bien los métodos de aborto médico y quirúrgico se recomiendan como seguros para la población general, se han expresado preocupaciones de que puedan tener diferentes resultados clínicos entre las mujeres que viven con el VIH. Las mujeres que viven con el VIH pueden tener un mayor riesgo de anemia y hemorragia como resultado del aborto quirúrgico, y los vómitos causados por medicamentos utilizados para el aborto médico pueden reducir la eficacia de los ARV utilizados para el tratamiento del VIH (137).

ii. Resumen de la evidencia y consideraciones para las nuevas recomendaciones

En la reunión de alcance en enero de 2015, el GFD decidió que se deben examinar los riesgos y los resultados para las mujeres que viven con el VIH para cada tipo de aborto. El grupo desarrolló un Pregunta PICO para abordar el tema: **¿Los resultados del aborto médico y quirúrgico entre las mujeres que viven con el VIH difieren de los resultados observados en las mujeres no infectadas por el VIH?**

Para abordar esta cuestión, se incluyeron los estudios en una revisión sistemática si tenían grupos de comparación de resultados de aborto legal para todas las mujeres que viven con el VIH, incluida la eficacia (aborto completo), eventos adversos graves (muerte, hospitalización, transfusión sanguínea, intervención quirúrgica mayor [ej., laparotomía], etc.), otros eventos adversos (por ejemplo, hemorragia que no requiere transfusión de sangre, vómitos) y la satisfacción de la paciente, y si se publicaron en una revista arbitrada o se presentaron como resumen en una conferencia científica (138). La revisión utilizó las definiciones de la OMS de 2012 presentadas arriba. La revisión se basó en una revisión de 2012,

realizada por Manski y col., de los resultados clínicos del aborto quirúrgico y médico en mujeres que viven con el VIH (137). Se amplió la revisión actualizando la búsqueda mediante un proceso riguroso de revisión sistemática por la que se revisaron artículos en idiomas distintos del inglés, se buscaron resúmenes de conferencias y se contactó a los autores para obtener datos no publicados sobre mujeres que viven con el VIH. Se puede encontrar más información sobre esta nueva revisión sistemática en el suplemento de la Web.

Resultados

La revisión de 2012 de Manski y col. incluyó artículos arbitrados publicados hasta 2011; se encontraron pocos estudios sobre el aborto quirúrgico y ningún estudio sobre el aborto médico (137). Los estudios identificados en esa revisión cubrieron principalmente el aborto ilegal o no especificado, pero no sugirieron diferencias significativas en las complicaciones determinadas por el estado del VIH. Además, los procedimientos ginecológicos similares al aborto o más cruentos no mostraron diferencias en las complicaciones según el estado del VIH. Los cambios en los niveles de hemoglobina por pérdida de sangre del aborto con medicamentos, donde la anemia es frecuente, y la frecuencia y duración de los vómitos debido a los fármacos administrados para el aborto médico son preocupaciones relativamente menores. Sobre la base de los pocos datos disponibles, los autores concluyeron que tanto el aborto médico como el quirúrgico son seguros y apropiados para las mujeres que viven con el VIH.

La revisión actualizada identificó un resumen de la conferencia sobre complicaciones de abortos médicos para mujeres que viven con VIH que cumplía los criterios y concluyó que esta base de evidencia extremadamente limitada se debe, al menos en parte, a la ilegalidad del aborto en muchos entornos con una alta carga de VIH (138). Sin embargo, la evidencia indirecta de otros procedimientos ginecológicos y de salud sugiere que no hay una razón clara para sospechar que los resultados de salud del aborto médico o quirúrgico difieran según el estado del VIH.

Calidad de la evidencia de las recomendaciones

La calidad de la evidencia para ambas recomendaciones nuevas (REC B.30 y REC B.31) se consideró muy baja. Se le bajó el grado dos veces por su carácter indirecto, ya que no comparaba a las mujeres que viven con VIH con mujeres sin VIH, ni el aborto médico con el quirúrgico. No correspondía valorarla por incongruencias, ya que la revisión incluyó solo un estudio único. También se le bajó de grado por imprecisión debido al número limitado de eventos en el estudio.

Justificación de la firmeza y dirección de las recomendaciones

Dada la baja calidad de la evidencia, el GFD consideró no hacer ninguna recomendación sobre el aborto sin riesgos para las mujeres que viven con el VIH. Con el fin de obtener una indicación inicial de las opiniones de los miembros de GFD sobre esto, el metodólogo les pidió a los participantes que levantaran la mano si apoyaban hacer recomendaciones al respecto. No se trató de un voto formal, sino de una ayuda para la toma de decisiones que permitía al metodólogo y a los coordinadores aquilatar la distribución de la opinión, para después seguir discutiendo en pos de un consenso. Se decidió por consenso unánime entre todos los miembros que el GFD haría recomendaciones, sobre la base que no hay preocupaciones importantes sobre los daños y el hecho de que las directrices existentes de la OMS sobre aborto sin riesgos no recomiendan nada específico en términos del tipo de aborto clínico recomendado para las mujeres que viven con el VIH. Mediante un proceso similar, se acordó por unanimidad hacer que la REC B.30 sea fuerte y la REC B.31 condicional. El fundamento para hacer que la REC B.30 sea fuerte se basa en los hallazgos de la GVPS que identificó esto como un importante tema de equidad y derechos humanos para las mujeres que viven con VIH (37). Dado que no hay evidencia actual para sugerir un modo óptimo de aborto para las mujeres sin VIH, el GFD acordó que REC B.31 fuera condicional, y que las mujeres que viven con el VIH tengan las mismas opciones que las mujeres sin VIH.

Factibilidad

Se consideró que las recomendaciones eran factibles, ya que orientan los servicios de aborto sin riesgos existentes a las mujeres que viven con el VIH ante su solicitud.

Como se indica en la publicación de 2012 de la OMS, Aborto sin riesgos: orientación técnica y de políticas para los sistemas de salud (*Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*):

se necesita un entorno reglamentario y normativo propicio para garantizar que todas las mujeres que reúnen los requisitos legales tengan acceso inmediato a servicios de aborto sin riesgo. Las políticas deben orientarse a respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos de las mujeres, a lograr resultados de salud positivos para las mujeres, a proporcionar información y servicios anticonceptivos de buena calidad y a satisfacer las necesidades particulares de mujeres pobres, adolescentes, sobrevivientes de violaciones y mujeres que viven con el VIH (32).

Valores y preferencias



Las mujeres que viven con el VIH que participaron en la GVPS indicaron tener acceso limitado al aborto sin riesgos; la estabilidad financiera influyó en el acceso a los servicios privados de aborto sin riesgo. Los participantes de la encuesta recomendaron que los abortos gratuitos y seguros y la atención posterior al aborto se incluyan como parte de un paquete holístico e integral de servicios integrados de SSR y VIH para las mujeres que viven con el VIH y como parte de la atención integral posterior a la violación.

Las encuestadas describieron una falta rutinaria de inclusión o elección en la toma de decisiones sobre sus propias vías de atención y atención de su salud sexual y reproductiva, y recomendaron la integración de los principios de derechos humanos en todas las políticas, prácticas y capacitación de atención de la salud. En particular, las mujeres nunca deben ser presionadas u obligadas a tomar ninguna medida (especialmente la interrupción del embarazo), ya sea explícitamente sin consentimiento o incluso involuntariamente (37).

4.6 Servicios de infecciones de transmisión sexual y cáncer de cuello uterino)

4.6.1 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Recomendación ya existente en servicios ITS

REC B.32: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los servicios de planificación familiar se pueden integrar dentro de los entornos de atención del VIH.

(Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja)

Observaciones

- Esta recomendación ya existente se integró en esta directriz a partir del documento publicado por la OMS 2016 *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach* (7).
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

i. Antecedentes

El cuidado de las ITS incluye la detección y el manejo integral de los casos de ITS y de las infecciones del aparato reproductor (IAR) que incluyen: sífilis, chancroide, herpes, úlcera, vaginosis bacteriana y tricomoniasis que provocan infección vaginal, candidiasis vaginal, virus del papiloma humano (VPH), cáncer cervical, gonorrea, clamidia y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

El manejo apropiado y presto de los casos de ITS reduce el riesgo de complicaciones del aparato reproductor y obstétricas asociadas. Si bien la presentación y la respuesta al tratamiento de algunas ITS, en particular el herpes genital y el chancro blando, pueden verse alteradas en mujeres que viven con el VIH, los protocolos de tratamiento estándar son eficaces (6).

Las principales directrices actuales de la OMS en materia de tratamiento de ITS incluyen las *Directrices de la OMS de 2003 para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (WHO Guidelines for the management of sexually transmitted infections)* (139), el documento de 2005 *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del aparato reproductivo: una guía para la práctica básica* (140) y los módulos actualizados para cuatro infecciones específicas, publicadas en 2016: *Directrices de la OMS para el tratamiento de Chlamydia trachomatis (WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis)* (141), *Directrices de la OMS para el tratamiento del Treponema pallidum (sífilis) (WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis))* (142), *Directrices de la OMS para el tratamiento de Neisseria gonorrhoeae (WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae)* (143) y *Directrices de la OMS para el tratamiento del virus del herpes simple genital (WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus)* (144). Dado que las últimas cuatro directrices de tratamiento de ITS ya estaban siendo actualizadas, el GFD optó por no revisar

las recomendaciones existentes relacionadas con las ITS y otras guías actuales (ver Recuadro 4.4) para los propósitos de esta guía. En referencia al VIH, las cuatro nuevas pautas de tratamiento de ITS de la OMS establecen lo siguiente:

Tanto las ITS ulcerativas como las no ulcerativas entrañan un riesgo varias veces mayor de transmisión o adquisición del VIH. Las infecciones que causan úlceras genitales están asociadas con el mayor riesgo de transmisión del VIH; además de las ITS que causan úlceras curables (por ejemplo, sífilis y chancroide), las infecciones altamente prevalentes por HSV-2 aumentan sustancialmente ese riesgo. Las ITS no ulcerativas, como la gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis, han demostrado aumentar la transmisión del VIH a través del desprendimiento del VIH por vía genital. Es preciso tratar las ITS con los medicamentos adecuados en el momento adecuado para reducir la transmisión del VIH y mejorar la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, se deben tomar medidas para fortalecer el diagnóstico y el tratamiento de ITS (141–144).

Recuadro 4.4: Orientación específica para la doble morbilidad del VIH y una ITS o infección del aparato reproductor (IAR)

Úlceras genitales y VIH: en el chancro blando, se han notificado lesiones atípicas en personas que viven con el VIH. Las lesiones tienden a ser más extensas o pueden formarse lesiones múltiples que a veces se acompañan de manifestaciones sistémicas como fiebre y escalofríos. Algunos clínicos han comunicado casos de lesiones rápidamente agresivas. Esto destaca la necesidad de tratar de forma temprana, especialmente en personas que viven con VIH. Existe evidencia que sugiere que la infección por VIH puede aumentar las tasas de fracaso del tratamiento en el chancroide, especialmente cuando se administran terapias de dosis única. Se necesitan más estudios para confirmar estas observaciones. En personas inmunodeprimidas, las lesiones de herpes simple pueden presentarse como múltiples úlceras persistentes que requieren atención médica, en vez de las vesículas y úlceras autolimitadas que se producen en individuos inmunocompetentes. Por lo tanto, el tratamiento antiviral contra herpes es particularmente importante en tales casos, ya sea de forma terapéutica o profiláctica, para calmar al paciente. También se debe proporcionar una educación adecuada al paciente, para explicar la naturaleza y el propósito del tratamiento y para evitar falsas expectativas de curación (139).

Sífilis y VIH: hay un aumento en la transmisión vertical del VIH entre las mujeres embarazadas coinfectadas con sífilis y VIH (142). Las recomendaciones de tratamiento para la sífilis, según lo dispuesto en las *Directrices de la OMS para el tratamiento del *Treponema pallidum* (sífilis)* (2016), se aplican a todos los adultos y adolescentes (de 10 a 19 años), incluidas mujeres embarazadas, personas que viven con VIH, personas que poblaciones inmunocomprometidas y clave, incluidas las trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas transgénero (142).

Herpes y VIH: el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) es especialmente preocupante debido a su sinergia epidemiológica con la infección y transmisión del VIH. Las personas con VHS-2 son aproximadamente tres veces más propensas a adquirir el VIH, y las personas con VIH y VHS-2 tienen más probabilidades de transmitir el VIH a otras personas. Además, la infección con VHS-2 en personas que viven con VIH a menudo es más grave y puede provocar complicaciones graves, aunque raras, como infecciones cerebrales, oculares o pulmonares (144). Las recomendaciones de tratamiento para el virus del herpes simple genital, según lo dispuesto en las guías de la OMS 2016 para el tratamiento del virus del herpes simple genital, se aplican a todos los adultos, adolescentes (10-19 años), mujeres embarazadas, personas que viven con el VIH, personas inmunocomprometidas y las poblaciones clave, incluidas las trabajadoras sexuales, los HSH y las personas transgénero. Las dosis sugeridas se proporcionan en la publicación para personas que viven con VIH y personas que están inmunocomprometidas por episodios clínicos recurrentes de VHS genital. La terapia supresora para VHS-2 debe considerarse en áreas con alta prevalencia de VIH. Los pacientes inmunocomprometidos, incluso aquellos con VIH, generalmente tienen recurrencias más frecuentes con síntomas más severos. Las úlceras recurrentes pueden causar una importante morbilidad física y psicológica (144).

Candidiasis vulvo vaginal y VIH: la candidiasis en varios lugares, como la vulva y la vagina, constituye un correlato importante de la infección por VIH. A menudo es bastante severa y recae con frecuencia. En general, se requiere un tratamiento prolongado y con frecuencia se emplea terapia supresora crónica (139).

Gonorrea y VIH: las recomendaciones de tratamiento para las infecciones gonocócicas transmitidas sexualmente, según lo dispuesto en las guías de la OMS 2016 para el tratamiento de *Neisseria gonorrhoeae*, se aplican a todos los adultos y adolescentes (10-19 años), incluidas las personas que viven con VIH y poblaciones clave, incluidas las trabajadoras sexuales, los HSH y las personas transgénero y las mujeres embarazadas (143).

Según la información de las *Directrices consolidadas de la OMS sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave - Actualización de 2016*, “la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS deben ofrecerse de forma rutinaria como parte de la prevención y atención integral del VIH para poblaciones clave”, inclusive las mujeres que viven con el VIH. Además, “el tratamiento de las ITS debe estar en consonancia con la orientación existente de la OMS y adaptarse al contexto nacional. Además, debe ser confidencial y estar libre de coerción, y los pacientes deben dar su consentimiento informado para el tratamiento” (10). En el Recuadro 4.5 se presenta más información sobre las ITS para las mujeres que viven con el VIH de poblaciones clave.

Recuadro 4.5: Consideraciones clave sobre las ITS para mujeres de poblaciones clave que viven con VIH

- El tamizaje, incluido el tamizaje periódico de personas de poblaciones clave en busca de ITS asintomáticas, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS son partes cruciales de una respuesta integral al VIH; esto incluye servicios para poblaciones clave. El tratamiento de las ITS debe estar en consonancia con la orientación existente de la OMS y adaptarse al contexto nacional. Además, debe ser confidencial y estar libre de coerción, y los pacientes deben dar su consentimiento informado para el tratamiento.
- En ausencia de pruebas de laboratorio, las personas sintomáticas de poblaciones clave deben manejarse de forma sindrómica siguiendo las pautas nacionales de tratamiento de las ITS.
- Se debe ofrecer tratamiento presuntivo periódico (TPP) de ITS asintomáticas a las trabajadoras sexuales en los lugares de alta prevalencia y con servicios clínicos limitados, pero solo se lo debe aplicar solo como una medida gratuita, voluntaria, confidencial y de corto plazo, como parte de una terapia sexual integral, al tanto que se avanza en el desarrollo de los servicios de VIH/ITS en los lugares donde la prevalencia de ITS es alta, por ej. >15% de prevalencia de infección por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*.
- Los agentes sanitarios deben ser sensibles a las necesidades sanitarias particulares de las personas transgénero, y conocedores de ellas. En particular, el examen genital y la recolección de muestras pueden ser incómodas o molestas, independientemente de que la persona haya sido o no sometida a cirugía reconstructiva genital.

Fuente: OMS, 2016 (10).

Valores y preferencias

Las participantes de la encuesta describieron una serie de desafíos en torno a la toma de decisiones con respecto a cuándo y cómo tener relaciones sexuales, y cómo lograr una vida sexual sana y satisfactoria. La violencia de la pareja íntima (VPI), las relaciones desiguales de género y poder, la dependencia económica y los problemas de salud mental representan una amenaza para la capacidad de acción sexual de las mujeres y su autonomía corporal. Para las mujeres jóvenes y mayores, entre otras, las sanciones legales y sociales pueden obstaculizar el acceso a información y asesoramiento sobre sexo seguro y relaciones (incluida la prevención de ITS), sobre cómo comunicarse con las parejas sexuales sobre el placer y sobre cómo generar confianza y negociar una toma de decisiones compartida. Las encuestadas de la GVPS indicaron que quieren acceso a todo el espectro de servicios para ITS y VIH, y a servicios de calidad para prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de ITS y VIH. Expresaron la necesidad de acceso a preservativos y lubricantes masculinos y femeninos, y de aprender a usarlos, así como información, capacitación y conciencia sobre los riesgos sexuales, la seguridad y el placer, incluso a través del aprendizaje entre pares, el asesoramiento y el intercambio de información. Las mujeres de poblaciones clave, incluidas mujeres lesbianas, bisexuales y transgénero, trabajadoras sexuales y mujeres con discapacidades, necesitan información personalizada de proveedores de servicios no judiciales que estén sensibilizados sobre sus necesidades específicas de prevención de las ITS, incluida su mayor vulnerabilidad a la violencia (37).



4.6.2 Cáncer cervical

Recomendación existente sobre la vacuna contra el VPH para las niñas

REC B.33: La OMS recomienda la vacuna contra el VPH para las niñas en el grupo de edad de 9-13 años. Las niñas que reciben una primera dosis de la vacuna contra el VPH antes de los 15 años pueden usar un programa de dos dosis. El intervalo entre las dos dosis debe ser de seis meses. No hay un intervalo máximo entre las dos dosis; sin embargo, se sugiere un intervalo de no más de 12-15 meses. Si el intervalo entre dosis es inferior a cinco meses, se debe administrar una tercera dosis al menos seis meses después de la primera dosis. Las personas inmunocomprometidas, incluidas las que viven con el VIH, y las mujeres de 15 años o más también deben recibir la vacuna y necesitan tres dosis (a los 0, 1-2 y 6 meses) para estar completamente protegidas.

(Fuerza de la recomendación y calidad de la evidencia: no se ha brindado la información, pero la fuente original indica haberse utilizado la metodología GRADE [145]).

Observaciones

- Esta recomendación ya existente se incorporó a esta publicación a partir de la publicación de la OMS de 2014: *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice* (Control integral del cáncer cervicouterino: guía a la práctica esencial) (146).
- Por más información puede consultar la publicación original en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf

i. Antecedentes

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer en frecuencia en las mujeres que viven en países de ingresos bajos y medianos. Las muertes por cáncer de cuello uterino son innecesarias porque el cáncer de cuello uterino se puede prevenir y curar si se detecta y se trata tempranamente. Las mujeres que viven con el VIH tienen más probabilidades de desarrollar infecciones persistentes por VPH con múltiples tipos de VPH de alto riesgo a una edad más temprana y de tener una progresión más rápida hacia las lesiones precancerosas y el cáncer que las mujeres que no viven con el VIH. Las mujeres que viven con el VIH tienen entre 4 y 5 veces más riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, que es una enfermedad definitoria del SIDA en las mujeres con VIH (146).

Las mujeres que viven con el VIH corren un mayor riesgo de desarrollar VPH y tumores relacionados con el VPH, incluida la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grado 2 o 3 y el carcinoma de cérvix invasivo. Se ha informado que la prevalencia de HPV y NIC aumenta con el aumento de la inmunosupresión. El tratamiento antirretroviral no parece mejorar los resultados del cáncer cervical (146).

Los puntos anteriores son muy indicativos de la necesidad de desarrollar protocolos específicos de vacunación, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino para las mujeres que viven con el VIH y para todas las mujeres que viven en países o regiones con una alta prevalencia de VIH. Esto podría incluir el tamizaje cervical, el tratamiento de lesiones precancerosas y el tratamiento del cáncer invasivo. Los protocolos existentes se basan en la experiencia y se están realizando estudios para determinar si estos protocolos incluyen las mejores prácticas posibles (146).

El documento de la OMS *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice* publicado en 2014 (146) brinda la siguiente guía adicional relevante para mujeres y niñas que viven con VIH, y el GFD consideró que estos puntos eran componentes esenciales de un enfoque completo de SDRS para mujeres que viven con VIH: Tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas del cérvix:

- Se deben realizar pruebas de tamizaje para la detección de las lesiones precancerosas y el cáncer de cuello uterino en mujeres y niñas que han iniciado actividades sexuales, tan pronto como sus serologías se hagan positivas para VIH, independientemente de su edad; estas mujeres y niñas que viven con el VIH deberían someterse a un nuevo examen 12 meses después del tratamiento de las lesiones precancerosas, o dentro de los tres años siguientes a los resultados negativos del examen.
- Para las mujeres que viven con el VIH se puede utilizar cualquiera de las tres pruebas de tamizaje del cáncer de cuello uterino (inspección visual con ácido acético [IVAA], prueba del VPH o citología), y para su tratamiento se puede usar tanto la crioterapia como el procedimiento de exéresis electroquirúrgica con asa (LEEP), por su sigla en inglés.
- Para realizar el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino se debe informar a la paciente, quien debe optar por hacerlo (elección informada) y se debe contar con su consentimiento informado.
- Las mujeres que viven con el VIH que resulten negativas en el tamizaje (es decir, en las que no se encuentra evidencia de lesiones precancerosas) se deben volver a estudiar en un plazo de tres años.

- Las mujeres que viven con el VIH que han sido tratadas por lesiones precancerosas de cuello uterino deben controlarse hasta 12 meses después de su tratamiento.
- El tratamiento de las anomalías, incluida la colposcopia y la biopsia, no debe modificarse sobre la base de la serología VIH de una mujer. Durante el proceso de cicatrización después de cualquier procedimiento, las mujeres que viven con el VIH pueden desprender más virus que lo habitual. En el asesoramiento, es muy importante que el agente sanitario haga hincapié en que la paciente debe hablar de esto con su o sus parejas y abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que se haya completado la cicatrización (146).

Tratamiento del cáncer de cuello uterino en mujeres que viven con VIH:

- Al no haber estudios bien diseñados o longitudinales sobre el tratamiento del cáncer de cuello uterino en mujeres que viven con el VIH, no hay pautas basadas en la evidencia sobre este tema para incluir en esta guía. En su ausencia, esta sección presenta algunas prácticas que se utilizan comúnmente en los ámbitos nacional e internacional.
- Lo mejor es que las mujeres que viven con el VIH que tienen cáncer de cuello uterino es que se diagnostiquen, estadifiquen y traten por completo en una institución de nivel terciario con la experiencia adecuada. La mayoría de las instituciones que tratan a mujeres que viven con el VIH usan equipos multidisciplinarios; se evalúa a cada mujer individualmente, evaluándose su salud general y la existencia de otras enfermedades crónicas que pueden comprometer aún más su sistema inmunitario y su capacidad para tolerar la terapia inmunosupresora contra el cáncer (por ejemplo, tuberculosis).
- Tanto la radioterapia como la quimioterapia son terapias inmunosupresoras y la cirugía requiere que las mujeres estén en un estado general relativamente bueno, para evitar complicaciones como sepsis postoperatoria, hemorragia o problemas de cicatrización de las heridas. Por lo tanto, el recuento basal de CD4 es un elemento clave de la atención para las mujeres que viven con el VIH, y debería ser una de las primeras pruebas de evaluación a obtener, independientemente de la extensión del cáncer. También se necesitarán recuentos de CD4 para controlar el estado inmunológico del paciente a lo largo del tratamiento. Si el recuento de CD4 se encuentra bajo o si baja durante la terapia, se puede indicar que comience con TAR, lo que puede retrasar el tratamiento del cérvix para darle tiempo a que se recupere su sistema inmunitario (146).

En la publicación de 2014 de la OMS *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice* (Control exhaustivo del cáncer de cuello uterino: una guía para la práctica esencial) se puede encontrar más información, incluida información sobre estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres seropositivas para VIH o con serología de VIH desconocida en áreas con altos niveles de endemicidad (146).

El Recuadro 4.6 presenta consideraciones clave para los hombres transgénero que viven con VIH en relación con el cáncer de cuello uterino.

Recuadro 4.6: Consideraciones clave sobre el cáncer de cuello uterino para los hombres transgénero que viven con VIH

- Los hombres transgénero que conservan sus genitales femeninos a menudo se saltean los exámenes de tamizaje del cuello uterino y otros servicios de salud sexual, ya que es posible que no consulten en esos servicios o que se los excluya. Por ende, enfrentan un mayor riesgo de presentar patología ovárica, uterina y cervical.
- Después de la histerectomía total, si hay antecedentes de displasia cervical de alto grado y/o cáncer de cuello uterino, se puede realizar una prueba de Papanicolaou del manguito vaginal anualmente hasta documentar tres pruebas normales, y luego cada dos o tres años.
- Después de extirparse los ovarios, pero en los casos en los que el útero y el cuello uterino se mantienen intactos, se pueden seguir las pautas de tamizaje cervical de la OMS aplicables a los individuos nacidos como mujeres. Es posible diferir los estudios si no hay un historial de actividad sexual genital. Es importante informar al patólogo sobre el uso actual o previo de testosterona, ya que la atrofia cervical puede asemejarse a una displasia.

Fuente: OMS, 2016 (10).

Valores y preferencias

Las mujeres encuestadas que participaron en la GVPS expresaron que el tamizaje del cáncer cervicouterino para mujeres que viven con el VIH debería incluirse en un paquete normalizado de servicios de VIH y SSR integrales, de calidad, amables con las mujeres, confidenciales, no discriminatorios e integrados, incluso en medios rurales y de recursos limitados, y en entornos tringidos, como cárceles y centros de detención (37).



Capítulo 5. Entrega de servicios y aplicación de las directrices

5.1 Reseña general

El objetivo final de esta guía y sus recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas es mejorar la calidad de los servicios de salud y los resultados sanitarios y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) para las mujeres que viven con el VIH. El respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos internacionalmente reconocidos, como el derecho al más alto nivel posible de salud y el derecho a la no discriminación (14, 15), requieren que todas las personas tengan acceso a servicios de salud asequibles y de alta calidad. Para que el proceso de desarrollo y aplicación de una respuesta nacional o subnacional al SDSR de mujeres que viven con el VIH sea efectivo, debe seguir un enfoque centrado en la mujer y respetar los principios rectores de derechos humanos e igualdad de género, como se describe en el Capítulo 1 (sección 1.4), así como las estrategias descritas en el Capítulo 3. Este proceso implica aplicar un enfoque ético y basado en los derechos, y la coordinación entre todas las partes interesadas clave, incluida una importante participación de las mujeres que viven con el VIH. Para garantizar que las necesidades y los derechos de las mujeres que viven con el VIH en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) reciban apoyo, es preciso cumplir con los estándares en cuanto a disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones, suministros y servicios de atención de la salud. Específicamente, además de otras iniciativas de fortalecimiento del sistema de salud, urge invertir en áreas tales como la capacitación de proveedores de servicios de salud. Dicha inversión debe considerarse una prioridad absoluta, porque la atención de SSR de calidad y el apoyo a los derechos de las mujeres, incluidas las mujeres que viven con el VIH, entraña beneficios de gran alcance para las personas, familias, comunidades y países afectados por el VIH.

Las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas que buscan crear un entorno propicio y para las intervenciones de salud presentadas en los Capítulos 3 y 4, respectivamente, forman parte de un paquete integral de intervenciones que son específicas para las mujeres que viven con el VIH. Muchas otras consideraciones e intervenciones de SDSR son las mismas que para la población general, y se pueden encontrar las recomendaciones relacionadas con esas áreas en una serie de directrices de la OMS, incluidas muchas de las citadas en los Capítulos 3 y 4. En el Capítulo 3 se tratan factores contextuales que influyen en la implementación de las recomendaciones y las mejores prácticas para la SDSR y el bienestar de las mujeres que viven con el VIH.

Las medidas que se tomen sobre las recomendaciones incluidas en esta guía requieren una estrategia inspirada en evidencia, apropiada al contexto local y que responda a las necesidades y derechos de las mujeres que viven con VIH. Los programas deben tener como objetivo lograr resultados de salud equitativos, promover la igualdad de género y ofrecer atención de la más alta calidad de manera eficiente en todo momento. El presente capítulo se centra en los enfoques óptimos para la prestación de servicios de salud y la implementación de las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas en esta guía para dar un mejor apoyo a las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad. Los principios rectores para estos esfuerzos se describen en Recuadro 5.1.

El poner en práctica estos principios rectores, al tiempo que se adopta un enfoque centrado en la mujer respaldado por los principios de los derechos humanos y la igualdad de género (como se describe en el Capítulo 1, sección 1.4) significa que:

- Las necesidades, prioridades y perspectivas de las mujeres, sus familias y las comunidades son fundamentales para la provisión de la atención y para el diseño de programas y servicios.
- Las mujeres son reconocidas y apoyadas como participantes activas, y como beneficiarios de sistemas de salud confiables que responden a sus prioridades, derechos y aspiraciones de manera humana y holística.
- La promoción de la igualdad de género es fundamental para el logro de la SDSR para todas las mujeres, incluidas las que viven con el VIH, y requiere reconocimiento y consideración de los desequilibrios de poder existentes entre hombres y mujeres, prácticas que excluyen a las mujeres transgénero y la prevalencia de violencia de género (VBG). La imbricación de los problemas que pueden enfrentar las mujeres que viven con el VIH y que provienen de comunidades marginadas o poblaciones clave incluye múltiples capas de estigma, discriminación y/o violencia.

Promover la igualdad de género significa que las mujeres estén capacitadas para tomar decisiones en todos los aspectos de sus vidas, incluso en relación con el género, la sexualidad y la reproducción, y participar en su propia atención médica; ésta última debe organizarse en torno a sus propias necesidades y expectativas de salud más que alrededor del tratamiento y control de su enfermedad.

- Se reconocen las influencias interactivas de los niveles individual, relacional, comunitario y social sobre SDR, por lo que es fundamental crear un entorno propicio para que las mujeres que viven con el VIH logren resultados SDR óptimos.
- Es necesario utilizar un enfoque integrado de la salud y de los derechos humanos que incluya nexos de atención para garantizar la dignidad y el bienestar de las mujeres que viven con el VIH.

Según lo definido en el Marco de la OMS sobre servicios integrados de salud centrados en las personas (*Framework on*

Recuadro 5.1: Principios rectores para una respuesta al SDR de mujeres que viven con VIH

Desde hace mucho tiempo se reconoce que la forma en que se brindan los servicios es un determinante crucial de si las personas buscan servicios de salud, y en qué medida cuando los necesitan. Para ser eficaz, un proceso que desarrolle e implemente una respuesta nacional o subnacional al SDR de mujeres que viven con VIH debe seguir los siguientes principios rectores:

- **Ética y derechos:** un enfoque ético y basado en los derechos debería informar todas las decisiones. La respuesta planificada, y el proceso de toma de decisiones de por sí, no deben ser discriminatorios y deben rendir cuentas a las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad, respetando y defendiendo su autonomía y sus derechos. Deben seguirse los principios de justicia y equidad. Esto puede incluir enfoques de transformación de género para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta, aborden y cuestionen las normas y estructuras que pueden actuar como barreras para el acceso de las mujeres a los servicios y su utilización (147).
- **Participación significativa de las mujeres que viven con el VIH:** esto es fundamental para garantizar que las decisiones tomadas, los planes formulados y los programas desarrollados sean aceptables para los miembros de la comunidad, que sean equitativos y que respondan a sus necesidades. Las representantes de mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad, incluidos los grupos de poblaciones clave, deberían participar en todas las etapas, desde el diseño de la respuesta hasta su implementación, y hasta la monitorización y la evaluación (M y E) (10). El empoderamiento exitoso de la comunidad desarrolla la capacidad de sus miembros y de las organizaciones para participar en estos procesos de una manera significativa. Las organizaciones dirigidas por la comunidad desempeñan un papel crucial en la prestación de los servicios que mejor respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres que viven con el VIH.
- **Participación de todos los interesados:** abordar el SDR entre las mujeres que viven con el VIH requiere una respuesta multisectorial. En consecuencia, la planificación de la respuesta debe involucrar a múltiples sectores.
- **Enfoque coordinado:** el director nacional del programa para VIH, un organismo apropiado como una comisión nacional de VIH/SIDA, el director nacional del programa de salud reproductiva y un punto focal apropiado dentro del ministerio de salud deben asumir la responsabilidad conjunta de administrar el proceso de planificación general y facilitar la participación de los interesados y los miembros de la comunidad. Eso puede verse facilitado si se designa a gente que trabaje específicamente en el desarrollo y la coordinación de servicios. En países grandes y diversos, el desarrollo de un programa nacional también requiere la formulación de estrategias a nivel local y subnacional, con una orientación y coordinación central a nivel nacional.
- **Apertura y transparencia:** la evidencia y el fundamento de las decisiones deberían estar disponibles públicamente, incluida la información sobre la eficacia esperada, los riesgos previstos y la distribución de los beneficios y las cargas para la salud de las mujeres que viven con el VIH.
- **Base en evidencia:** las políticas, las intervenciones y los enfoques deben basarse en pruebas o experiencia sólidas.
- **Equidad:** los programas deben tener como objetivo lograr resultados de salud equitativos en todas las poblaciones y entornos y promover la equidad de género.
- **Eficiencia y sostenibilidad:** los programas deberían tratar de ofrecer servicios efectivos de la manera más eficiente y garantizar que sean sostenibles a largo plazo.
- **Calidad:** los servicios deben brindar atención de la más alta calidad en todo momento. La calidad puede ser un proceso que requiere una revisión continua de la prestación del servicio y de los resultados.

integrated people-centred health services (IPCHS)), “servicios integrales de atención centrados en la gente significa poner las necesidades integrales de personas y comunidades, no solo enfermedades, en el centro de los sistemas de salud y empoderar a las personas para tener un papel más activo en su propia salud”.³ Este Marco, que fue adoptado por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016 (148), proporciona una amplia guía sobre la implementación de un enfoque centrado en las personas donde todos tienen acceso a servicios de salud que (i) responden a sus preferencias; (ii) se coordinan en torno a sus necesidades; y (iii) son seguros, efectivos, oportunos, eficientes y de una calidad aceptable. Esta visión promueve una atención continua que satisface las necesidades de salud de cada individuo de manera integrada, a lo largo de su ciclo de vida. Esto permitirá que los servicios de salud sean más efectivos y equitativos, y que cumplan con los desafíos fundamentales que enfrentan los sistemas de salud actuales. Para apoyar la implementación de esta guía, será importante actualizar o desarrollar herramientas de implementación e incluir a la comunidad de mujeres que viven con el VIH en el proceso de elaboración.

5.2 Reformas clave de la entrega de servicios

Con base en la evidencia y la experiencia, la OMS recomienda tres reformas generales para mejorar la prestación de servicios relacionados con el VIH: (1) integración; (2) descentralización; y (3) delegación de funciones (149). Por separado o en combinación, estas reformas pueden mejorar el acceso a la atención. Los enfoques dirigidos por la comunidad y basados en la comunidad son parte integral de la implementación de estas reformas, particularmente para las mujeres que viven con el VIH. Para apoyar a las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad, con diferentes necesidades y preferencias de SDR, y con el rango de contextos sociales y epidemiológicos en que viven, la mejor manera de aplicar estas estrategias es hacerlo conforme una evaluación de la situación, y llevarlas a cabo en consulta con la comunidad de mujeres que viven con VIH y los proveedores de servicios de salud. Las recomendaciones específicas pertinentes y las declaraciones de buenas prácticas que se implementarán se presentaron en el Capítulo 3, sección 3.2.4.

5.2.1 Integración de servicios

El objetivo de planificar programas debe ser crear sistemas de prestación que faciliten al máximo el acceso a la atención integral con un enfoque centrado en la mujer y sensible al género, teniendo en cuenta las necesidades, aspiraciones y prioridades de la mujer más allá del VIH. La OMS recomienda integrar los servicios de SSR con una gama de intervenciones contra el VIH, así como otros servicios clínicos pertinentes, como los de violencia contra la mujer (VCM), tuberculosis (TB) y tratamiento de dependencia de drogas (7). La integración de los servicios facilita la prestación de una atención integral y constante. También permite a las personas atender todas sus necesidades médicas al mismo tiempo y en el mismo lugar. Por lo tanto, para que funcionen bien los servicios de SSR, los servicios de VIH y otros servicios sociales y de salud conexos, es importante que haya colaboración entre los programas en todos los niveles del sistema sanitario. Los aspectos de coordinación que necesitan consideración incluyen la movilización y asignación de recursos; capacitación, orientación y supervisión de los trabajadores de la salud; adquisición y gestión de medicamentos y otros insumos médicos, además de monitorización y evaluación.

Los servicios integrados de salud se gestionan y brindan de forma tal de asegurar que las personas reciban un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y servicios de cuidados paliativos, en los diferentes niveles y lugares de atención dentro del sistema de salud, y según sus necesidades a lo largo de sus vidas (150). Esto incluye la SSR, así como otros servicios que pueden utilizar las mujeres que viven con el VIH. Vincular las intervenciones de SSR y VIH reconoce el papel vital que desempeña la sexualidad en la vida de las personas y la importancia de empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su SSR. Los enlaces e integración de SSR se definen en Recuadro 5.2.

3 Esta definición aparece en la página web de la OMS para el Marco sobre IPCHS: <http://www.who.int/service-delivery-safety/areas/people-centered-care/en/>

Recuadro 5.2: Definición de vínculos e integración de SSR

Linkages: Sinergias programáticas, de políticas, de servicio y de promoción de derechos entre la SSR y el VIH.

Integration: los diferentes tipos de servicios de SSR y VIH y/o programas operativos que se pueden unir para garantizar resultados colectivos. Esto incluiría derivaciones de un servicio a otro. Se basa en la necesidad de ofrecer servicios integrales.

Fuente: OMS, UNFPA, IPPF, ONUSIDA, IPPF, 2005 (151).

Se ha desarrollado un marco actualizado de productos básicos (*Integrated EMTCT commodities framework*) para la prevención de la transmisión de madre a hijo o maternoinfantil (ETMH). Ese trabajo implicó la colaboración entre el UNFPA, la OMS y otros colaboradores, como las comunidades de personas que viven con el VIH (152). Este marco permitirá a los administradores de programas y de la cadena de suministros comprender la gama completa de productos que deberían estar disponibles para apoyar una integración integral de los programas que ofrecen servicios de SDRS a través de las plataformas de planificación familiar y de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI). Reúne varios paquetes de productos básicos ya existentes, incluidos los que componen un servicio integral de cuatro componentes para la eliminación de la transmisión del VIH de madre a hijo (ETMH), y productos para planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), violencia de género, salud materna, neonatal e infantil (MNI) y VIH.

Para obtener las herramientas de la OMS que pueden ayudar a orientar la implementación de otros servicios relacionados con el VIH, consulte el Recuadro 5.3; para obtener herramientas que orienten sobre cómo vincular la SSR con el VIH, consulte el Recuadro 5.4.

Recuadro 5.3: Orientación de la OMS sobre los enfoques de prestación de servicios de VIH conexos

La publicación de 2016, *Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para tratar y prevenir la infección por el VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, segunda edición (7)* y la publicación de 2015, *Directriz sobre cuándo comenzar el tratamiento antirretroviral y la profilaxis preexposición para el VIH (153)* ofrecen una amplia orientación en las áreas esenciales operativas y de prestación de servicios:

- Ofrecer terapia antirretroviral (TAR), ayudar con el inicio del tratamiento antirretroviral y brindar asistencia para la adherencia
- Retención de clientes que viven con VIH en la atención, en todo el continuo de cuidados
- Integración y vinculación de servicios, y descentralización de la atención y el tratamiento del VIH
- Recursos humanos, incluida la delegación de funciones
- Servicios de laboratorio y diagnóstico
- Sistemas de adquisición y gestión de insumos.

Recuadro 5.4: Herramientas que orientan sobre cómo vincular la SSR con el VIH

- *Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: a framework for priority linkages, 2005 (151)* Salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA: un marco para los vínculos prioritarios, 2005 (151)
- *SRH & HIV linkages resource pack, 2012 (154)* Paquete de recursos sobre vínculos de SSR y VIH, 2012 (154)
- *Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings: stepwise guidelines for programme planners, managers and service providers, 2004 (155)* Integración de los servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas del VIH en entornos de salud reproductiva: pautas escalonadas para planificadores de programas, administradores y proveedores de servicios, 2004 (155)
- *Reproductive choices and family planning for people living with HIV: counselling tool, 2012 (116)* Elecciones reproductivas y planificación familiar para personas que viven con el VIH: herramienta de asesoramiento, 2012 (116)
- *Rapid assessment tool for sexual and reproductive health and HIV linkages: a generic guide, 2009* Herramienta de evaluación rápida para la salud sexual y reproductiva y los vínculos con el VIH: una guía genérica, 2009 (73).

5.2.2 Descentralización de servicios

La descentralización tiene como objetivo brindar servicios de SSR y VIH en sitios que resultan más cercanos para el cliente. Si bien la descentralización puede tomar muchas formas, como la desconcentración, la delegación o la devolución, el enfoque aquí se centra en el resultado de la descentralización de la terapia antirretroviral (TAR) y el acceso a los servicios de SSR (en el Capítulo 3, sección 3.2.4 se presentan recomendaciones específicas sobre esto). La descentralización del acceso a estos servicios puede constituir una reforma clave para las mujeres que viven con el VIH, ya que puede mejorar el acceso a los servicios, la conducta de búsqueda de atención y la retención de la atención (7). En muchos entornos, los costos de transporte y los largos tiempos de espera en los hospitales centrales son barreras importantes para el acceso al servicio y la retención de la atención. Particularmente en áreas rurales, la descentralización puede reducir las dificultades y el costo del viaje y acortar los tiempos de espera. Si se planifica e implementa cuidadosamente, con la debida consideración de la confidencialidad y la atención de alta calidad, la descentralización puede proporcionar opciones de atención de la salud más seguras, accesibles y discretas, en particular para las mujeres que viven con el VIH. Los clientes potenciales y/o reales de estos servicios deberían participar en la planificación y el desarrollo de la descentralización, así como en su monitorización y evaluación para garantizar que los servicios sean aceptables y apropiados. Descentralizar la atención y el tratamiento del VIH para las mujeres que viven con el VIH también puede fortalecer aún más la participación de la comunidad y vincular las intervenciones comunitarias con las dependencias sanitarias.

- **Los enfoques basados en la comunidad** para la prestación de servicios pueden aumentar el acceso y la aceptabilidad de las poblaciones clave. Los servicios móviles, de divulgación, los centros de atención directa y los enfoques basados en los locales de reunión son útiles para llegar a aquellos con pocos servicios, sin acceso o con acceso limitado a las instalaciones formales de atención de la salud. Estos enfoques permiten nexos críticos y derivaciones entre la comunidad y las dependencias médicas, y respaldan la descentralización. Los programas basados en la comunidad también pueden referirse a programas dirigidos y realizados por mujeres que viven con el VIH que también son miembros de comunidades de poblaciones clave. Los miembros del personal, incluidas las pares, que participan en los enfoques basados en la comunidad deben contar con un adecuado apoyo en términos de capacitación, asesoramiento, supervisión y gestión, así como incentivos y remuneración.
- **Los servicios dirigidos por la comunidad** son intervenciones diseñadas, prestadas y controladas por miembros de la comunidad. Permite a los miembros de la comunidad hacer frente a las barreras estructurales para el ejercicio de sus derechos y los empodera para cambiar las normas sociales, reduciendo así las vulnerabilidades que van más allá del VIH. Entre otros, sus roles incluyen:
 - proporcionar acceso adecuado y confiable a los productos básicos (preservativos, lubricantes y anticonceptivos temporales) y servicios clínicos a través de actividades de divulgación y derivaciones y distribución basada en la comunidad (156);
 - responder a la violencia contra las mujeres que viven con el VIH y aplicar otras intervenciones estructurales; y
 - ofrecer medios formales e informales para que la comunidad brinde su opinión sobre la calidad de los servicios y se involucre con los servicios más allá del programa de SSR o VIH.

5.2.3 Delegación de funciones y colaboración para la prestación de servicios

La delegación de funciones implica la redistribución racional de tareas entre los trabajadores de la salud y los prestadores legos. Cuando corresponde, se reasignan las tareas de los trabajadores de salud altamente calificados a los que tienen una capacitación más corta y menos calificaciones complementarias (7). Muchos países enfrentan una escasez de trabajadores de la salud; la delegación de funciones puede aumentar la efectividad y la eficiencia del personal disponible, permitiendo que la fuerza de trabajo existente sirva a más personas. Las organizaciones dirigidas por la comunidad también pueden desempeñar un papel importante para llegar a las mujeres que viven con el VIH, relacionarse con ellas, vincularlas a los servicios y brindar atención y apoyo continuos, apoyando así las tareas de promoción de la salud. En el Capítulo 3, sección 3.2.4, se presentan recomendaciones específicas sobre la delegación de funciones y el reparto de tareas en lo que respecta al TAR 3.2.4.

La publicación de 2012 de la OMS, *Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas* (OptimizeMNH) recomienda tareas que pueden trasladarse a cuadros específicos guiándose por una revisión de la evidencia existente (58). Muchas recomendaciones en ese documento tienen relevancia para SDRS de las mujeres que viven con el VIH aunque no son

específicas para esas mujeres. Se puede acceder a estas recomendaciones en esa publicación en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/es/. En esta publicación también se incluye información adicional sobre la delegación de funciones que se puede considerar con revisiones de evidencias adicionales, así como las tareas que se recomienda no modificar.

Además de esto, los modelos de pares son estrategias eficaces de prevención y tratamiento para llegar a las mujeres y niñas que viven con el VIH. Varios programas han demostrado, por ejemplo, el potencial de aumentar significativamente la aceptación de las pruebas de detección y valoración del VIH y el éxito en proporcionar apoyo entre iguales para la adherencia al TAR.

- **Las intervenciones entre iguales**, también llamadas intervenciones basadas en los pares o en pares, constituyen un método importante para brindar servicios e intercambiar información y habilidades que promueven comportamientos más seguros para las personas o las redes de mujeres que viven con el VIH. Más allá de brindar servicios, los pares pueden servir de modelos y ofrecer un apoyo respetuoso y no crítico que puede contribuir a reducir el estigma, aumentar la confianza entre la comunidad y los agentes sanitarios, facilitar el acceso a servicios y mejorar su aceptabilidad y sostenibilidad potencial.

5.3 Consideraciones clave al proporcionar servicios para mujeres que viven con VIH

Los programas deben brindar servicios equitativos que estén (1) centrados en las personas, (2) accesibles, (3) aceptables y (4) asequibles. Además, las mujeres que viven con el VIH deben conocer los servicios y estar facultadas para hacer uso de ellos. El apoyo dirigido puede ayudar a aquellas mujeres que deben enfrentar desafíos extremos para recibir atención. Dichas mujeres pueden incluir: mujeres transgénero, que podrían no ser consideradas elegibles para acceder a los “servicios de mujeres” en algunos entornos; las trabajadoras del sexo, quienes les puede resultar difícil consultar en los horarios de los servicios de salud estándar; y mujeres con discapacidades, quienes podrían tener problemas de acceso. Es importante defender sus SDR, al igual que para todas las mujeres. Se recomienda que estas mujeres reciban servicios confidenciales no estigmatizadores, con abordaje de género en un entorno conveniente, y que se adopten las intervenciones para impedir la discriminación y reducir el estigma (92). Es importante recordar que los propios trabajadores de la salud también pueden ser mujeres que viven con el VIH.

5.3.1 Centrado en las personas

Los servicios de salud centrados en las personas representan un enfoque de la atención que adopta conscientemente las perspectivas de individuos, familias y comunidades, y los ve como participantes – además de beneficiarios - de sistemas de salud confiables que responden a sus necesidades y preferencias de manera humanitaria y holística. Este enfoque requiere que las personas tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. Está organizado en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas en lugar de las enfermedades (157)⁴.

Para enfrentar los desafíos fundamentales que enfrentan los sistemas de salud actuales, el *Marco de la OMS sobre servicios integrados de salud centrados en las personas* (IPCHS) propone cinco direcciones estratégicas interdependientes que se deben adoptar para que la prestación de servicios de salud se centre más en las personas y sea integrado (148):

- empoderar e involucrar a las personas a través de habilidades y recursos y la provisión de oportunidades;
- fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas;
- reorientar el modelo de atención para que los servicios de atención de la salud eficientes y efectivos se compren y proporcionen a través de modelos de atención que prioricen los servicios de atención primaria y comunitaria y la coproducción de la salud;
- coordinar los servicios en torno a las necesidades de las personas en todos los niveles de atención, así como promover actividades para integrar a los diferentes proveedores de servicios de salud y crear redes efectivas entre la salud y otros sectores; y
- crear un entorno propicio que reúna a los diferentes interesados para emprender el cambio transformacional necesario.

4. Disponible en: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf>

Las intervenciones en determinados países específicos deben desarrollarse y negociarse localmente. En cada contexto, deberá diseñarse y desarrollarse la combinación exacta de las estrategias que se utilizarán teniendo en cuenta las condiciones, los valores y las preferencias locales (157).

5.3.2 Accesible

Abordar las barreras de la edad: debe examinarse las leyes relativas a la edad de consentimiento para determinar sus efectos en el acceso a los servicios. Los países pueden considerar la revisión de las políticas de edad de consentimiento y la creación de excepciones a los límites de edad (es decir, estado de madurez del menor, matrimonio precoz). Los países también pueden considerar la mejor manera de evaluar la capacidad de los adolescentes para dar su consentimiento.

Hacer los servicios convenientes: los programas pueden considerar ofrecer servicios móviles y/o de acceso directo (acudir sin hora agendada), y horarios de fin de semana y/o noche que facilitan el acceso. El acceso también puede aumentar con medidas de extensión, incluyendo intervenciones sanitarias digitales, basadas en las dependencias, usando telefonía móvil y los servicios de visitas domiciliarias.

Descentralizar los servicios: Se puede aumentar el acceso trasladando los servicios desde las instalaciones centralizadas a servicios comunitarios o de alcance con móviles (es decir, utilizando un vehículo) e instalaciones de atención sanitaria periféricas. Por ejemplo, la educación sexual en las escuelas, el asesoramiento entre pares y las actividades a nivel comunitario pueden difundir mensajes de comportamiento, promover el seguimiento de las derivaciones a servicios, mejorar el cumplimiento del tratamiento y aumentar el involucramiento de la gente en su propia atención médica.

Invertir en crear un ambiente propicio: los países pueden apoyar el acceso a servicios de mujeres que viven con VIH, incluyendo las de poblaciones clave, invirtiendo en facilitadores críticos como tratamiento integrado, programas para mejorar el conocimiento de los derechos humanos, servicios legales, programas para reducir el estigma y discriminación, y capacitación para los trabajadores de salud y el personal policial.

5.3.3 Aceptable

Formar proveedores de servicios de salud: los proveedores de servicios de salud (entre los que se incluyen los agentes comunitarios, los trabajadores pares de extensión, el personal de apoyo y administrativo) deberían recibir sensibilización y educación sobre cuestiones específicas de las mujeres que viven con el VIH, incluidas las poblaciones clave, y sobre la no discriminación, prácticas sensibles al género y eliminación del estigma. Esto se puede lograr a través de capacitación antes de comenzar a trabajar en el servicio y ya en el servicio, ayudas laborales, supervisión de apoyo y seguimiento de la capacitación. Siempre que sea posible, la capacitación debe involucrar a las mujeres que viven con el VIH.

Crear un entorno seguro y de apoyo: los espacios seguros (para la provisión de servicios tanto sociales como sanitarios) y los ambientes confidenciales y libres de estigmas pueden fomentar el acceso de las mujeres que viven con el VIH. Por ejemplo, disponer de entradas separadas y bien iluminadas o ubicar servicios en un entorno apropiado puede disminuir las barreras de acceso. Del mismo modo, debe respetarse la confidencialidad, evitando la divulgación involuntaria del estado serológico por el hecho de atender por separado en diferentes lugares y de diferente manera a las mujeres que viven con el VIH en comparación con el resto. La inclusión de mujeres que viven con el VIH en la planificación del acceso a los servicios puede mejorar la efectividad de dichos servicios. Esto también incluye a las mujeres que viven con el VIH y que son ellas mismas trabajadoras de la salud.

Proporcionar servicios de alta calidad: los servicios deben ser aceptables y de alta calidad. Una forma de evaluar la calidad es hacer el seguimiento de la experiencia de los clientes usando indicadores nacionales y mundiales.

Asegurar el consentimiento voluntario e informado: los programas deben promover el derecho de las personas a decidir sobre su propio tratamiento y se debe aceptar su derecho a rechazar los servicios. Todos los servicios deben ser voluntarios, sin ejercer ninguna coerción y sin imponer condicionantes para poder obtener servicios o insumos básicos. La información sobre los servicios y el tratamiento debe ser clara, explícita y en un lenguaje apropiado, y debe proporcionarse de manera que sea accesible para las mujeres con un nivel de alfabetización limitado o nulo. La información para adolescentes debe ser apropiada para su etapa de desarrollo.

Garantizar la confidencialidad: se debe prestar atención a la protección de la privacidad y confidencialidad, por ejemplo, cerrando la puerta de la sala de consulta o buscando un lugar privado para hablar. Se debe tranquilizar a las clientes en cuanto a la confidencialidad, y se les debe pedir permiso antes de divulgar información a otros agentes sanitarios. Los programas deben atender las complejidades de mantener la confidencialidad, particularmente en los enfoques basados en la comunidad, de extensión y con pares. Uno de los pasos que los proveedores de servicios de salud pueden tomar para aumentar la confianza entre los servicios de salud y las mujeres que viven con el VIH es garantizar que los registros médicos se mantengan confidenciales.

Involucrar a las mujeres que viven con el VIH: las mujeres que viven con el VIH, incluidas las integrantes de diversas poblaciones clave, deben participar en el diseño de programas, en las etapas de planificación, ejecución y M y E, y también deben ser invitadas a participar como proveedoras y defensoras de los servicios. Ese tipo de involucramiento puede aumentar el sentido de pertenencia de la comunidad, mejorando así el éxito del programa.

5.3.4 Asequible

Asegurar recursos monetarios: los países deben utilizar información estratégica oportuna, apropiada y confiable para priorizar la asignación de recursos, evaluar las respuestas e informar los procesos de rendición de cuentas, dada la importancia del compromiso y el financiamiento por parte del gobierno. Esto incluye inversión y apoyo a la sociedad civil, incluyendo a las redes de personas que viven con el VIH, personas en riesgo de contraer el virus y ya afectadas por el VIH, ampliadas para mejorar su papel esencial en la respuesta.

Minimizar o eliminar los honorarios: siempre que sea posible, los servicios se deben proporcionar de forma gratuita o a un precio reducido. Los seguros o subsidios de salud deben cubrir los honorarios de quienes brindan los servicios.

Reducir los costos: los costos para el sistema de salud y los usuarios pueden reducirse mediante la integración y la descentralización de los servicios, incluyendo enfoques basados en la comunidad y dirigidos por la comunidad, utilizando lugares convenientes, al tiempo que se garantiza la calidad y la confidencialidad. Los costos para el individuo pueden reducirse acortando los tiempos de espera en los centros de salud a través de sistemas de citas flexibles y separando las consultas clínicas del retiro de medicamentos.

5.3.5 Consideraciones especiales para el SDR de mujeres transexuales jóvenes que viven con el VIH

Los organismos de derechos humanos también han pedido a los estados garantizar un acceso oportuno y asequible a servicios de salud de buena calidad, incluyendo a los adolescentes, que garanticen el consentimiento informado, respeten la dignidad, garanticen la confidencialidad y sean sensibles a las necesidades y perspectivas de las personas (158). Sin embargo, muchas mujeres transgénero jóvenes que viven con el VIH son particularmente estigmatizadas y discriminadas. Negarse a programarles citas en la clínica, negarse a tratarlos o tratarlos sin ningún respeto, violación de la privacidad médica, hacerles pasar vergüenza en privado y denigrarlas en público son algunas de las prácticas discriminatorias y abusos que se han denunciado, junto con la atención apresurada y de inferior nivel (159). El resto de esta subsección destaca las consideraciones especiales para el SDR de mujeres transgénero jóvenes que viven con VIH, pertinentes para una serie de cuestiones que afectan la prestación de servicios a estas mujeres. Se puede encontrar más información sobre jóvenes transgénero y el VIH está disponible en la publicación de 2015, *Resumen técnico: VIH y jóvenes transgénero (Technical brief: HIV and young transgender people)* (160).

Prestación de los servicios

La dificultad de negociar la tensión entre el deseo de expresar la propia identidad y el temor a ser estigmatizado por hacerlo a menudo tiene un impacto negativo en el bienestar emocional de los adolescentes transgénero y puede disuadirlos de buscar orientación e información sobre la identidad de género, así como también sobre SSR y VIH (160).

Los participantes en las consultas comunitarias de la ONU identificaron la discriminación por parte de los proveedores de salud como una de las barreras más importantes para acceder a pruebas, tratamientos y cuidados (evidencia de la consulta del Fondo de Jóvenes Líderes VIH [HYLF, por sus siglas en inglés] y consulta del UNFPA [160]). Las personas transgénero jóvenes pueden temer que otros proveedores de servicios de salud divulguen su identidad de género. Es posible que se les nieguen servicios sanitarios a quienes sean francos con respecto a su identidad de género. Algunos pacientes relatan que los médicos les negaron el tratamiento del VIH y que claramente desaprobaban su identidad transgénero (161).

En algunos lugares donde se dispone de servicios, suele suceder que los proveedores no tengan experiencia de trabajar con gente joven, o el conocimiento necesario para tratar problemas de salud específicos para personas transgénero (162). Algunas mujeres transgénero se sienten frustradas al encontrar que sus preocupaciones de SSR se combinan con las de los hombres que tienen sexo con hombres, o sienten que deben educar a los agentes sanitarios sobre sus necesidades. También expresan preocupación por la falta de orientación de los profesionales de la salud sobre las interacciones entre el tratamiento del VIH y la terapia hormonal (160).

Los estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que las personas transgénero que han tenido experiencias negativas con los proveedores de atención de la salud tienden a evitar acudir a consulta médica en el futuro (163). Los servicios que no son aceptables para las personas transgénero no brindan prevención, tratamiento y atención efectivos para esta población.

Uso de los servicios de SRH

Las personas transgénero jóvenes que están en relaciones, al igual que las personas no transgénero, pueden usar preservativos con menos frecuencia con sus parejas principales que con sus parejas casuales o comerciales (160).

Los obstáculos a la atención de la salud entre las personas transgénero se han asociado significativamente con la depresión, la presión económica y la baja autoestima, lo que puede reducir las tasas de uso del condón (164).

Trabajo sexual comercial

La evidencia sugiere que una importante proporción de mujeres transgénero jóvenes venden sexo en algunos ambientes, a menudo como resultado de la exclusión social, la vulnerabilidad económica y la dificultad para encontrar empleo (165, 166).

Consideraciones para programas y prestación de servicios

- Garantizar que las personas transgénero puedan tener acceso a una información adecuada sobre SSR, sea cual sea su estado civil y sin ningún requisito de consentimiento de los padres/tutores (167), y que al individuo le resulte posible obtener tratamiento médico sin el consentimiento de sus padres o tutores y que ese tratamiento sea eficazmente considerado cuando sea por el mejor interés del individuo.
- Prevenir todas las formas de violencia y explotación física, emocional y sexual, ya sea por agentes del orden público u otros perpetradores, y promover iniciativas de respuesta dirigidas por la comunidad.

Consideraciones para reformas de leyes y políticas

- Examinar las políticas actuales de consentimiento considerando la eliminación de las barreras relacionadas con la edad y los requisitos de consentimiento de los padres/tutores que obstaculizan el acceso a las pruebas, el tratamiento y la atención del VIH y las ITS. Abordar las normas sociales y el estigma en torno a la sexualidad, el género, la identidad sexual y la orientación sexual, mediante una educación sexual integral apropiada para la edad de los individuos en las escuelas, dando información de apoyo y orientación de crianza de los hijos a las familias, capacitación de educadores y proveedores de servicios de salud, y aplicando políticas de no discriminación en el empleo (10, 168).

5.4 Comprender la epidemiología local del VIH y las ITS

El desarrollo y la ejecución de un plan basado en la evidencia requiere comprender las características de las poblaciones de mujeres que viven con el VIH que se ven afectadas; los entornos físicos, sociales y políticos que influyen en el riesgo y la vulnerabilidad; las necesidades y prioridades de las mujeres que viven con el VIH, y cualquier factor que pueda habilitar u obstaculizar sus esfuerzos por encarar esas necesidades y prioridades; y los sistemas de salud y la infraestructura de la comunidad.

Si bien muchos riesgos, necesidades y aspiraciones de SDRS pueden ser comunes a todas las mujeres, algunos factores serán diferentes para las mujeres que viven con el VIH, y algunos serán particulares de un grupo o contexto en particular. En consecuencia, para que una respuesta local sea apropiada, aceptable y efectiva, estos riesgos, necesidades y aspiraciones deben examinarse localmente, y las comunidades locales, las redes y las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad deben ser consultadas e involucradas activamente en el análisis situacional.

Los que están en mayor riesgo probablemente sean personas que podrían considerarse miembros de más de una población clave. Por ejemplo, algunas mujeres transgénero que viven con VIH también pueden dedicarse al trabajo

sexual y enfrentar altos niveles de violencia y discriminación, o tener necesidades adicionales de salud o bienestar relacionadas con su estado de VIH, su identidad de género y/o su trabajo sexual. Además, las mujeres que viven con el VIH en lugares con recursos limitados pueden carecer de hogar y/o pueden padecer enfermedades mentales o temer violencia.

Es fundamental que los procesos de recopilación de información y la información en sí sirvan para proteger y no poner en riesgo la seguridad y la privacidad de las mujeres que viven con el VIH. En todo momento, se deben observar los principios éticos y proteger los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH. En algunas circunstancias, determinar el tamaño de la población o mapear las necesidades de SDR de las mujeres que viven con VIH puede poner en peligro involuntariamente a los miembros de la comunidad o someterlos a un mayor estigma o violencia al identificarlos como personas que viven con el VIH y/o pertenecientes a grupos de población clave. Al realizar ejercicios de recopilación de información, es importante mantener una estricta privacidad, confidencialidad y seguridad de la información recopilada. Si no se puede proteger la seguridad y los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH, es mejor evitar la recopilación de ciertos datos, como la identificación de las ubicaciones de las mujeres que viven con el VIH.

Además, las necesidades de SDR de las mujeres que viven con el VIH cambian con el tiempo, al igual que diversos factores relacionados con el contexto y el ambiente. El seguimiento y la evaluación constantes identificarán los parámetros cambiantes y permitirán refinar o reorientar la respuesta. Un análisis situacional identificará brechas en el conocimiento y una agenda para futuras investigaciones puede abordar estas brechas, algunas de las cuales se describen en el Capítulo 6, Cuadro 6.1.

Capítulo 6. Elaboración de la agenda de investigación

6.1 Definición de consideraciones de investigación prioritarias para fortalecer la base de evidencia

La base de evidencia fue limitada para muchas de las preguntas a las que se aplicarían las nuevas recomendaciones de esta guía. He aquí algunas razones: (i) se han publicado pocos estudios rigurosos relacionados con los temas de interés en revistas arbitradas; (ii) había poca diversidad geográfica entre los estudios; y (iii) los estudios incluían pocos resultados de interés. La certeza de la evidencia se calificó como “baja” o “muy baja” para varias de las intervenciones evaluadas. De acuerdo con la metodología de GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (9), cuando la certeza de la evidencia es “baja” o “muy baja” para los resultados importantes implica que es probable que una mayor investigación sobre estas intervenciones incida en la certeza futura y recomendaciones posteriores relacionadas con estas intervenciones. La calidad de la evidencia también fue en general baja y se vio afectada por imprecisión (muestras pequeñas) y por el carácter indirecto. En muchos casos, la evidencia disponible no era exclusiva de las mujeres que viven con el VIH en el contexto de la intervención, y en otros casos la evidencia carecía de un grupo de comparación apropiado contra el cual medir la intervención. Los datos fueron particularmente limitados en torno a las siguientes intervenciones: modo de aborto, autoeficacia y empoderamiento, satisfacción sexual, apoyo a la revelación de seropositividad voluntaria y afianzamiento de los derechos humanos.

Durante el proceso de elaboración de la directriz, el Grupo de formulación de directrices (GFD) identificó importantes lagunas de conocimiento que deben encararse con más investigación primaria. El Cuadro 6.1 enumera las brechas identificadas, pero no pretende ser una lista exhaustiva; hay muchos otros temas que también merecerían más investigación (169).

Cuadro 6.1: preguntas prioritarias para futuras investigaciones sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) de las mujeres que viven con el VIH

Tema	Preguntas de investigación prioritarias para abordar las lagunas
A. Creación y mantenimiento de un entorno propicio	
Envejecimiento y salud sexual	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo pueden los servicios apoyar mejor la sexualidad saludable entre las mujeres mayores que viven con el VIH, incluidas las mujeres heterosexuales, lesbianas, bisexuales y transgénero?• ¿Cuáles son los posibles efectos del VIH y el tratamiento del VIH durante la posmenopausia?
Protección contra la violencia durante la adolescencia	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuáles son los factores de protección y de riesgo asociados con la transición de las adolescentes a la edad adulta en el contexto de la violencia y otras barreras para la buena SDSR?• ¿Cuáles son las mejores intervenciones para apoyar resultados saludables?
Poblaciones difíciles de alcanzar	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo pueden los servicios destinados a las mujeres que viven con el VIH incorporar las preocupaciones de las mujeres que son difíciles de alcanzar y prestarles un servicio más eficaz?• ¿Cómo pueden las normas sociales positivas ayudar a abordar el estigma y la discriminación?• ¿Cómo se pueden brindar servicios de salud y psicosociales adecuados y adaptados a las personas transgénero jóvenes (de 10 a 24 años)?

Tema	Preguntas de investigación prioritarias para abordar las lagunas
A. Creación y mantenimiento de un entorno propicio (continuación)	
Trabajadoras de la salud que son mujeres que viven con VIH	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué niveles de apoyo, confidencialidad y actitudes prevalecen en el sistema de salud hacia las mujeres que viven con el VIH que son trabajadoras de la salud? • ¿Qué están haciendo actualmente los líderes de la salud con respecto al acceso a los servicios para estas mujeres? • ¿Cuál es la prevalencia de la violencia de género (VBG), incluida la violencia de pareja (VPI) y la violencia de género basada en el trabajo, que padecen las trabajadoras de la salud que también son mujeres que viven con el VIH?
Derechos humanos y salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo podemos integrar efectivamente los derechos humanos en la atención sanitaria y en los sistemas de atención de la salud? • ¿Cómo se pueden usar las técnicas de derechos humanos para mejorar los resultados de salud? • ¿Cuáles son los continuos abusos contra los derechos humanos dentro del sistema de atención de la salud y qué se puede hacer para impedirlos?
Servicios de tratamiento del VIH	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los efectos a largo plazo de los medicamentos antirretrovirales (ARV) en la calidad de vida de las mujeres que viven con el VIH? • ¿Cuáles son las implicaciones de salud mental, psicosocial, física, relacional y de otro tipo del tratamiento de por vida? • ¿Qué nivel de conocimiento sobre el tratamiento tienen las mujeres? ¿Cómo se puede mejorar si es bajo? • ¿Cómo se pueden implementar mejor las nuevas pautas de tratamiento para apoyar una buena salud general, reconociendo riesgos como la violencia y otros desafíos? • ¿Cómo se puede apoyar mejor el acceso continuo a los servicios de tratamiento del VIH a medida que los modelos de financiación pasan del apoyo de donantes externos al apoyo local, incluyendo el uso de seguros de salud?
Integración de los servicios de SDRS y VIH	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo influye el financiamiento en la integración de los servicios, particularmente cuando las prioridades y métricas de los donantes difieren de las de los programas nacionales y de las de otros donantes? • ¿Cuáles son los efectos de la prestación integrada de servicios de atención del VIH y SSR en la capacidad de prestación de servicios de los trabajadores de salud, y cómo inciden en los clientes?
B. Intervenciones sanitarias	
Empoderamiento y autoeficacia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la mejor manera de promover la igualdad y el empoderamiento de las mujeres que viven con el VIH para una sexualidad sana y disfrutable?
Revelación segura de la seropositividad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los mejores métodos para revelar el estado serológico del VIH? Las opciones que requieren más investigación pueden incluir asistencia en la notificación a la pareja y otros métodos para apoyar la revelación de seropositividad; métodos de prueba del VIH y revelación de seropositividad segura que podrían explicar por qué las personas prefieren no revelarla, y abordar de manera innovadora las barreras; soporte funcional asociado con la revelación de seropositividad (por ejemplo, refugios), particularmente en entornos con muchas otras barreras para una buena SSR, como violencia; servicios envolventes que brinden apoyo para revelar la seropositividad.
Breve comunicación sexual	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para apoyar las relaciones sexuales seguras y placenteras para las mujeres con VIH que optan por tenerlas, sobre la base de evidencia sobre la sexualidad saludable y la disfunción sexual en las mujeres que viven con el VIH?
Cesárea	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las morbilidades asociadas a la cesárea para las mujeres que viven con el VIH en comparación con las que no viven con el VIH?

Tema	Preguntas de investigación prioritarias para abordar las lagunas
B. Intervenciones sanitarias (continuación)	
Trabajo de parto y parto	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el impacto de un diagnóstico de VIH durante el embarazo? • ¿Cómo se puede apoyar mejor a las mujeres que reciben su diagnóstico durante el embarazo para que manejen los resultados negativos asociados? • ¿Qué proporción de mujeres se someten a la prueba del VIH fuera del embarazo? • ¿Cómo se relacionan las pruebas del VIH y la atención del embarazo? • ¿Cómo se puede retener a las mujeres que amamantan en el cuidado del VIH? • ¿Cuál es la asociación entre la terapia antirretroviral (TAR) y la preeclampsia? Cabe señalar que las recomendaciones de 2011 de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia no son específicas de las mujeres que viven con el VIH (170).
Aborto sin riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay diferencias en los resultados del aborto médico y quirúrgico en las mujeres que viven con el VIH si usan mifepristona y misoprostol? Cabe señalar que una importante brecha en la investigación es que los estudios incluidos solo analizaron los abortos con misoprostol en lugar de la mifepristona y el misoprostol recomendados I (32).
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la asociación entre el trastorno de estrés postraumático en mujeres que viven con el VIH y sus experiencias de diagnóstico del VIH, sus experiencias de violencia y otras experiencias comunes relacionadas con el VIH?

6.2 Hacia un enfoque apropiado para la investigación en SDR

6.2.1 Las mujeres que viven con el VIH como colaboradoras equiparadas en la investigación

La investigación sobre las mujeres que viven con el VIH debe realizarse con, por y para las mujeres que viven con el VIH, como colaboradoras equiparadas. La investigación que se realiza y financia en esta área debe incluir una justificación de por qué el tema de estudio es importante para las mujeres que viven con el VIH.

Es necesario trabajar para garantizar que los derechos humanos se integren de manera activa y efectiva en la planificación de los servicios de salud y la prestación de asistencia sanitaria. De manera similar, los investigadores de SDR deberían tratar de incorporar las consideraciones referentes a los derechos humanos y las medidas de resultado asociadas en sus diseños de estudio y deberían asegurarse de que el lenguaje que usan sea apropiado para el contexto de SDR.

La investigación sobre cuestiones de investigación más amplias debe incluir a mujeres que viven con el VIH en la población del estudio, y debe presentar análisis de subgrupos para mostrar la especificidad de los hallazgos para este grupo. Por ejemplo, la agenda más amplia de investigación sobre la prevención de la violencia, incluido el estigma, podría examinar el papel del VIH en poblaciones marginadas, como las trabajadoras sexuales, sin centrarse exclusivamente en el VIH. Estos vínculos pueden proporcionar ideas importantes para acciones futuras para todas las mujeres, no solo para aquellas que viven con VIH.

La investigación debe ser respetuosa de las situaciones únicas de los participantes. Por ejemplo, las consideraciones clave para realizar investigaciones con mujeres que han experimentado violencia se describen en la publicación de 2016, Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación de intervención sobre la violencia contra la mujer. Aprovechar las lecciones de la publicación de la OMS: *Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres* (171).

Un enfoque de investigación orientado a la acción que puede empoderar es la investigación-acción participativa (IAP). Las mujeres activistas del VIH han llamado a este compromiso respetuoso con las comunidades y que aprende de ellas "MIWA" (por su sigla en inglés): *participación significativa de las mujeres que viven con VIH y SIDA*. El enfoque adoptado en el desarrollo de esta guía y la participación de las comunidades de mujeres que viven con el VIH refleja una gran amplitud y profundidad de participación, y arroja resultados de investigación exhaustivos y comentarios positivos detallados que reconocen que es posible alcanzar los principios de participación, diversidad y ética de MIWA (40).

Adecuadamente facilitada, la IAP puede ayudar a cambiar la mentalidad y estimular el cambio (172). Una herramienta útil para planificar la IAP es la publicación de 2014, *Investigación de acción participativa en sistemas de salud: un lector de métodos* (172).

6.2.2 Diseño del estudio

Para aumentar la base de evidencia a la hora de hacer recomendaciones, los estudios deben aplicar el diseño más riguroso posible para responder la pregunta de investigación. Para preguntas sobre la efectividad de intervenciones particulares, se deben usar ensayos controlados aleatorios (ECA) y otros diseños comparativos. Sin embargo, para comprender lo que realmente se está evaluando en un ECA es fundamental contar con el contexto, para permitir una interpretación precisa de los resultados y para respaldar la potencial transferibilidad de los hallazgos a otras poblaciones o entornos. Por lo tanto, estos ensayos deben ir acompañados de la documentación pertinente del proceso cualitativo y cuantitativo debe acompañar estos ensayos.

Una mayor implementación de la ciencia y la investigación de demostración proporcionarían información sobre cómo implementar las prácticas recomendadas y cómo no implementarlas, además de abordar una amplia gama de otras preguntas de investigación potencialmente relevantes (173). La investigación debe diseñarse e implementarse no solo para responder preguntas de investigación pertinentes, sino también para facilitar una posible acción futura basada en los hallazgos de la investigación. Las preguntas de investigación y las discusiones sobre los hallazgos deben tener en cuenta los actores, contextos y recursos para una aplicación futura. Para abordar esto es fundamental adoptar de la investigación de implementación como un método válido para entregar resultados sólidos (174).

Los investigadores deben contextualizar su investigación dentro del rango de servicios de salud pertinentes ya existentes, recursos y actores, las relaciones entre los actores, y las distintas influencias a través del marco ecológico social que tal vez haya que abordar para facilitar resultados beneficiosos (175). Si bien no todos los estudios pueden abarcar todos los elementos de un tema, los estudios deberían esforzarse por considerar los elementos clínicos y conductuales de la SDRS y el VIH y, como mínimo, considerar las limitaciones de su trabajo si falta alguno de ellos. Al redactar la investigación, los autores deben describir todas las intervenciones y el contexto en el que operan, de modo que puedan transferirse a otros entornos, con las adaptaciones correspondientes según resulte necesario para garantizar la mayor probabilidad de éxito.

En los casos en que sea más apropiado utilizar diseños de estudio cualitativos o no comparativos para responder a una pregunta de investigación, los investigadores deberían ser explícitos sobre sus métodos para garantizar la robustez de sus resultados. Por ejemplo, se deben elucidar las bases teóricas, las hipótesis utilizadas, el nivel de compromiso del investigador, el enfoque de muestreo y las técnicas de análisis. Esto mejorará el rigor de los estudios y permitirá una traducción más fácil de los hallazgos en acciones efectivas.

Es importante que la investigación identifique los logros, las fortalezas y las plataformas sobre las cuales construir, así como los desafíos (38). Se deben utilizar enfoques y paradigmas basados en la fortaleza y los activos al planificar, realizar y analizar estudios de investigación (150). La Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (GVPS) mencionada en esta guía es un ejemplo de un enfoque positivo para comprender temas importantes de salud, tanto a través del liderazgo del estudio proveniente de la comunidad afectada como a través de encuestas que identifican prácticas positivas que se pueden aprovechar para nuevas medidas (37).

6.2.3 Financiamiento

Una de las razones por las que la base de evidencia sobre las mujeres que viven con el VIH es limitada es que estas mujeres a menudo no participan en la investigación, quedando excluidas. Para construir la base de evidencia es importante desalentar el uso del estado VIH-positivo como criterio de exclusión de la participación en el estudio. Los financiadores deberían asegurarse de apoyar estudios que incluyan mujeres que viven con el VIH y que aceptan participar voluntariamente. Deben garantizar que estas mujeres reciban apoyo para ayudarles a comprender la investigación y que se les devuelvan los resultados de la investigación a quienes participaron. Además, cuando se involucra de manera significativa a las comunidades de mujeres que viven con el VIH se debe reconocer y atender la precariedad financiera que enfrentan muchas de estas mujeres, ya que a menudo no se compensa su tiempo y dedicación.

Capítulo 7. Difusión, aplicabilidad y actualización de la directriz y las recomendaciones

7.1 Difusión

Esta guía estará disponible en línea para su descarga y también como publicación impresa. Las versiones en línea estarán disponibles a través de los sitios web del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS (RHR) y el Departamento de VIH/SIDA y de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (RHL).⁵ Se distribuirán versiones impresas a las oficinas regionales y nacionales de la OMS, los ministerios de salud y los asociados nacionales de control del SIDA, los centros colaboradores de la OMS, las ONG asociadas y asociaciones profesionales, y las comunidades de personas que viven con el VIH. Se organizarán reuniones técnicas juntamente con los Departamentos de RHR y VIH de la OMS para compartir las recomendaciones y los productos derivados, que incluirán herramientas de implementación para las nuevas recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas. Para la recomendación sobre la divulgación segura del estado serológico, por ejemplo, la OMS está desarrollando un módulo dirigido a prestadores de servicios de salud, en particular proveedores de servicios de asesoramiento y pruebas del VIH, para ayudar a las mujeres víctimas de violencia por parte de pareja íntima o que estén en riesgo de sufrirla a tomar decisiones sobre la divulgación que tengan en cuenta la seguridad. Este módulo deberá usarse junto con el manual clínico de la OMS *Atención médica para mujeres sometidas a violencia infligida por la pareja o violencia sexual*, que brinda una guía general de “cómo hacerlo” para los proveedores de atención médica que atiendan a mujeres que sufren violencia; se incluyen consejos prácticos y ayudas laborales (176). También se desarrollarán dos conjuntos de informes de pruebas, uno para formuladores de políticas y gerentes de programas y otro para profesionales de la salud, destacando las recomendaciones y cuestiones contextuales relacionadas con la implementación.

Si las finanzas lo permiten, los planes de difusión también incluirán informes y talleres con diferentes partes interesadas a nivel mundial y regional. Se espera que los planes detallados para el desarrollo de los resúmenes de evidencia y las herramientas de implementación, así como la disseminación e implementación de la directriz, se formulen en colaboración con los socios implementadores, los actores nacionales y las comunidades de mujeres que viven con VIH, y permitirán productos derivados que se adaptarán a las necesidades en diferentes contextos nacionales.

El resumen ejecutivo y las recomendaciones de esta publicación se traducirán a los seis idiomas de las Naciones Unidas para su difusión a través de las oficinas regionales de la OMS y durante reuniones organizadas o asistidas por personal de los departamentos de salud reproductiva y VIH de la OMS, entre otros.

La guía se lanzará en el sitio web del Departamento de RHR y en “HRP News”, el boletín electrónico mensual⁶. Actualmente, *HRP News* cuenta con más de 3000 suscriptores, incluidos clínicos, administradores de programas, responsables de políticas y usuarios de servicios de salud de todo el mundo. Esta guía también se compartirá a través de varias plataformas de intercambio de conocimientos, incluida la iniciativa Implementación de mejores prácticas (IBP), por su sigla en inglés⁷ y en el sitio web del *Grupo de trabajo interinstitucional sobre vínculos de SSR y VIH*,⁸ ambos grupos llegan a socios clave que trabajan en el campo de SDRS y VIH. Además, se publicarán una serie de artículos en los que se presentarán las revisiones sistemáticas y bibliográficas realizadas para la elaboración de esta directriz (ver Anexo 4) y se presentarán las recomendaciones y consideraciones clave de implementación, de conformidad con las políticas de acceso abierto y de derechos de autor de la OMS.

5. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/en/>

6. Por favor, consulte la página “What’s new?” de la página web de RHR/HRP, donde hay un enlace para suscribirse a HRP News: <http://www.who.int/reproductivehealth/news/en/>

7. Por más información, véase: <http://www.ibpinitiative.org/>

8. Por más información, véase: <http://srhhivlinkages.org/>

In addition, a number of articles will be published presenting the systematic and literature reviews that were conducted for the development of this guideline (see Annex 4) and presenting the recommendations and key implementation considerations, in compliance with WHO's open access and copyright policies.

En un esfuerzo por aumentar la difusión de las directrices de la OMS sobre la SDRS, el Departamento de RHR ha creado y lanzado recientemente una función de búsqueda con la capacidad de buscar en la base de datos las directrices y recomendaciones de la OMS. Las recomendaciones de esta guía estarán disponibles a través de esta nueva función de búsqueda.⁹

7.2 Aplicabilidad

7.2.1 Impacto previsto de la directriz

La implementación efectiva de las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas en esta guía probablemente requerirá una reorganización de la atención y la redistribución de los recursos de atención médica, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM). A continuación, se enumeran posibles barreras a la implementación:

- falta de recursos humanos con la experiencia y las habilidades necesarias para implementar, supervisar y respaldar las prácticas recomendadas, incluida la orientación al cliente;
- falta de infraestructura para apoyar la intervención;
- falta de espacio físico para realizar consejería individual o grupal;
- falta de recursos físicos, como equipos, kits de prueba, insumos, medicamentos y suplementos nutricionales;
- falta de mecanismos efectivos de derivación y servicios integrados de SSR/VIH y vías de atención para mujeres identificadas como que necesitan atención adicional (por ejemplo, para TB o malaria);
- falta de comprensión del valor de las intervenciones recientemente recomendadas entre los proveedores de servicios de salud y los administradores del sistema de salud;
- falta de sistemas de información de gestión de la salud (HMIS, por su sigla en inglés) diseñados para documentar y supervisar las prácticas recomendadas (por ejemplo, tarjetas de clientes, registros).

Dadas las posibles barreras mencionadas anteriormente, tal vez sea prudente utilizar un enfoque gradual para la adopción, adaptación e implementación de las recomendaciones de la guía. En la lista de consideraciones del Capítulo 5, sección 5.1 se han sugerido diversas estrategias para garantizar que efectivamente se hagan operativos el enfoque centrado en la mujer y los principios rectores de los derechos humanos y la igualdad de género que sustentan esta directriz, y para abordar estas barreras y facilitar la implementación.

7.2.2 Monitorización y evaluación del efecto de la directriz

Es fundamental que los sistemas de monitorización y evaluación (M y E) sean prácticos, no excesivamente complicados, y que recopilen información que sea actual, útil y se pueda aplicar fácilmente. La implementación y el impacto de estas recomendaciones serán monitorizadas en los servicios de salud, a nivel regional y nacional, siguiendo criterios e indicadores claramente definidos que estén asociados con objetivos acordados localmente, y con la participación de mujeres que viven con VIH, cuando sea posible.

La OMS y los organismos socios de la ONU han desarrollado marcos para monitorizar la atención médica y la respuesta del sistema de salud al VIH y a la SDRS en la población general y para las personas que viven con el VIH. En el Recuadro 7.1 se enumeran algunos ejemplos seleccionados de estos marcos, y cada uno de ellos recomienda un conjunto de indicadores o acciones a nivel nacional. Algunos también proporcionan indicadores o acciones recomendadas a nivel global, subnacional y comunitario. Estos indicadores evalúan factores clave relacionados con el entorno propicio; medir la disponibilidad, cobertura y calidad de intervenciones específicas; y examinar los resultados y los impactos de las intervenciones. Además, el Grupo de trabajo interinstitucional sobre SSR y VIH y varios expertos en M y E, que incluían representantes de países, donantes, organismos de las Naciones Unidas y la sociedad civil, emprendieron un proceso de colaboración para identificar y evaluar indicadores y herramientas existentes, y brindar recomendaciones para un compendio de indicadores que se puede utilizar para medir la integración y los vínculos de SSR y VIH en las políticas, los sistemas y la prestación de servicios, así como en los productos, resultados e impactos.

9. Disponible en: search.optimizemnh.org

Los resultados de este proceso se publicaron en 2014 en el *Compendio de vínculos de SSR y VIH: indicadores y herramientas de evaluación conexas (SRH and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools)* (177). Sobre la base de esto, se ha desarrollado el Índice de vínculos de SDRS y VIH, previéndose su publicación para 2017;¹⁰ este índice proporciona la primera puntuación compuesta que permite medir los avances del país hacia la vinculación de la SDRS y el VIH en 60 países utilizando 30 indicadores. El Índice se puede utilizar para respaldar la promoción a fin de mejorar los vínculos entre SDRS y VIH, para guiar la toma de decisiones para una programación centrada y para medir el progreso en los vínculos SDRS y VIH. Juntos, los indicadores miden qué tan bien está progresando un país para vincular/integrar SDRS y VIH, incluso para las personas que viven con el VIH.

En colaboración con los equipos de M y E de los departamentos de RHR y VIH de la OMS, se recopilarán datos sobre la aplicación de las recomendaciones a nivel nacional y regional para evaluar su impacto a corto y mediano plazo en las políticas nacionales de los distintos Estados Miembros de la OMS.

Recuadro 7.1: Marcos seleccionados para el seguimiento de la atención médica y la respuesta del sistema de salud al VIH y SDRS

Los marcos y la información adicional, incluidos los indicadores y acciones recomendadas, se pueden encontrar en las siguientes publicaciones:

- *Herramienta para establecer y monitorear los objetivos de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave, 2015 (178)*
- *Directrices consolidadas de información estratégica para el VIH en el sector de la salud, 2015 (179)*
- *Marco de monitorización y evaluación para el tratamiento antirretroviral para mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH y sus bebés (Monitoring & evaluation framework for antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women living with HIV and their infants - IATT Option B/B + M & E Framework), 2015 (180)*
- *Un instrumento para fortalecer los sistemas nacionales de monitorización y evaluación del VIH y la salud sexual y reproductiva (SSR) sensibles al género, 2016 (181)*
- *Garantizar los derechos humanos al proporcionar servicios anticonceptivos: guía de implementación, 2015 (30).*

7.3 Actualización de la directriz

De conformidad con el concepto de la red GREAT de la OMS (orientada por directrices, prioridades de investigación, síntesis de las evidencias, aplicación de evidencia y transferencia de conocimientos), que emplea un proceso sistemático y continuo para identificar y colmar las lagunas de evidencia tras la implementación de la directriz (182), esta directriz se actualizará a los cinco años de su publicación, a menos que surjan nuevas pruebas significativas que requieran una revisión previa. El Grupo Directivo de la OMS continuará siguiendo la evolución de la investigación en el área de SDRS de mujeres que viven con VIH, particularmente porque hay muchas áreas para las cuales no se encontraron pruebas o que están respaldadas por evidencia de baja calidad, donde puede estar justificado hacer nuevas recomendaciones o realizar algún cambio en la recomendación publicada, respectivamente. Toda preocupación sobre la validez de una recomendación se comunicará con prontitud, y se harán planes para actualizar la recomendación según sea necesario. Como la directriz se acerca al final del período de validez propuesto de cinco años, el oficial técnico responsable (u otro miembro del personal de la OMS designado), en conjunto con el Grupo Directivo de la OMS, evaluará la vigencia de las recomendaciones y la necesidad de nuevas orientaciones sobre el tema. Esto se logrará realizando un ejercicio de determinación del alcance entre las personas que viven con el VIH, expertos técnicos, profesionales de la salud e investigadores para identificar áreas controvertidas o prioritarias en las que se pueda necesitar una orientación más basada en la evidencia.

Todos los productos técnicos desarrollados durante el proceso de elaboración de esta guía, incluidos los informes completos de revisiones sistemáticas, estrategias de búsqueda y fechas de búsqueda correspondientes se archivarán en la carpeta compartida del departamento para referencia y uso futuros. Cuando haya dudas sobre la validez de una recomendación particular basada en nueva evidencia, se actualizará la revisión sistemática que aborda la pregunta principal. Para actualizar la revisión, se aplicará la estrategia de búsqueda utilizada para la revisión inicial, ya sea por el mismo equipo de revisión sistemática o por otro equipo si el equipo de revisión inicial ya no está disponible. Todas las

10. Pronto habrá información disponible en: toolkit.srhivlinkages.org

preguntas nuevas identificadas después del ejercicio de análisis al final de los cinco años se someterán a un proceso similar de recuperación de evidencia, síntesis y clasificación de acuerdo con las normas del *Manual para la elaboración de directrices de la OMS* (39).

El proceso de desarrollo de la directriz identificó un buen número de lagunas de conocimiento, que se destacan en el Capítulo 6 (Recuadro 6.1). La OMS tiene como objetivo desarrollar más instrumentos de orientación sobre temas que podrían promover la equidad, ser factibles de implementar y contribuir a las mejoras en materia de SDR de las mujeres que viven con VIH, de modo que se puedan incluir las recomendaciones apropiadas en una actualización futura de esta guía.

Bibliografía

1. Facts and figures: HIV and AIDS prevalence and new infections. In: UN Women [website]. 2017 (<http://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>, acceso el 3 de Febrero 2017).
2. Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works? Geneva: World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44378/1/9789241599863_eng.pdf, acceso el 3 de Marzo 2017).
3. Together we will end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/JC2296_UNAIDS_TogetherReport_2012_en.pdf, acceso el 3 de Marzo 2017).
4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 22 (2016) on the Right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2016 (E/C.12/GC/22; <https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>, acceso el 6 de Marzo 2017).
5. Loutfy M, Khosla R, Narasimhan M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20760. doi:10.7448/IAS.18.6.20760.
6. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. Geneva: WHO; 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
7. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
8. Bras M, Narasimhan M, Loutfy M, Khosla R (editors). Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20834/pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
9. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (<http://gradeworkinggroup.org/>, acceso el 6 de Marzo 2017).
10. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>, acceso el 3 de Marzo 2017).
11. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, acceso el 6 de Marzo 2017).
12. Carter AJ, Bourgeois S, O'Brien N, Abelsohn K, Tharao W, Greene S et al.; CHIWOS Research Team. Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic service delivery for women living with HIV/AIDS. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:17433. doi:10.7448/IAS.16.1.17433.
13. Dilmitis S, Edwards O, Hull B, Margolese S, Mason N, Namiba A et al. Language, identity and HIV: why do we keep talking about the responsible and responsive use of language? *Language matters. J Int AIDS Soc.* 2012;15(Suppl 2):17990. doi:10.7448/IAS.15.4.17990.
14. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations, Treaty Series. United Nations General Assembly; 1966;993:3 (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>, acceso el 20 de Febrero 2017).
15. General recommendations made by the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). New York (NY): United Nations; 2000–2009 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>, acceso el 2 de Marzo 2017).

16. Universal Declaration of Human Rights. New York (NY): United Nations General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, acceso el 20 de Febrero 2017).
17. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. In: Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5–13 September 1994). United Nations Population Information Network (POPIN), Population Division, Department of Economic and Social Affairs; 1994 (A/CONF.171/13; <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>, acceso el 4 de Enero 2017).
18. Sustainable development goals. In: United Nations Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2016 (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, acceso el 5 de Enero 2017).
19. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016–2030): Survive, Thrive, Transform. New York (NY): Every Woman Every Child; 2015 (http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
20. Khosla R, Van Belle N, Temmerman M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a review of UN, regional and national human rights norms and standards. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20280. doi:10.7448/IAS.18.6.20280.
21. Kumar S, Gruskin S, Khosla R, Narasimhan M. Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV – a literature review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20290. doi:10.7448/IAS.18.6.20290.
22. Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133327/1/9789241507745_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
23. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
24. Temmerman M, Khosla R, Say L. Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *Lancet.* 2014;384(9941):e30–e31. doi:10.1016/S0140-6736(14)61190-9.
25. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
26. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
27. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: a toolbox for examining laws, regulations and policies. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
28. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
29. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
30. World Health Organization (WHO). Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Geneva: United Nations Population Fund (UNFPA) and WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
31. Ensuring human rights within contraceptive programmes: a human rights analysis of existing quantitative indicators. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126799/1/9789241507493_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).

32. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf, acceso el 28 de Febrero 2017).
33. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems: legal and policy considerations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
34. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: health workers. United Nations; 2016 (http://hrbportal.org/wp-content/files/RGuide_HealthWorkers_WEB.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
35. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: health policy makers. United Nations; 2015 (http://hrbportal.org/wp-content/files/RGuide_HealthPolicyMakers.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
36. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: national human rights institutions. United Nations; 2015 (http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_NHRInsts.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
37. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M; Salamander Trust. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2016/09/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINALreport_190115.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
38. Narasimhan M, Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone T, Vazquez M. Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a global community survey. *Bull World Health Organ.* 2016;94(4):243–9. doi:10.2471/BLT.14.150912.
39. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145714/1/9789241548960_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
40. Namiba A, Orza L, Bewley S, Crone ET, Vazquez M, Welbourn A. Ethical, strategic and meaningful involvement of women living with HIV starts at the beginning. *J Virus Erad.* 2016;2(2):110–1. PMID:PMC4965241.
41. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S et al.; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2004;328(7454):1490. doi:10.1136/bmj.328.7454.1490.
42. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336(7650):924–6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
43. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation’s direction and strength. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(7):726–35. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.02.003.
44. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.

45. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group; 2013 (<http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>, acceso el 31 de Enero 2017).
46. The WHO Health Systems Framework. In: Health services development [website]. Manila: World Health Organization Western Pacific Region; 2017 (http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/, acceso el 6 de Marzo 2017).
47. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, acceso el 4 de Enero 2017).
48. Larson HJ, Bertozzi S, Piot P. Redesigning the AIDS response for long-term impact. *Bull World Health Organ.* 2011;89(11):846–52. doi:10.2471/BLT.11.087114.
49. Lowther K, Harding R, Ahmed A, Gikaara N, Ali Z, Kariuki H et al. Conducting experimental research in marginalised populations: clinical and methodological implications from a mixed-methods randomised controlled trial in Kenya. *AIDS Care.* 2016;28(Suppl 1):60–3. doi:10.1080/09540121.2016.1146214.
50. Niu L, Luo D, Liu Y, Silenzio VM, Xiao S. The mental health of people living with HIV in China, 1998–2014: a systematic review. *PLoS One.* 2016;11(4):e0153489. doi:10.1371/journal.pone.0153489.
51. Vo QT, Hoffman S, Nash D, El-Sadr WM, Tymejczyk OA, Gadisa T et al. Gender differences and psychosocial factors associated with quality of life among ART initiators in Oromia, Ethiopia. *AIDS Behav.* 2016;20:1682. doi:10.1007/s10461-016-1396-8.
52. Orza L, Bewley S, Logie CH, Crone ET, Moroz S, Strachan S, et al. How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20289. doi:10.7448/IAS.18.6.20289.
53. Psychosocial support. In: HIV/AIDS topics [website]. Geneva: World Health Organization; undated (<http://www.who.int/hiv/topics/psychosocial/support/en/>, acceso el 4 de Enero 2017).
54. Malary M, Khani S, Poursaghar M, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Biopsychosocial determinants of hypoactive sexual desire in women: a narrative review. *Mater Sociomed.* 2015;27(6):383–9. doi:10.5455/msm.2015.27.383-389.
55. EngenderHealth, GNP+, ICW, IPPF, UNAIDS, Young Positives. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of people living with HIV: a guidance package. Amsterdam: The Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+); 2009 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/guidance_package.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
56. Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reprod Health.* 2015;12:53. doi:10.1186/s12978-015-0032-9.
57. Beres LK, Narasimhan M, Robinson JL, Welbourn A, Kennedy CE. Non-specialist psychosocial support interventions with women living with HIV: a systematic review. *AIDS Care.* 2017 (under review).
58. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
59. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
60. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).

61. Chandra-Mouli V, Armstrong A, Amin A, Ferguson J. A pressing need to respond to the needs and sexual and reproductive health problems of adolescent girls living with HIV in low- and middle-income countries. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20297. doi:10.7448/IAS.18.6.20297.
62. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health.* 2015;56(1 Suppl): S7–14. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.011.
63. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kapphahn C, Collins KS. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health.* 1999;25(2):120–30.
64. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
65. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Global Strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf, acceso el 6 March 2017).
66. Additional sources of support. In: Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/page/Additional_sources_of_support, acceso el 6 de Marzo 2017).
67. Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners [online interactive tool]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>, acceso el 6 de Marzo 2017).
68. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf, acceso el 6 March 2017).
69. Narasimhan M, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters.* 2016;24(48):43–51. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001.
70. Chop E, Duggaraju A, Flignor A, Burke V, Caldas S, Yeh PT et al. Food insecurity, sexual risk behaviour and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int.* 2017 (under review).
71. HIV and social protection: guidance note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
72. Thematic segment: sexual and reproductive health services with HIV interventions in practice: background paper. 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, 22–24 June. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SRH_background_paper.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
73. Rapid assessment tool for sexual and reproductive health and HIV linkages: a generic guide. London: International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+), International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), Young Positives; 2009 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/rapidassessmenttoolsrhlinkages_2009_en.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
74. Preventing HIV and unintended pregnancies: strategic framework 2011–2015. The Inter-agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and their Children; 2012 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/HIV_and_unintended_pregnancies_SF_2011_2015.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).

75. Haberlen S, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE. Integration of family planning services into HIV care and treatment services: a systematic review. *Stud Family Plann.* 2017. doi:10.1111/sifp.12018.
76. Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ Open.* 2017 (in press).
77. Matheson R, Moses-Burton S, Hsieh AC, Dilmitis S, Happy M, Sinyemu E et al. Fundamental concerns of women living with HIV around the implementation of Option B+. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5): 20286. doi:10.7448/IAS.18.6.20286.
78. HIV and young people who inject drugs: technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
79. Thorne C, Semenenko I, Malyuta R. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000–10. *Addiction.* 2012;107:118–28.
80. United Nations Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989 entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49. New York (NY): United Nations; 1989 (A/Res/44/25; <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>, acceso el 6 de Marzo 2017).
81. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
82. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M et al. “Violence. Enough already”: findings from a global participatory survey among women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20285. doi:10.7448/IAS.18.6.20285.
83. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, García-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health.* 2014;104(5):e42–54. doi:10.2105/AJPH.2014.301909.
84. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
85. World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva: WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
86. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
87. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non- specialized health settings, version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
88. Sprague L, Voinova J, Ankiersztejn-Bartczak M, Chilcevschii I, Karatas S, Polyantsev P, Hovs J. HIV- related stigma: late testing, late treatment: a cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine. Copenhagen: HIV in Europe; 2011 (<http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Late%20Testing%20Late%20%20Treatment.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
89. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Hollan CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: have far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013; 16(3 Suppl 2):18734. doi:10.7448/IAS.16.3.18734.
90. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, The World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva: WHO; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, acceso el 6 de Marzo 2017).

91. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2): 18640. doi:10.7448/IAS.16.3.18640.
92. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
93. UNFPA operational guidance for comprehensive sexuality education: a focus on human rights and gender. New York (NY): United Nations Population Fund (UNFPA); 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf, acceso el 31 de Enero 2017).
94. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
95. Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses: guidance note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
96. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
97. Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape: prepared as background for the Expert Meeting on the Science and Law of Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission, Geneva, Switzerland, 31 August – 2 September 2011. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf, acceso el 2 de Marzo 2017).
98. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
99. Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic: information note. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2015 (<http://www.theglobalfund.org/en/applying/funding/resources/>, acceso el 6 de Marzo 2017).
100. Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: tool to improve responsiveness to women's needs. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf, acceso el 4 de Enero 2017).
101. Forsyth AD, Carey MP. Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: research challenges and recommendations. *Health Psychol.* 1998;17(6):559–68.
102. Overview: what is empowerment? In: PovertyNet [website]. Washington (DC): World Bank; 2016 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPowerment/0,contentMDK:20244572~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:486411,00.html>, acceso el 6 de Marzo 2017).
103. Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, Kennedy CE. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment around sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: a systematic review. *PLoS One.* 2017 (under review).
104. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf, acceso el 6 de Febrero 2017).

105. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731eng.pdf>, 6 de Marzo 2017).
106. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
107. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
108. Maman S, Medley A. Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates barriers and outcomes: a review paper. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42717/1/9241590734.pdf>, acceso el 4 de Enero 2017).
109. Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care*. 2008;20(10):1266–75. doi:10.1080/09540120801926977.
110. Medley A, García-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ*. 2004;82(4):299–307. PMID:PMC2585956.
111. Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18(6 Suppl 5):20292. doi:10.7448/IAS.18.6.20292.
112. Colombini M, James C, Ndwiga C, Mayhew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(1):20766. doi:10.7448/IAS.19.1.20766.
113. Timberlake S, Heywood M. Opening up the HIV/AIDS epidemic: guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling and appropriate use of HIV case-reporting. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2000 (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/Opening-E%5b1%5d.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
114. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
115. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/, acceso el 5 de Enero 2017).
116. Reproductive choices and family planning for people living with HIV: counselling tool. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43609/1/9241595132_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
117. Heffron R, Davies N, Cooke I, Kaida A, Mergler R, van der Poel S et al. A discussion of key values to inform the design and delivery of services for HIV-affected women and couples attempting pregnancy in resource-constrained settings. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 5):20272. doi:10.7448/IAS.18.6.20272.
118. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
119. Selected practice recommendations for contraceptive use, third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/, acceso el 5 de Enero 2017).

120. UNFPA, WHO and UNAIDS: Position statement on condoms and the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancy. In: UNAIDS Press centre [website]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention, acceso el 5 de Enero 2017).
121. Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement, 2010. World Health Organization, United Nations Population Fund, Family Health International; 2010, updated de Abril 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44383/1/9789241599900_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
122. ISO 4074:2014 Natural rubber latex male condoms: requirements and test methods. In: ISO Standards [website]. Geneva: International Organisation for Standardisation; 2014 (http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=59718, acceso el 6 de Marzo 2017).
123. Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use – 2015 update. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/WHO_MEC-wheel.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
124. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
125. Kennedy CE, Yeh PT, Pandey S, Betrán AP, Narasimhan M. Elective caesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS Care* (under review).
126. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Boston (MA) and Bethesda (MD): Harvard School of Public Health and University Research Co., LLC; 2010 (<http://www.urc-chs.com/resources/exploring-evidence-disrespect-and-abuse-facility-based-childbirth>, acceso el 6 de Marzo 2017).
127. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice – third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf>, acceso el 3 de Marzo 2017).
128. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
129. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf, acceso el 28 de Febrero 2017).
130. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
131. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
132. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
133. Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70917/3/9789241503679_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
134. Toolkit: expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B/B+. Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children (IATT), United Nations Children's Fund, World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/mtct/iatt_optionBplus_toolkit/en/, acceso el 6 de Marzo 2017).
135. Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).

136. Health worker roles in safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
137. Manski R, Dennis A, Blanchard K, Lince N, Grossman D. Bolstering the evidence base for integrating abortion and HIV care: a literature review. *AIDS Res Treat.* 2012;802389. doi:10.1155/2012/802389.
138. Saleem H, Kennedy CE, Ganatra B, Narasimhan M. Medical and surgical abortion for women living with HIV: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 (in press).
139. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/1/9241546263_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
140. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43116/1/9241592656.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
141. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246165/1/9789241549714-eng.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
142. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
143. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
144. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250693/1/9789241549875-eng.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
145. World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014; 89(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>, acceso el 27 de Febrero 2017).
146. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
147. Rao Gupta G, Whelan D, Allendorf K; International Center for Research on Women (ICRW). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: a review paper. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42599/1/9241590394.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
148. Framework on integrated people-centred health services: report by the Secretariat. Sixty Ninth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
149. HIV, universal health coverage and the post-2015 development agenda: a discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128120/1/9789241507530_eng.pdf, acceso el 27 de Febrero 2017).
150. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
151. Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: a framework for priority linkages. Geneva and New York (NY): World Health Organization, United Nations Population Fund, International Planned Parenthood Federation, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2005 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/priority_linkages_0.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
152. Integrated EMTCT commodities framework. Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV infection in Pregnant Women, Mothers and Children (IATT); 2017 (under review).
153. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).

154. SRH & HIV linkages resource pack. Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages; 2012 (<http://srhhivlinkages.org/>, acceso el 6 de Marzo 2017).
155. Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings: stepwise guidelines for programme planners, managers and services providers. New Delhi and New York (NY): International Planned Parenthood Federation (IPPF) South Asia Regional Office, United Nations Population Fund (UNFPA); 2004 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/integrating_hiv.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
156. Community-based distribution of contraceptives: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 1995 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41694/1/9241544759_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
157. Framework on integrated people-centred health services: an overview. World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf>, acceso el 5 de Enero 2017).
158. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2003 (CRC/GC/2003/4).
159. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York (NY): United Nations General Assembly; 2011.
160. HIV and young transgender people: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179866/1/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
161. Schneiders M. Values and preferences of transgender people: a qualitative study. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128119/1/WHO_HIV_2014.21_eng.pdf, acceso el 4 de Enero 2017).
162. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:214–22. doi:10.1016/S1473-3099(12)70315-8.
163. Feinberg L. Trans health crisis: for us it's life or death. *Am J Pub Health.* 2001;91(6):897–900.
164. Nemoto T, Operario D, Keatley J. Health and social services for male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *Int J Transgenderism.* 2005;8(2–3):5–19.
165. Garofalo R, Deleon J, Osmer E, Doll M, Harper GW. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender adolescents. *J Adolesc Health.* 2006;38:230–6.
166. Van Devanter N, Duncan A, Raveis VH, Birnbaum J, Burrell-Piggott T, Siegel K. Continued sexual risk behavior in African American and Latino male-to-female transgender adolescents living with HIV/AIDS: a case study. *J AIDS Clin Res.* 2011;(0):002 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3478681>, acceso el 6 de Marzo 2017).
167. Policy brief: Self-stigma among young men who have sex with men and transgender women and the linkages with HIV in Asia. Bangkok: Youth Voices Count; 2013.
168. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* 2008;12(1):1–17. doi:10.1007/s10461-007-9299-3.
169. Siegfried N, Narasimhan M, Kennedy C, Welbourn A, Yuvaraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – a methodological paper. *AIDS Care.* 2017 (in press).
170. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).

171. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251759/1/9789241510189-eng.pdf>, acceso el 20 de Febrero 2017).
172. Loewenson R, Laurell A, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader. Harare: Training and Research Support Centre (TARSC), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR), World Health Organization, International Development Research Centre (IDRC) Canada, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET); 2014 (<http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf>, acceso el 6 de Marzo 2017).
173. Peters DH, Tran NT, Adam T; Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization (WHO). Implementation research in health: a practical guide. Geneva: WHO; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91758/1/9789241506212_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
174. Implementation Research in HRP: Operationalizing the United Nations Secretary-General's Global Strategy for Women's and Children's Health. Briefing note. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75193/1/WHO_RHR_HRP_11.23_eng.pdf, acceso el 6 de Enero 2017).
175. Saleem H, Narasimhan M, Denison JA, Kennedy CE. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl 1):21331. doi:10.7448/IAS.20.2.21331.
176. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook (field testing version) Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf, acceso el 4 de Enero 2017).
177. The Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages. SRH and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools. International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund, World Health Organization; 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRH%20HIV%20Linkages%20Compendium_rev.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
178. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177992/1/9789241508995_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
179. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf, acceso el 6 de Marzo 2017).
180. Inter-agency Task Team (IATT) on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children. Monitoring & evaluation framework for antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women living with HIV and their infants (IATT Option B/B+ M&E Framework). New York (NY): United States Centres for Disease Control and Prevention (CDC), World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF); 2015 (<http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/05/IATT-Framework-May-2015.pdf>, acceso el 22 de Febrero 2017).
181. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251903/1/9789241510370-eng.pdf>, acceso el 5 de Enero 2017).
182. GREAT Network [website]. GREAT Network; 2017 (<http://greatnetworkglobal.org/>, acceso el 6 de Marzo 2017).

Anexo 1. Expertos externos y personal de la OMS involucrado en la preparación de esta directriz

Grupo de Dirección de Directrices de la OMS

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS (RHR) (Ginebra, Suiza)

Ian Askew

Director

Avni Amin

Oficial Técnico

Ana Pilar Betrán Lazaga

Oficial Médico

Nathalie Broutet

Oficial Médico

Mario Festin

Oficial Médico

Bela Ganatra

Científica

Claudia García Moreno

Oficial Médico

Rajat Khosla

Asesor en Derechos Humanos

James Kiarie

Coordinador

Natalie Maurer

Asistente

Manjulaa Narasimhan

Científico

Oficial técnico responsable y coordinador del proceso de formulación de directrices

Sheryl van der Poel

Oficial Médico

Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS (ALC) (Ginebra, Suiza)

John Beard

Director

Equipo de Género, Equidad y Derechos Humanos de la OMS (GER) (Ginebra, Suiza)

Rebekah Thomas Bosco

Oficial Técnico

Departamento de Salud Materna, Neonatal, Infantil y Adolescente de la OMS (MCA) (Ginebra, Suiza)

Joanna Vogel

Asesor Técnico

Departamento de Evidencia, Investigación y Acción en los Trastornos Mentales y Cerebrales de la OMS (MER) (Ginebra, Suiza)

Tarun Dua

Coordinador

Fahmy Hanna

Oficial Médico

Departamento de la OMS para el VIH/SIDA (Ginebra, Suiza)

Rachael Baggeley

Coordinador

Shaffiq Essajee

Oficial Médico

Oficina Regional de la OMS para África (Brazzaville, Congo)

Francoise Bigirimana

Oficial Médico – Prevención de la transmisión de la madre al hijo (PTMH)

Léopold Ouedraogo

Asesor en Salud Reproductiva

Oficina Regional de la OMS para las Américas/ Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Washington, DC, Estados Unidos de América)

Sonja Caffè

Asesora Regional de Salud Adolescente

Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Occidental (Cairo, Egipto)

Ramez Mahaini

Asesor Regional sobre Salud Reproductiva

Oficina Regional de la OMS para Europa (Copenhague, Dinamarca)

Gunta Lazdane

Gerente de Programa, Salud Sexual y Reproductiva
División de enfermedades no transmisibles y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida

Oficina Regional de la OMS para el Sudeste de Asia (Nueva Deli, India)

Razia Pendse

Asesor Regional sobre VIH

Guideline Development Group (GDG)

Co-Colaboradores: **Elizabeth Bukusi** y **Paul Van Look**

Pascale Allotey

Profesor de Salud Pública
Jefe de Salud Pública Global
Universidad Monash Malasia
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Bandar Sunway, Malasia

Elham Atalla

Doctora Responsable, Centro de Salud Al Hoorah Profesor Jefe, Royal College of Surgeons – Irlanda (RCSI) – Universidad de Medicina de Bahrain
Consultora de Medicina de Familia y Sexóloga Clínica, Centro de Salud Arad Ministerio de Salud
Dirección de Salud Pública y Primaria
Juffair, Reino de Bahrein

Susan Bewley

Profesora de Obstetricia Compleja
División de Salud de la Mujer
King's College Londres
Centro Académico para la Salud de la Mujer
King's Health Partners (KHP)
Londres, Reino Unido

Shalini Bharat

School of Health Systems Studies
Tata Institute of Social Sciences
Mumbai, India

Elizabeth Bukusi (CO-CHAIR)

Jefa de la Oficina de Investigación y Sub director (Investigación y Capacitación),
Instituto Keniata de Investigación Médica (KEMRI)
Co-Directora, Research Care Training Program (RCTP)
Centro para la Investigación Microbiológica
Nairobi, Kenia

Caroline Phiri Chibawe

Directora, Salud Materno Infantil
Ministerio de Salud
Lusaka, Zambia

Sophie Dilmitis

Consultora
Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH
Harare, Zimbabue

Raoul Fransen-dos Santos

Asesor Jefe de Políticas
Apoyo Internacional a la Sociedad Civil
Ámsterdam, Países Bajos

Selma Hajri

Consultora
Red Africana para el Aborto Médico (ANMA)
Túnez, Túnez

Maurice Hiza

Coordinador Nacional de Planificación Familiar
Sección de Salud Reproductiva y del Niño
Ministerio de Salud y Bienestar Social
Dar es Salaam, República Unida de Tanzania

Mona Loutfy

Instituto de Investigación del Women's College
Hospital Women's College
Universidad de Toronto
Toronto, Canadá

Chisale Mhango

Miembro del cuerpo docente
Colegio Real de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina
Blantyre, Malawi

Glen Mola

Especialista en Sistemas Sanitarios
Facultad de Medicina y Servicios de Salud
Boroko, Papúa Nueva Guinea

Rejoice Nkambule

Sub Director
Servicios de Salud Pública
Ministerio de Salud
Mbabane, Reino de Suazilandia

Vera Paiva

Profesor de Enfermedades Infecciosas
Universidad de São Paulo
Instituto de Psicología (PST) y Grupo Interdisciplinario
para la Prevención del SIDA (NEPAIDS)
São Paulo, Brasil

Quach Thi Thu Trang

Investigadora Jefe
Coordinadora del Programa contra la Violencia de Género
Centro para Iniciativas Creativas en Salud y Población
(CCIHP)
Ha Noi, Viet Nam

Paul Van Look (CO-CHAIR)

Consultor Independiente
Val d'Illeiez, Suiza

Alice Welbourn

Directora Fundadora
Salamander Trust
Londres, Reino Unido

Anandi Yuvaraj

Consultor Independiente
Activista de Salud Comunitaria – Género, Salud Sexual y
Reproductiva y VIH
Nueva Delhi, India

Equipo de la Revisión Sistemática**Caitlin Kennedy**

Profesora Agregada
Escuela de Salud Pública Bloomberg - Johns Hopkins
Universidad Johns Hopkins
Baltimore, Estados Unidos de América (EUA)

Metodología**Nandi Siegfried**

Epidemióloga Clínica
Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Grupo de Revisión Externo (GRE)**Georgina Caswell**

Asesora del Programa Regional: Link Up (África)
Alianza Internacional contra VIH/SIDA
Brighton, Reino Unido

Eli Coleman

Director del Programa sobre Sexualidad Humana
Universidad de Minnesota
Minneapolis, EUA

Tyler Crone

Co-Fundador y Director
Red ATHENA
Seattle, EUA

Cecilia Chung

Co-Directora
Red Global de Personas que Viven con VIH
San Francisco, EUA

Faysal El-Kak

Miembro de la Junta Directiva, Federación Internacional
de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
Universidad Americana de Beirut
Beirut, Líbano

Asha George

Cátedra de Investigación sobre Sistemas de Salud
Sudafricana,
Complejidad y Cambio Social
Universidad del Cabo Occidental
Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Quarraisha Abdool Karim

Profesora de Epidemiología Clínica
Directora Científica Asociada
Centro para la Investigación del SIDA en Sudáfrica
(CAPRISA)
Durban, Sudáfrica

Robert Leke

Presidente de la Sociedad FIGO de Camerún
Universidad de Yaoundé
Yaoundé, Camerún

Svetlana Moroz

Directora
Red Eurasiática de Mujeres contra el SIDA
Kiev, Ucrania

Nelly Mugo

Directora Asistente
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Nacional Keniata
Instituto Keniata de Investigación Médica (KEMRI)
Nairobi, Kenia

Wanjiru Mukoma

Project Lead
LVCT Health
Nairobi, Kenia

Hajjarah Nagadya

Directora
Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH
para África Oriental (ICWEA)
Entebbe, Uganda

Francis Ndowa

Consultor
Hospital Central de Harare - Dirección
Harare, Zimbabue

L'Orangelis Thomas Negrón

Director
Red de Jóvenes Positivos de América Latina y el Caribe
Ciudad de Panamá, Panamá

Eugene Ngoga

Presidente de la Sociedad FIGO Ruanda
Colegio de Medicina y Ciencias de la Salud
Escuela de Salud Pública
Universidad de Ruanda
Kigali, Ruanda

Hironi Obara

Asesor de Política de Salud
Centro Nacional para la Salud Mundial y la Medicina
Tokio, Japón

Hamid Rushwan

Director General
FIGO
Jartum, Sudán

Aditi Sharma

Director
Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH
Nueva Delhi, India

Martha Tholanah

Director
Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH
Harare, Zimbabue

Ruth Morgan Thomas

Co-Coordinadora del Grupo Asesor de ONUSIDA en
materia de VIH y trabajo sexual
Red global de proyectos de trabajo sexual (NSWP)
Londres, Reino Unido

Rita Wahab

Directora
Mujeres que viven con el VIH en Medio Oriente (MENA
Rosa)
Beirut, Líbano

Socios externos

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Luisa Cabal

Directora Jefe, Derechos Humanos y Derecho
Ginebra, Suiza

Malayah Harper

Directora Jefe, División de Equidad de Género y
Diversidad
Ginebra, Suiza

Karusa Kiragu

Asesor Jefe
Ginebra, Suiza

Chris Mallouris

Asesor de Movilización de la Comunidad
Ginebra, Suiza

Hege Wagan

Asesor en Materia de Género
Ginebra, Suiza

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Lynn Collins

Asesor Técnico en materia de VIH
Nueva York, EUA

Petra ten Hoop-Bender

Asesora Técnica en materia de Salud Sexual y
Reproductiva,
Ginebra, Suiza

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) Oficina Mundial de la Salud, Oficina de Población y Salud Reproductiva

Shawn Malarcher

Asesor Jefe de Utilización de Mejores Prácticas
Washington, DC, EUA

Nithya Mani

Asesor de Salud Pública y VIH
Washington, DC, EUA

Jennifer Mason

Asesor Jefe de Planificación Familiar/Integración del VIH
Washington, DC, EUA

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)

Lucinda O'Hanlon

Asesora de los Derechos de la Mujer
Sección de Género y Derechos de la Mujer
Ginebra, Suiza

Fondo Mundial para luchar contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria

Kate Thomson

Jefe del Hub Comunidad, Derechos y Género y
Sociedad Civil
Ginebra, Suiza

Personal y consultores de la OMS

Consultores de la OMS (investigación, redacción, coordinación)

Laura Beres

Universidad Johns Hopkins
Baltimore, EUA

Elizabeth McGroary

Consultor Independiente
Nueva York, EUA

Luisa Orza

Red ATHENA
Brighton, Reino Unido

Sofia Gruskin and Shubha Kumar

Instituto para la Salud Global
Universidad de Southern California
Los Angeles, EUA

Comité de Examen de las Directrices (CED) de la OMS Secretaría

Philippa Easterbrook

Susan Norris

Charles Penn
Ginebra, Suiza

Apoyo administrativo y de Comunicaciones de la OMS

Catherine Hamill

Natalie Maurer

Christine Meynent

Lizzy Noble

Jane Werunga-Ndanareh

Ginebra, Suiza

Apoyo de comunicaciones externo

Christel Chater, diseño y maquetación

Jane Patten, edición técnica y de texto
Green Ink, Reino Unido (www.greenink.co.uk)

Anexo 2. Resumen de las declaraciones de interés de los integrantes del Grupo de Formulación de la Directriz (GFD) y cómo se las gestionó

Nombre	Especialidad	Declaración de interés	Conflicto de interés y gestión
Integrantes del GFD			
Prof. Pascale Allotey	Partería, asistencia clínica, ciencia de implementación, salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR), VIH, migración, conflicto y salud, investigación sobre implementación, sistemas de salud, investigación, género y equidad	Ninguna declarada	No corresponde
Dr Elham Atalla	Sexóloga clínica, salud sexual, salud de la mujer, políticas, trastornos mentales y del comportamiento de las poblaciones vulnerables, incluidas las mujeres que viven con el VIH	Ninguna declarada	No corresponde
Dr Susan Bewley	Académica, obstetra, orientación normativa, investigación, violencia durante el embarazo, salud materna, VIH, asistencia clínica	Asesoró sobre la elaboración de la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (GVPS)	El conflicto no fue considerado lo suficientemente serio como para afectar la membresía en el GFD o su participación en la Consulta Técnica.
Prof. Shalini Bharat	Investigación en ciencias sociales, VIH/SIDA, estigma, discriminación, impulsores sociales del VIH, salud de la mujer, vulnerabilidades sanitarias	Ninguna declarada	No corresponde
Prof. Elizabeth Bukusi	Infecciones de transmisión sexual (ITS), salud reproductiva, prevención del VIH, programas para jóvenes, capacitación, investigación socio-conductual, biomédica y de implementación	Ninguna declarada	No corresponde
Dr Caroline Phiri Chibawe	Especialista en salud pública, salud maternoinfantil, clínica especialista en VIH, investigación de implementación, comunicaciones y promoción de derechos, planificación familiar	Ninguna declarada	No corresponde
Ms Sophie Dilmitis	Mujer que vive con VIH, promoción de derechos, SDSR/VIH, capacitación comunitaria, educación sexual integral, programas para jóvenes	Financiado por el Fondo Women4Global Grupo de revisión de acceso a tratamiento mundial de ONU Mujeres; financiado a través de ONUSIDA para el Grupo de Trabajo	El conflicto no fue considerado suficientemente serio como para afectar su membresía en el GFD o su participación en la Consulta Técnica.

Nombre	Especialidad	Declaración de interés	Conflicto de interés y gestión
Dr Raoul Fransen-dos Santos	Asesor de políticas, sociedad civil, persona que vive con el VIH, VIH/SDSR, salud pública, terapia antirretroviral (ART), promoción de derechos	Ninguna declarada	No corresponde
Dr Selma Hajri	Anticoncepción/planificación familiar, aborto, envejecimiento/salud de la mujer posmenopáusica, orientación normativa, política nacional, SDSR, promoción de derechos	Ninguna declarada	No corresponde
Dr Maurice Hiza	Política, salud materna, planificación familiar, VIH/SIDA, investigación de implementación	Ninguna declarada	No corresponde
Dr Mona Loutfy	SSR, estigma y acceso a la atención de mujeres que viven con VIH, médico clínico especialista en VIH, trabajo con comunidades de mujeres desatendidas, incluidas mujeres que viven con el VIH en poblaciones rurales e indígenas, política nacional	Ninguna declarada	No corresponde
Dr Chisale Mhango	Obstetricia y ginecología, SDSR, salud materna	Ninguna declarada	No corresponde
Prof. Glen Mola	Obstetricia y ginecología, sistemas de salud, violencia contra las mujeres, VIH	Ninguna declarada	No corresponde
Dr Rejoice Nkambule	Política nacional, atención primaria, VIH/SIDA, incluida la prevención del VIH, prevención de la transmisión vertical, programas de TAR, educación, capacitación y asesoramiento, vínculos SDSR/VIH y tuberculosis (TB)	Ninguna declarada	No corresponde
Prof. Vera Paiva	SDSR/VIH, salud mental, psicología, investigadora, asesora de políticas, intervenciones comunitarias, programas para jóvenes, ciencia de implementación	Ninguna declarada	No corresponde
Ms Quach Thi Thu Trang	Violencia de género (VBG), género, sexualidad, salud reproductiva, investigación, monitorización y evaluación (M y E), capacitación, médica clínica, trabajo con minorías y poblaciones vulnerables, incluidas personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) que viven con VIH	Ninguna declarada	No corresponde
Prof. Paul Van Look	Investigación, SDSR, política, vínculos de SSR/VIH, director del programa	Ninguna declarada	No corresponde
Prof. Alice Welbourn	Mujer que vive con VIH, SDSR, VIH, participación comunitaria, violencia de pareja íntima, comunicación, promoción de derechos, investigación	Recibió fondos a través de Salamander Trust para dirigir la GVPS pero no recibió honorarios personales por este trabajo.	El conflicto no fue considerado suficientemente serio como para afectar su membresía en el GFD o su participación en la Consulta Técnica.

Nombre	Especialidad	Declaración de interés	Conflicto de interés y gestión
Dr Anandi Yuvaraj	Mujer que vive con el VIH, VBG, prevención del VIH, comunidad y salud pública, defensoría y comunicación, recursos humanos y financieros para la salud	Ninguna declarada	No corresponde

Consultores que asistieron a la reunión del GFD

Dr Caitlin Kennedy	Revisiones sistemáticas, evidencia cualitativa, SSR y VIH	Principales revisiones sistemáticas	
Ms Laura Beres	Revisiones sistemáticas, evidencia cualitativa, SSR, VIH, salud comunitaria	Apoyo para revisiones sistemáticas	
Dr Nandi Siegfried	Metodóloga, epidemióloga clínica	Metodóloga de la directriz	

Anexo 3. Preguntas prioritarias y resultados de las intervenciones identificadas para esta directriz

PICO: P = Población; I = Intervención; C = Comparador; O = Resultados (Outcomes)

Preguntas PICO (P-I-C)	Resultados prioritarios (O)
<p>Pregunta PICO 1 ¿Qué intervenciones mejoran la autoeficacia y el empoderamiento en torno al sexo seguro y la toma de decisiones reproductivas para las mujeres que viven con el VIH?</p> <p>P: Mujeres que viven con el VIH (MVIH) I: Intervenciones para abordar los desequilibrios de género y poder y aumentar la autoeficacia y el empoderamiento en torno al sexo seguro y la toma de decisiones en materia de reproducción C: Ninguna intervención o estándar de cuidado</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoeficacia, empoderamiento u otra medida de la capacidad para tomar decisiones propias sobre sexo más seguro, interrupción del embarazo, espaciamiento de los nacimientos, maternidad y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva 2. Comportamientos en materia de salud sexual o reproductiva (uso del preservativo, uso de anticonceptivos, etc.) 3. Resultados de salud sexual o reproductiva (infecciones de transmisión sexual [ITS], embarazo, etc.)
<p>Pregunta PICO 2 ¿Qué intervenciones facilitan la revelación segura del estado de VIH a las mujeres que viven con el VIH que temen violencia o que revelan que actualmente están padeciendo violencia?</p> <p>P: MVIH que temen violencia o que revelan que actualmente están padeciendo violencia I: Intervenciones para facilitar la revelación segura del estado del VIH C: Ninguna intervención</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revelación del estado serológico 2. Violencia (física, sexual, emocional) 3. Miedo a sufrir violencia 4. Otros eventos adversos (disolución de la relación, abandono, pérdida de trabajo, pérdida de los hijos, pérdida de acceso a los servicios, etc.) 5. Resultados positivos (sentimientos de empoderamiento individual, seguridad, participación de la pareja, mejor salud física, atención del VIH y compromiso con el tratamiento, adherencia a la terapia antirretroviral, etc.)
<p>Pregunta PICO 3 ¿Qué modos de parto consiguen los mejores resultados maternos y perinatales para las mujeres que viven con el VIH?</p> <p>P: MVIH y sus hijos I: Cesárea electiva C: Otros modos de parto (cesárea no electiva, parto vaginal)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infección por VIH en niños nacidos de MVIH (eficacia de la prevención de la transmisión vertical) 2. Morbilidad y mortalidad entre las MVIH (incluye morbilidad febril, endometriosis, hemorragia o anemia severa, neumonía e infecciones del tracto urinario) 3. Morbilidad y mortalidad entre los bebés nacidos de MVIH (morbilidad respiratoria [síndrome de dificultad respiratoria y taquipnea transitoria del recién nacido] y laceraciones cutáneas) 4. Lactancia (éxito o tiempo de iniciación y continuación)
<p>Pregunta PICO 4 ¿Los resultados del aborto médico y quirúrgico en las mujeres que viven con el VIH difieren de los resultados en las mujeres no infectadas por el VIH?</p> <p>P: Mujeres que buscan un aborto I: Aborto con medicamentos entre MVIH C: Aborto con medicamentos entre mujeres no infectadas por el VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eficacia (aborto completo) 2. Eventos adversos graves (muerte, hospitalización, transfusión de sangre, etc.) 3. Otros efectos adversos y efectos secundarios (hemorragia que no requiere transfusión de sangre, vómitos, etc.) 4. Satisfacción de la paciente

Anexo 4. Revisiones sistemáticas y bibliográficas

Para cada revisión, el líder del equipo está indicado por un asterisco *

Revisiones sistemáticas realizadas para la elaboración de las nuevas declaraciones de buenas prácticas (DBP)

Apoyo psicosocial (NUEVA DBP A.1)

Beres LK, Narasimhan M, Robinson JL, Welbourn A, Kennedy CE*. Non-specialist psychosocial support interventions with women living with HIV: a systematic review. *AIDS Care*. 2017 (under review).

Sexualidad sana a lo largo de la vida (NUEVA DBP A.2)

Narasimhan M*, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters*. 2016;24(48):43–51. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001.

Empoderamiento económico y acceso a los recursos (NUEVA DBP A.3)

Chop E, Duggaraju A, Flignor A, Burke V, Caldas S, Yeh PT, Narasimhan M, Amin A, Kennedy C*. Food insecurity, sexual risk behaviour and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int*. 2017 (under review).

Integración de SDR y servicios de VIH (NUEVAS DBP A.4 y A.5)

Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M*. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ Open*. 2017 (in press).

Haberlen S, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE*. Integration of family planning services into HIV care and treatment services: a systematic review. *Stud Family Plann*. 2017. doi:10.1111/sifp.12018.

Revisiones sistemáticas realizadas para la elaboración de las nuevas recomendaciones (REC)

Empoderamiento y autoeficacia (NUEVA REC B.1)

Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, Kennedy CE*. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment around sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: a systematic review. *PLoS One*. 2017 (under review).

Evelación de seropositividad sin riesgos (NUEVAS REC B.4 y B.5)

Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M*. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(6 Suppl 5):20292. doi:10.7448/IAS.18.6.20292.

Cesárea (NUEVA REC B.22)

Kennedy CE*, Yeh PT, Pandey S, Betrán AP, Narasimhan M. Elective caesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS Care*. 2017 (under review).

Atención clínica de las mujeres que viven con VIH sometidas a aborto (NUEVAS REC B.30 y B.31)

Saleem H, Kennedy CE*, Ganatra B, Narasimhan M. Medical and surgical abortion for women living with HIV: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 (in press).

Revisiones bibliográficas y otros documentos preparados durante la elaboración de esta directriz

Revisiones bibliográficas sobre los derechos humanos:

Kumar S, Gruskin S*, Khosla R, Narasimhan M. Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV – a literature review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20290. doi:10.7448/IAS.18.6.20290.

Khosla R*, Van Belle N, Temmerman M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a review of UN, regional and national human rights norms and standards. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20280. doi:10.7448/IAS.18.6.20280.

Revisión bibliográfica sobre el enfoque social ecológico:

Saleem H, Narasimhan M*, Denison JA, Kennedy CE. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl 1):21331. doi:10.7448/IAS.20.2.21331.

Documento metodológico sobre el uso de GRADE:

Siegfried N*, Narasimhan M, Kennedy C, Welbourn A, Yuvaraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – a methodological paper. *AIDS Care.* 2017 (in press).

Anexo 5. Dictámenes del Grupo de formulación de directrices (GFD) sobre las nuevas recomendaciones

Recomendación	REC B.1	REC B.4	REC B.5
Intervención	Empoderamiento y autoeficacia	Revelación segura de la seropositividad	Revelación segura de la seropositividad
Certeza de la evidencia	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy alta	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy alta	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy alta
Valores y preferencias de las mujeres que viven con el VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Uso de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Equidad	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input type="checkbox"/> Favorece esta opción <input checked="" type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Aceptabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Factibilidad	<input type="checkbox"/> Favorece esta opción <input checked="" type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Balance de beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficios superan desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibrados <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficios superan desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibrados <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficios superan desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibrados <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios
Decisión del GFD	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> No recomendado	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> No recomendado	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> No recomendado

Recomendación	REC B.22	REC B.30	REC B.31
Intervención	Cesárea	Aborto sin riesgo	Aborto sin riesgo
Certeza de la evidencia	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy alta	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy alta	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy alta
Valores y preferencias de las mujeres que viven con el VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Favorece esta opción <input checked="" type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Equidad	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Aceptabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Factibilidad	<input type="checkbox"/> Favorece esta opción <input checked="" type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones	<input checked="" type="checkbox"/> Favorece esta opción <input type="checkbox"/> No favorece ésta ni otras opciones <input type="checkbox"/> Favorece otras opciones
Balance de beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficios superan desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibrados <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficios superan desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibrados <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficios superan desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibrados <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios
Decisión del GFD	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> No recomendado	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> No recomendado	<input type="checkbox"/> Recomendado <input checked="" type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> No recomendado

Para más información agradecemos contactar con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones

Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27
Switzerland

Fax: +41 22 791 4171

Email: reproductivehealth@who.int

Website: www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 354999 6



9 789243 549996