

# OBSERVACIONES DE POLICY

No. 5 • SEPTEMBER 2005

SOBRE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS

## La Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos para las Mujeres VIH-positivas

- *Por lo general, los planes de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos no se ajustan en forma satisfactoria a las necesidades de las mujeres VIH-positivas.*
- *Para alcanzar los objetivos de desarrollo internacional resulta imprescindible garantizar la disponibilidad de insumos anticonceptivos de las mujeres VIH-positivas, incluyendo la reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo.*
- *Las intervenciones que superan las barreras comunes a las que se enfrentan las mujeres VIH-positivas cuando acceden a la información y a los servicios de planificación familiar son fundamentales para elaborar un plan de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos que garantice el acceso para todas.*



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

*Observaciones de POLICY sobre planificación y finanzas, una serie de informes sobre políticas, presenta los hallazgos y las implicaciones de la investigación respaldada por POLICY. Esta serie tiene como objeto subrayar la importancia del desarrollo de un marco de políticas, que promueva un financiamiento apropiado y adecuado del programa a PF/SR y VIH/SIDA.*



# La Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos para las Mujeres VIH-positivas

*La disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA) se logrará cuando todas las personas puedan elegir, obtener y utilizar anticonceptivos y otros insumos esenciales relacionados con la salud reproductiva, cuando los requieran.*

## Introducción

DAIA se alcanza cuando los individuos tienen acceso garantizado al suministro ininterrumpido y a la combinación adecuada de insumos anticonceptivos y tienen acceso irrestricto a la información y a los servicios relacionados con dichos insumos. A medida que los países en vías de desarrollo luchan por lograr la seguridad anticonceptiva en medio de una creciente demanda de anticonceptivos (ver Cuadro 1), son más concientes del impacto que implica dirigir los recursos hacia grupos vulnerables y de su capacidad de garantizar un acceso equitativo para todos, inclusive para las mujeres VIH-positivas (ver Cuadro 2).

El hecho de satisfacer las necesidades de planificación familiar de las mujeres VIH-positivas es un componente fundamental de la lucha contra el VIH/SIDA y para alcanzar los objetivos de desarrollo internacional. Sin embargo, por lo general, los planes de la DAIA no se ajustan en forma satisfactoria a las necesidades especiales de las mujeres VIH-positivas. Entre los desafíos para alcanzar a este grupo marginal se incluye: una selección limitada de métodos anticonceptivos accesibles, falta de asesoramiento informado con respecto a las opciones anticonceptivas adecuadas, estigma y discriminación que dificultan su capacidad de acceso a la información y a los servicios de atención médica y barreras operativas que evitan

## CUADRO 1.

### La evolución del apoyo de los donantes para DAIA

Hasta hace poco tiempo, los donantes internacionales tenían, en gran medida, la responsabilidad de proporcionar suministros anticonceptivos a los países en vías de desarrollo. El hecho de proporcionar una guía para la adquisición, la coordinación de la logística, investigación y comercialización además de los productos anticonceptivos en sí mismos, los recursos externos han fomentado y sustentado la demanda de anticonceptivos y de otros suministros para la salud reproductiva en todo el mundo. Sin embargo, después de muchos años, el apoyo de los donantes a los países en vías de desarrollo es cada vez más “escalonado” y, actualmente, deben asumir la total responsabilidad para garantizar a sus ciudadanos un acceso seguro a los suministros, servicios de anticonceptivos y a la información.

## CUADRO 2.

### Cómo aplicar un enfoque de la DAIA para aumentar el acceso para los grupos vulnerables

La metodología de la Vía Estratégica para la Seguridad de Suministros de Salud Reproductiva (SPARHCS, por su sigla en inglés) es una herramienta destinada a evaluar exhaustivamente las barreras para la planificación familiar. Identificar y abordar estas barreras para tener acceso a los insumos, información y servicios de anticonceptivos es un paso fundamental para los países en vías de desarrollo que actualmente deben hacerse cargo de la DAIA de las crecientes poblaciones y de los grupos vulnerables emergentes como por ejemplo, los pobres, jóvenes y mujeres con diagnóstico de VIH-positivo. El VIH/SIDA afecta a mujeres de diferentes niveles (social, emocional, físico y económico). A través de la evaluación de temas específicos relacionados con la DAIA, tales como la capacidad humana e institucional, logística, política, servicio, entrega, demanda, finanzas y participación del sector privado, la SPARHCS puede ayudar a identificar y eliminar las barreras lo que, a la larga, conducirá a que los grupos vulnerables tengan un mayor acceso a la información.

que los profesionales de la salud proporcionen una atención médica efectiva. Si se logra que este grupo pueda acceder a la información, servicios e insumos relacionados con la planificación familiar puede tener un impacto significativo sobre la epidemia del VIH/SIDA y las intervenciones que superen

satisfactoriamente los desafíos pueden contribuir a alcanzar este objetivo.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, (WHO, por su sigla en inglés) identifica cuatro etapas de prevención de la transmisión perinatal del VIH en las que las mujeres necesitan apoyo: (1) prevención de la infección de VIH en mujeres, especialmente en mujeres jóvenes en edad reproductiva; (2) prevención de embarazos no planeados en mujeres VIH-positivas; (3) prevención de la transmisión de madre a hijo; y (4) apoyo a las madres VIH-positivas y a sus familiares (WHO, 2003). Un plan de la DAIA integral concuerda con el apoyo a las mujeres durante las cuatro etapas y puede tener un impacto

Esta emisión de *Observaciones de POLICY Sobre Planificación y Finanzas* fue elaborada por Margaret Hamilton con las sugerencias técnicas de Varuni Dayaratna, Anne Eckman, Suneeta Sharma, Carol Shepherd y William Winfrey. La autora quisiera agradecer a Bill Rau, consultor técnico y a Rose McCullough, Elizabeth Schoenecker, Mai Hijazi, y Diana Prieto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por su minuciosa revisión y constructivos comentarios. Sin embargo, los puntos de vista expresados en este documento no necesariamente reflejan aquellos de la USAID o del gobierno de EE.UU.

El Proyecto POLICY está financiado por la USAID bajo Contrato No. HRN-C-00-00-00006-00 y es implementado por Futures Group en colaboración con el Centre for Development and Population Activities (CEDPA), y el Research Triangle Institute (RTI).

directo sobre el éxito de las etapas dos y tres, disminuyendo las barreras a las que se enfrentan las mujeres VIH positivas para acceder a los insumos, servicios e información sobre planificación familiar (PF).

El objetivo de las Sesiones Especiales de la Asamblea General de la Naciones Unidas (UNGASS, por su sigla en inglés) con respecto a reducir la proporción de bebés infectados con VIH al 50 por ciento en 2010 no se podrá alcanzar si no se incluye la planificación familiar en las estrategias de salud nacionales e internacionales con el fin de reducir la cantidad de embarazos no planeados de mujeres VIH-positivas (Sweat, 2004). El Plan de Emergencia para la Mitigación del SIDA del Presidente de los Estados Unidos establece como objetivo evitar 7 millones de nuevas infecciones de VIH, inclusive aquellas evitadas a través de la Prevención de la Transmisión de Materno-Infantil (PTMI) del VIH. Una significativa reducción del índice de transmisión de madre a hijo del VIH se basa en que las mujeres VIH-positivas utilicen anticonceptivos para evitar embarazos no planeados, en el asesoramiento y pruebas del VIH, el asesoramiento sobre la alimentación del bebé, la terapia antiretroviral (ART) y el apoyo para que las mujeres VIH-positivas puedan tomar decisiones informadas sobre la reproducción. Dado que el suministro de servicios de PF a mujeres VIH-positivas puede causar un importante impacto sobre el logro de los objetivos de desarrollo, un plan de la DAIA que tenga en cuenta el acceso de las mujeres VIH-positivas a la información y servicios, además de acceder a los insumos de anticonceptivos, puede tener el más grande de los efectos.

En este informe se describe la importancia de garantizar la disponibilidad de insumos anticonceptivos para las mujeres VIH-positivas. Asimismo, revisa las barreras comunes a las que se enfrentan las mujeres VIH-positivas cuando intentan acceder a los servicios de PF<sup>1</sup> e ilustra las intervenciones que pueden aumentar la posibilidad de superar dichas barreras (ver Cuadro 3 en el que se muestra una síntesis de estas intervenciones).

### CUADRO 3. Intervenciones que promueven la DAIA para las mujeres VIH-positivas

#### Inclusión de los Actores e Claves Abogacía Política

- Incluir a las mujeres VIH-positivas en la planificación e iniciativas de la DAIA
- Incluir a los hombres en la planificación familiar para que las mujeres tengan mayor acceso y oportunidad de elección
- Movilizar a la sociedad civil para la defensa de las mujeres VIH-positivas
- Trabajar en conjunto con los líderes comunitarios

#### Reglamentación y Capacitación para los Profesionales de la Salud

- Ampliar las responsabilidades de los enfermeros y de los profesionales de la salud comunitarios a través de la formulación de políticas
- Reducir el estigma y la discriminación a través de los lineamientos y capacitación de los profesionales de la salud
- Incluir la planificación familiar y el VIH/SIDA en el programa de estudios informal de los profesionales de la salud

#### Coordinación del Programa de VIH/SIDA y de PF

- Incluir la planificación familiar en los servicios relacionados con el VIH, inclusive la detección y asesoramiento sobre VIH

### La Importancia de Garantizar la DAIA para las Mujeres VIH-positivas

#### Satisfacer las Necesidades de las Mujeres VIH-positivas Afecta el Desarrollo

La epidemia de VIH/SIDA golpea muy fuerte a las mujeres. La condición VIH-positiva de una mujer exacerba la existente desigualdad económica, social y jurídica (ICW, 2004a). La mujer no solo carece de los recursos y la influencia para protegerse a ella misma en forma adecuada con respecto a la infección del VIH, sino que también, por lo general, asume la responsabilidad de cuidar a familiares y miembros de la comunidad enfermos. El embarazo afecta significativamente a los cuerpos de las mujeres VIH-positivas y, en caso de que no se proporcione la atención y el asesoramiento médico adecuados, a veces, el VIH/SIDA puede avanzar. Al mismo tiempo, ante la falta de intervención, una mujer embarazada VIH-positiva tiene una probabilidad de 30 a 40 por ciento de transmitirle el virus al bebé durante el parto o durante la lactancia (Mitchell y col., 2004). Una estrategia de la DAIA que apoya la necesidad de las mujeres VIH-positivas a

acceder a una serie de servicios e información puede contribuir a la protección de la salud de las mujeres y de los bebés por igual.

La gran mayoría de las mujeres VIH-positivas se encuentran en plena edad reproductiva, entre 15 y 49 años. Los embarazos de las mujeres VIH-positivas pueden aumentar significativamente la cantidad de niños huérfanos y con enfermedades terminales, afectar aún más los recursos limitados de las familias y de los prestadores de servicios sociales de los países en vías de desarrollo. En la actualidad, en el mundo, hay más de 15 millones de huérfanos por el SIDA (de uno o ambos padres) (UNICEF y col., 2004). El costo emocional y económico para las comunidades, familiares y padre sobreviviente es terrible. Un plan de la DAIA que garantice el acceso a la información sobre planificación familiar y

<sup>1</sup> A pesar de que en este informe se plantean algunos de los asuntos a los que se deben enfrentar las mujeres VIH-positivas, no pretende ser una evaluación integral de los desafíos enfrentados por este grupo vulnerable. Este informe se concentra en aquellos temas directamente relacionados con la garantía de la seguridad anticonceptiva de las mujeres VIH-positivas como uno de los tantos grupos vulnerables a los que se les proporcionan recursos del gobierno.

VIH para todas las mujeres y sus parejas, tanto antes de que la mujer quede embarazada o durante la atención médica prenatal, puede contribuir a que una pareja tome decisiones con mayor información sobre el embarazo (pudiendo acceder a la profilaxis ART para la madre y el bebé) y el cuidado de los niños en caso de que fallezca uno o ambos padres.

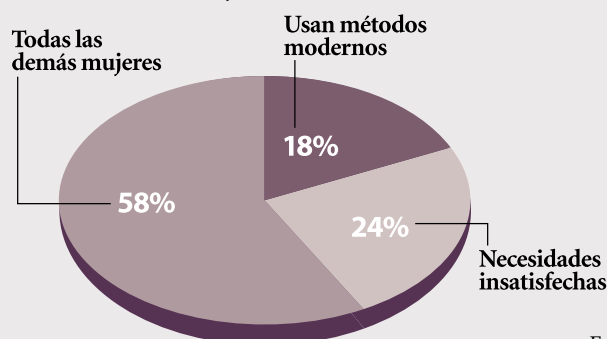
El hecho de que las mujeres VIH-positivas accedan a la planificación familiar también ofrece una serie de beneficios adicionales sobre el cuidado de la salud que van más allá de la prevención de la transmisión del virus al nonato. La aplicación adecuada y constante de la planificación familiar no sólo reduce la cantidad de niños que podrían infectarse con VIH a través de la transmisión de madre a hijo, sino que también facilita el espaciamiento de los nacimientos, evita el estrés que produce el embarazo en aquellas mujeres cuyos sistemas inmunológicos ya están comprometidos y disminuye la cantidad de posibles huérfanos relacionada con muertes por el SIDA. Los beneficios favorecen la salud de mujeres VIH-positivas que optan por evitar el embarazo así como aquellas que planifican el nacimiento de sus hijos.

### Cómo Garantizar el Acceso al Logro de Soportes de Planificación Familiar de los Objetivos de Desarrollo y a la PTMI Integrada

Dado el rol fundamental que juega la PTMI del VIH para lograr los objetivos del desarrollo internacional, especialmente aquellos objetivos establecidos por la UNGASS y por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos, las intervenciones de la PTMI y el hecho de satisfacer las necesidades de las mujeres VIH-positivas están generando mucho interés. El 13 por ciento de las nuevas infecciones producidas durante el 2003 en los 14 países que participan en la Iniciativa Internacional de Prevención de la Transmisión de Materno-Infantil del VIH de los Estados Unidos,<sup>2</sup> pueden atribuirse a la transmisión de madre a hijo (POLICY Project, 2005). El hecho de proporcionar planificación familiar en forma satisfactoria antes del embarazo y a través de los programas de PTMI puede influir potencialmente sobre varios indicadores de

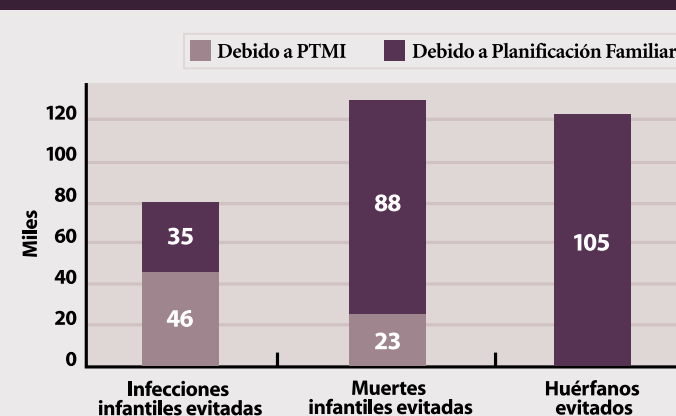
## FIGURA 1. Necesidades Insatisfechas entre las Mujeres Casadas en Edad Reproductiva

(Países de la Iniciativa Internacional Estadounidense de Prevención del VIH en Madres e Hijos)



Fuente: POLICY Project, 2005

## FIGURA 2. Beneficios de la Planificación Familiar y de los Servicios de PTMI en 14 Países con Alta Prevalencia de VIH en 2007



Fuente: POLICY Project, 2005

desarrollo claves, así como sobre los logros de los objetivos de desarrollo internacional relacionados con la disminución de la cantidad de niños infectados con VIH.

Una investigación realizada en los 14 países incluidos en la iniciativa estadounidense demuestra un alto grado de necesidades no abordadas con respecto a la planificación familiar. Entre las mujeres casadas en edad reproductiva, el 18 por ciento utiliza actualmente un método anticonceptivo moderno, mientras que el 24 por ciento desearía reducir o espaciar los nacimientos pero no utilizan anticonceptivos (ver Figura 1). Las evaluaciones sobre los

costos y beneficios que implicarían agregar servicios de PF a los programas de PTMI<sup>3</sup> en los 14 países indican que sólo la planificación familiar podría prevenir un cuarto de los nacimientos anuales de niños VIH-positivos a través de la prevención de embarazos no planeados; un gran paso para

<sup>2</sup> Los países que participan en la Iniciativa Internacional de Prevención de la Transmisión de Materno-Infantil del VIH de los Estados Unidos son: Botswana, Costa de Marfil, Etiopía, Guyana, Haití, Kenia, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, Sudáfrica, Zambia, Tanzania y Uganda.

<sup>3</sup> Los programas PTMI evaluados en este estudio incluyeron tratamientos sólo con nevarapina (NVP) o con zidovudina más nevirapina (AZT + NVP).

lograr los objetivos de las UNGASS (POLICY Project, 2005). Se llegó a la conclusión de que el creciente uso de anticonceptivos por parte de las mujeres VIH-positivas es, al menos, tan rentable como proporcionar profilaxis ART a las madres durante el embarazo y al recién nacido. Cuando las PTMI y la planificación familiar se proporcionan simultáneamente (ver Figura 2), aumenta significativamente el impacto sobre el índice de mortalidad de niños e infecciones y sobre la cantidad de huérfanos. Una mirada al impacto de haber agregado la planificación familiar en los 14 países, sugiere que la inclusión llevada a cabo por PTMI evitó 105,000 huérfanos como consecuencia de una menor cantidad de embarazos futuros entre las mujeres VIH-positivas, se salvó la vida de 12,000 madres gracias a la reducción de los riesgos producidos por el embarazo y el parto de mujeres VIH-positivas y el fallecimiento de 88,000 niños gracias a un mayor espaciamiento de los nacimientos (POLICY Project, 2005). A medida que los beneficios de la planificación familiar para las mujeres VIH-positivas son más claros y aumenta la conciencia sobre la importancia de la planificación familiar entre los legisladores, médicos y mujeres HIV-positivas, las personas encargadas de tomar decisiones, van a reconocer que es fundamental que las mujeres VIH-positivas tengan acceso a los anticonceptivos y a los servicios de PF.

Una consecuencia negativa que resulta de concentrarse únicamente en la PTMI es que se considera a las mujeres como vectores de transmisión del VIH. Como resultado de ello, con frecuencia, se le aconseja a la mujer VIH-positiva que no tenga hijos o que participe en programas de profilaxis ART para evitar la infección del bebé durante el parto (De Bruyn, 2002; ICW, 2004a). Ambos enfoques se concentran en preservar la salud del niño pero no la de la madre y no toman en cuenta el potencial deseo de concebir que pueda tener una mujer VIH-positiva. El hecho de proporcionar información y servicios sobre planificación familiar para evitar la transmisión de madre a hijo resulta una vía importante para aumentar la seguridad anticonceptiva de mujeres VIH-positivas, pero no satisface sus necesidades de planificación familiar. El aumento del

acceso a la información y servicios de PF tiene como objetivo prestar un servicio para todas las mujeres que desean tomar decisiones informadas sobre si quedar embarazadas o no, una decisión que debe ser una *elección* realizada entre la mujer misma y su pareja y al las mujeres que desean controlar o espaciar la cantidad de hijos. Respetar las elecciones sobre la reproducción de mujeres VIH-positivas y apoyar sus decisiones sobre PF/SR son condiciones previas a toda discusión sobre las alternativas de anticonceptivos.

## Las Mujeres VIH-Positivas deben Enfrentarse a Grandes Barreras

### Los Métodos Disponibles y Accesibles para las Mujeres VIH-Positivas son Limitados

Las mujeres VIH-positivas poseen necesidades especiales y las opciones de planificación familiar están limitadas por barreras sociales y económicas. La preferencia personal, religión, estado civil, disponibilidad y costo de la atención médica y de los

y la gran importancia que se le adjudica a la fertilidad y a las familias numerosas) continúan dificultando los variados intentos de las mujeres por utilizar métodos anticonceptivos en forma continua. Los hogares controlados por hombres no sólo aumentan la vulnerabilidad de las mujeres, limitando su capacidad para controlar la actividad sexual y los métodos anticonceptivos, sino que también afectan el acceso de las mujeres a la asistencia médica. En un estudio realizado en Zimbabwe a mujeres VIH-positivas, el 44 por ciento de las mujeres que respondieron dijeron que para solicitar tratamiento médico, en primer lugar debían pedirles permiso a sus esposos o a sus suegros. Además, muy pocas mujeres cuentan con dinero propio y es posible que al solicitar dinero a sus maridos para comprar anticonceptivos, éstos se nieguen. Estas limitaciones disminuyen el acceso a la información así como a los insumos.

El acceso a la información adecuada sobre las alternativas de métodos anticonceptivos se complica aún más por el hecho de que muchas mujeres no saben cuál es su condición respecto al VIH y prefieren no revelárselo al prestador de servicios médicos por temor a ser discriminadas. Un estudio realizado por el Proyecto POLICY en Kenia, detectó que las mujeres que conocen su condición de seroestatus y expresaron su deseo por obtener más información sobre los métodos de PF más adecuados, decidieron no revelar su condición al profesional de la salud por temor a ser discriminadas; de este modo limitan su acceso a la información específica acuerdo a las circunstancias (Gichuhi y col., 2004).

Resulta fundamental garantizar el acceso de las mujeres HIV-positivas a una variedad de métodos anticonceptivos. A pesar de que los métodos de barrera son efectivos en varios casos (para evitar embarazos no planeados y, por lo tanto, la transmisión al feto y a la pareja de la mujer así como una co-infección), sólo los condones son fáciles de conseguir en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Más aún, como consecuencia del relativamente alto índice de error del condón en la prevención del embarazo, la mayoría de los expertos recomiendan los métodos dobles (por ejemplo, el condón para la protección

## VOCES VIH-POSITIVAS

*“A mi esposo no le interesan [los condones]. Nunca quiso ni siquiera considerar esas cosas de plástico. Si me encontrara alguno, diría que me estoy comportando de manera promiscua...”*

~ Mujer VIH-positiva en Zimbabwe (Feldman y col., 2002)

insumos y su seroestatus son sólo algunos de los factores que pueden influir en la elección del método anticonceptivo de la mujer. A pesar de que el uso del método doble (el uso de un método de barrera junto con un método anticonceptivo secundario) y la abstinencia siguen siendo la mejor protección contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (STI, por su sigla en inglés), inclusive el VIH, una combinación de roles de género y factores sociales (por ejemplo, el control del hombre sobre la actividad sexual y el uso de anticonceptivos

del VIH junto con otro método más confiable para evitar el embarazo). Sin embargo, teniendo desabastecimientos, el costo y/o los prejuicios sociales y médicos, muchas mujeres se enfrentan a una cantidad limitada de métodos disponibles. Desde el momento en que la abstinencia o el uso constante y adecuado del condón no es una opción para la mujer VIH-positiva, dicha mujer aún debería contar con la opción de protegerse de un embarazo no planeado y de la posibilidad de la transmisión de madre a hijo del VIH. Por lo tanto, toda estrategia de la DAIA debe trabajar para garantizar el acceso a la información sobre los distintos métodos, la gama completa de servicios de PF y todos los insumos.

#### La Discriminación del Prestador Afecta el Comportamiento Relacionado con la Prestación y con la Búsqueda de Atención Médica

Los prejuicios y las convicciones del prestador pueden afectar la atención médica que reciba la paciente. Un aspecto fundamental del plan de la DAIA integral es la promulgación de políticas y programas que reduzcan el estigma y la discriminación de las mujeres VIH-positivas, permitiendo su acceso ilimitado a los servicios y atención médica a los que tienen derecho. Sin embargo, las intervenciones destinadas a modificar la conducta y las actitudes discriminatorias de los individuos y grupos son igualmente fundamentales. Los grupos de enfoque entre las mujeres HIV-positivas de Zimbabwe revelaron que casi la mitad de las mujeres de los grupos se sentía discriminada por los enfermeros. Ellas consideraban que la discriminación se originaba en el temor a infectarse y en las actitudes negativas y críticas por parte de los trabajadores de la salud. El temor a contagiarse el virus al prestar atención médica a mujeres VIH-positivas disminuye la disponibilidad de los procedimientos, tales como la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización voluntaria, que pueden ser opciones anticonceptivas importantes de acuerdo con la etapa de la infección.<sup>4</sup> Los profesionales de la salud de Zambia admitieron que el temor a contraer VIH es la razón por la que se

niegan a realizar ciertos procedimientos (Banda y col., 2004). Además, el grupo de atención de Zimbabwe reveló que los trabajadores de la salud consideraban que no había nada por hacer con la gente con VIH y que las intervenciones eran simplemente una pérdida de dinero, tiempo y medicamentos (Feldman y col., 2002). La discriminación adoptó muchas formas, desde la rudeza y violación de la confidencialidad hasta la negativa de tratar a mujeres VIH-positivas. Asimismo, se ha documentado la esterilización forzada de mujeres VIH-positivas. Entre los factores que hacen que los prestadores no ofrezcan asesoramiento,

### VOCES VIH-POSITIVAS

*“Tuve problemas con los enfermeros quienes me tomaron por una mujer de vida ligera y me decían en la cara que mi bebé moriría, mientras que solamente algunos trataron de consolarme diciéndome que existía la posibilidad de que mi bebé no muriera.”*

~ Mujer VIH-positiva en Zimbabwe (Feldman y col., 2002)

se incluye la falta de pautas, materiales y suministros de información, formación y comunicación (IEC, por su sigla en inglés), la vergüenza; y de actitudes críticas hacia las pacientes (Askew y Maggwa, 2002).

Los estudios realizados en Rwanda y en Zambia revelan que la mayoría de las mujeres VIH-positivas que no desean quedar embarazadas desconocen las opciones anticonceptivas adecuadas (Cates, 2001). Dicha falta de información puede originarse en el hecho de que a la mujer no se le explican los riesgos asociados con el embarazo, tanto para la madre como para el niño, en parte, porque habitualmente la sociedad desalienta a las mujeres VIH-positivas a que tengan relaciones sexuales y queden embarazadas. Estos prejuicios sociales dificultan el acceso de las mujeres a los conocimientos esenciales que les permitirían tomar una decisión informada.

África subsahariana tiene uno de los índices más altos de contagio infantil, aún así sólo el 5 por ciento de las mujeres

embarazadas de la región pueden acceder a los servicios de la PTMI (POLICY Project, 2004). Es posible que para evitar el estigma y la discriminación, las mujeres VIH-positivas o aquellas que no conocen su seroestatus, pero que han tenido relaciones de alto riesgo decidan directamente no asistir a las clínicas. Esto hace que pierdan una oportunidad importante para que los prestadores/ orientadores de la salud informen a las mujeres VIH-positivas sobre los riesgos que representa el embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento, la PTMI y las opciones de PF de modo que las mujeres puedan planificar su fertilidad de acuerdo con el contexto de su condición respecto al VIH. Además, es muy común que las mujeres VIH-positivas opten porque el bebé nazca en sus hogares y así evitar las críticas. En otros casos, los prestadores pueden negarse a que las mujeres VIH-positivas accedan a los servicios de parto por su condición y así impiden el acceso a los medicamentos ART esenciales para evitar la PTMI.

Un plan de la DAIA efectivo requiere que se reconozca que, a pesar de las presiones culturales a favor de la abstinencia, una mujer VIH-positiva puede seguir teniendo una vida sexualmente activa con el beneficio de la protección. Los estudios realizados en mujeres VIH-positivas demuestran que, a pesar de que el 70 por ciento es sexualmente activa, su método anticonceptivo efectivo es variable a tal punto que frecuentemente se producen embarazos no planeados (Mitchell y Stephens, 2004). Más aún, las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos a largo plazo, utilizan el condón en forma poco frecuente o discontinua. Las políticas y las intervenciones que minimizan el estigma y la discriminación y ayudan a las mujeres VIH-positivas a buscar y recibir la atención médica y la información necesarias para evitar un embarazo no planeado o para concebir en la medida que lo deseen, son fundamentales para lograr una estrategia integral de la DAIA.

<sup>4</sup> Para obtener más información sobre la selección de métodos anticonceptivos de acuerdo con la elegibilidad clínica, vea el informe “Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la OMS” en <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>.

### La Política Desafía el Acceso Limitado

Además de las prácticas médicas, las actitudes de los prestadores y las barreras médicas, las barreras de las políticas impiden que las mujeres VIH-positivas accedan a la planificación familiar. Estas barreras existen tanto a nivel nacional como operacional, pero pueden tratarse a través de un plan de la DAIA efectivo. En muchos países, las políticas operacionales contraproducentes restringen el tipo del personal autorizado para realizar ciertos procedimientos y de este modo limitan la disponibilidad de métodos. Por ejemplo, algunos países no permiten que los enfermeros inserten DIU. Dichas restricciones pueden conducir a una disponibilidad limitada de un método anticonceptivo a largo plazo para las mujeres.

Los casos de los que se tiene conocimiento demuestran que la presión política ha llevado a que muchos gobiernos destinen la ayuda financiera de las actividades de planificación familiar a las de VIH/SIDA, limitando aún más los recursos disponibles para volver a capacitar a los trabajadores de la salud actuales para que puedan prestar asesoramiento y otros servicios necesarios para garantizar la seguridad anticonceptiva de las mujeres VIH-positivas. La división de servicios basada en las fuentes de financiación puede obstaculizar la prestación de servicios integrales para todas las mujeres. No debe subestimarse la importancia de la programación integrada y del suministro de información sobre PF en el contexto del VIH/SIDA. Por ejemplo, las mujeres solicitando servicios de PTMI y muchas mujeres solicitando asesoramiento y pruebas de VIH y tratamiento antiretroviral son sexualmente activas y fértiles y pueden beneficiarse en gran medida con el asesoramiento adicional sobre planificación familiar y relaciones sexuales de alto riesgo (Strachan y col., 2004).

Un proceso de política exclusiva y verticalista cultiva un ambiente que no tiene en cuenta la representación de actores claves, teniendo como resultado las políticas ineficaces que no responden a las necesidades de los ciudadanos. El principio de 1994 de una Mayor Participación de las Personas que

Padecen VIH/SIDA (GIPA, por su sigla en inglés) tiene la meta de asegurar más participación de las personas que conviven con el VIH/SIDA (las PLHA, por su sigla en inglés) en todos los niveles de la política y de la toma de decisiones. Sin embargo, GIPA sigue siendo una meta evasiva. La Comunidad Internacional para las Mujeres que Conviven con VIH/SIDA (ICW, por su sigla en inglés) ha informado que las PLHA, especialmente las mujeres VIH-positivas, en general todavía no son incluidas en el proceso de formulación de políticas (ICW, 2004b).

### La Planificación Familiar no es una Prioridad en la Distribución de Recursos

La actual rivalidad entre las iniciativas para el VIH/SIDA y la PF con respecto a los recursos puede socavar los logros alcanzados por la seguridad anticonceptiva. El mensaje que surgió en la conferencia por el Llamado a la Acción en la Planificación familiar y VIH/SIDA para Mujeres y Niños celebrada en Gion en 2004, resaltó el fortalecimiento de los vínculos entre las actividades de PF y de VIH/SIDA para alcanzar los objetivos de desarrollo internacional; sin embargo, los casos de los que se tiene conocimiento surgieron de los países con alta prevalencia y revelan una tensión constante entre las iniciativas del VIH/SIDA y las de la PF con respecto a la rivalidad por los fondos y la atención. Tanto los recursos del país anfitrión como el aporte de fondos de los donantes continúan siendo para el VIH/SIDA, mientras que la planificación familiar, un aspecto esencial de la prevención, tiende a dejarse de lado. La descentralización de la atención sanitaria en muchos países, complica el aporte de fondos para actividades específicas de PF, ya que el dinero proveniente de estas actividades debe dedicarse a nivel de la clínica individual más que nacional. La emergencia de esquemas de canasta de fondos que aporta fondos para una cartera de actividades más amplia limita aún más la cantidad de dinero destinada a las actividades de PF.

La batalla interna entre los programas de VIH/SIDA y de PF también se extiende a otras áreas fundamentales, tal como la de recursos humanos. Los trabajadores calificados de una serie de campos están siguiendo de cerca los fondos para las posiciones relacionadas con el VIH/SIDA, dejando un vacío en los programas de PF. Como resultado de ello, las redistribuciones de personal por la programación del VIH/SIDA se están revirtiendo o están deteniendo los avances que varios países han logrado en los últimos años con respecto a la PF. Por ejemplo, en Kenia, la prevalencia de los anticonceptivos tuvo un aumento sostenido del 27 por ciento en 1989 al 39 por ciento en 1998, pero en 2003 se detuvo y permaneció en un 39 por ciento, mientras que el aporte de fondos para el VIH/SIDA aumentó (Central Bureau of Statistics y col., 2003). La rápida disminución del índice total de fertilidad (TFR, por su sigla en inglés) alcanzado por Kenia se detuvo y el índice tuvo un leve aumento del 4.7 en 1998 al 4.8 en 2003 (Central Bureau of Statistics y col., 2004). Mientras tanto, las encuestas continúan mostrando una necesidad insatisfecha de las mujeres kenianas quienes desean retrasar o limitar los futuros nacimientos, pero no están utilizando ningún método de PF (Gichuhi y col., 2004).

### Adoptando un Nuevo Enfoque

Un plan de la DAIA integral puede establecer la base para las políticas e iniciativas destinadas en forma efectiva a las mujeres VIH-positivas y que satisfacen sus necesidades. Implementadas a modo de paquete, las intervenciones descritas a continuación pueden apuntalar las iniciativas de la DAIA mientras que también proporcionan el apoyo adicional que las mujeres VIH-positivas necesitan en cada una de las etapas de la OMS sobre la prevención de transmisión perinatal del VIH. Las intervenciones se dividen en tres amplios criterios: inclusión de la abogacía política y de los actores claves; capacitación y reglamentación de los profesionales de la salud y la coordinación de programas de VIH/SIDA y de PF.

## 1. Intervenciones que Tratan la Inclusión de la Abogacía Política y de los Actores Claves

### *Cómo incluir a las mujeres VIH-positivas en las iniciativas y planificación de la DAIA*

El proceso inicial de planificación de la DAIA debería evaluar las necesidades de todas las partes interesadas, especialmente aquellas de las mujeres VIH-positivas y basarse en el testimonio directo de los subgrupos afectados. Los países como Ucrania que han incluido a las mujeres VIH-positivas en su proceso de planificación (ver Cuadro 4) en forma activa, aumentan sobremedida la posibilidad de que su estrategia de la DAIA cumpla con las necesidades de los grupos vulnerables.

Todas las etapas del esfuerzo de planificación de la DAIA, incluyendo los componentes de pronóstico y obtención deberían reflejar las necesidades de las mujeres VIH-positivas. Una vez que la provisión de anticonceptivos y de otros insumos relacionados con la salud reproductiva trata las necesidades de los grupos vulnerables, se requerirá una mayor cantidad de estos insumos para satisfacer la demanda. Por ejemplo, la cantidad estimada de condones se duplicó cuando Kenia incluyó a los condones en la prevención del VIH, además de utilizarlos para la planificación familiar (Kenya Ministry of Health, 2002). La incidencia de las iniciativas de la DAIA en la provisión también debe reflejarse en la adquisición. Por ejemplo, si el mensaje de la doble protección se difunde en mayor medida y el asesoramiento sobre PF se integra aún más con el asesoramiento sobre el VIH y con las pruebas del VIH/SIDA, la demanda del condón se incrementará aún más.

### *Cómo incluir a los hombres en la planificación familiar como medio para incrementar el acceso y elección para las mujeres*

Dados los roles sociales y de género de muchas culturas, con frecuencia, las mujeres carecen del poder para tomar decisiones sobre los métodos anticonceptivos o aún más, si incorporarán o no anticonceptivos. Las intervenciones que abren los canales de comunicación entre la pareja aumentan

## CUADRO 4. Ucrania insta la participación de mujeres VIH-positivas en la estrategia de SA

Ucrania, que tiene el segundo índice más alto de prevalencia del VIH en Europa Oriental, ha invertido una gran cantidad de recursos en estudios sobre las políticas existentes y otras áreas de preocupación. Los estudios están contribuyendo en gran medida con el proceso de planificación de la DAIA del país. Las investigaciones prácticas de las controversias de los actores claves, incluyendo grupos vulnerables tales como mujeres VIH-positivas, aumentan la posibilidad de que la estrategia de la DAIA ucraniana mejorará el acceso para todos.

Una investigación bien realizada informa el desarrollo de un Nuevo Programa Nacional de Salud Reproductiva 2006-2015. Como consecuencia de la investigación se elaboró una guía integral titulada “Superar Barreras Operativas a la Salud Reproductiva en Ucrania” (POLICY Project y col., 2003) y un estudio que evalúa en qué medida las mujeres VIH-positivas pueden acceder a los servicios de SR de alta calidad y la protección de sus derechos en Ucrania (Ukrainian Institute for Social Research y col., 2004).

## CUADRO 5. Suazilandia aboga por la participación de las PLHA

El Programa Regional del VIH/SIDA de la USAID (RHAP, por su sigla en inglés) en Sudáfrica y el Proyecto POLICY apoyan a las organizaciones no gubernamentales (ONGs) locales y a los grupos de la sociedad civil de Suazilandia con el fin de movilizar recursos para los programas de PF/SR y de VIH/SIDA. El RHAP está trabajando con Suazilandia para incluir las necesidades de las mujeres VIH-positivas en su plan estratégico para aumentar su acceso a los servicios de PF/SR y lograr una mayor conciencia con respecto al estigma y la discriminación entre los profesionales de la salud. El esfuerzo es particularmente importante debido a la condición de marginalidad jurídica que tienen las swazilandesas. En Suazilandia las mujeres representan una minoría legal, no pueden poseer sus propias tierras, ni celebrar contratos sin el consentimiento y la cooperación de sus esposos o de los hombres de sus familias. Con frecuencia, la condición legal de las mujeres afecta su condición social y limita su poder de decisión forzando a dichas mujeres a acceder a la información y a los servicios de PF a través de los hombres. La educación y la participación de los hombres y de los familiares tales como las suegras ayudará a mejorar el acceso a la planificación familiar de las mujeres VIH-positivas.

la posibilidad de que una pareja con prácticas sexuales seguras y que toma decisiones sobre las diferentes opciones relacionadas con la reproducción esté mejor informada sobre las opciones disponibles y llegue a un acuerdo sobre los métodos mutuamente aceptables. La iniciativa *Parejas en Conocimiento* de CARE de Camboya reclutaba a parejas para que actuaran como los educadores entre pares y para que moderaran discusiones grupales integradas por otras parejas sobre la salud sexual y reproductiva, incluyendo la transmisión del VIH, el uso de la doble protección y la violencia familiar. A pesar de

que educar a las mujeres en salud sexual y el uso del condón aumenta sus conocimientos, no aumenta necesariamente la capacidad de éstas para negociar el sexo seguro con sus parejas y para que realicen una planificación familiar confiable. Sin embargo, los resultados alentadores del proyecto piloto de CARE demostraron que una vez que los esposos aprendieron y participaron en charlas sobre sexo más seguro, las mujeres demostraron mayor confianza para iniciar conversaciones sobre sexo y uso del condón. Los casos de los que se tiene conocimiento también sugirieron que la violencia familiar

disminuyó y el uso del condón aumentó entre las parejas que participaron en el programa (Walston, 2005).

### *Mobilizar a la sociedad civil para la defensa de las mujeres VIH-positivas*

Para que el proyecto tenga éxito, se requiere un fuerte apoyo gubernamental de los programas nacionales, especialmente cuando el público al que están orientados está compuesto por grupos tradicionalmente marginados. Las PLHA en Suazilandia se movilizaron para intensificar su participación en el desarrollo del plan estratégico del VIH/SIDA del país, aumentando la posibilidad de que sus necesidades en el plan se traten (ver Cuadro 5). Las intervenciones que movilizan a la sociedad civil para abogar en nombre de los grupos marginales para garantizar un lugar para dichos grupos en las prioridades de la política, juegan un papel preponderante para lograr la seguridad anticonceptiva.

### *Cómo trabajar en conjunto con los líderes comunitarios*

El tema sobre la planificación familiar, especialmente para las mujeres VIH-positivas continúa siendo controvertido en algunas comunidades en las que sigue habiendo una gran resistencia religiosa, cultural y social hacia la planificación familiar. El hecho de que los líderes comunitarios influyentes participen en la discusión pública sobre planificación familiar puede ayudar a otorgar legitimidad al programa de PF de un país y a educar a la comunidad sobre los asuntos a los que se tienen que enfrentar las mujeres VIH-positivas. El diálogo abierto puede reducir el estigma, permitiendo que las mujeres VIH-positivas tengan un acceso más abierto a la información y una mayor conciencia sobre los servicios de PF disponibles.

El programa Acción Rápida y Efectiva para Combatir el VIH/SIDA (Community REACH, por su sigla en inglés) financiado por la USAID se trata de una sociedad entre Pact y Futures Group a través del cual se otorgan subvenciones a las ONGs, por ejemplo, la Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA, por su sigla en inglés). Especialmente, ADRA trabaja en Camboya con los líderes

## **CUADRO 6. La ONG difunde su mensaje en Camboya a través de los líderes comunitarios**

La Agencia Adventista de Desarrollo y Mitigación en Camboya, ganadora de una subvención otorgada por REACH, autoriza y moviliza a los actores claves tales como líderes budistas capacitados, autoridades locales y las PLHA a ayudar a disminuir la discriminación interna y externa y facilitar cambios generalizados y continuos con respecto a las actitudes sociales. Se insta a estos actores claves influyentes a difundir información precisa, disipar mitos relacionados con el VIH/SIDA y las PLHA, promover una comunidad compasiva y una respuesta individual a las PLHA e informar a las personas sobre los servicios de apoyo, detección y asesoramiento locales.

tradicionales, prestadores de cuidados médicos, profesionales de la salud y familias afectadas con el VIH/SIDA para que superen el estigma y la discriminación a nivel comunitario (ver Cuadro 6). Este esfuerzo de difusión de la información a nivel popular es el primer paso hacia la creación de un ambiente en el que las mujeres VIH-positivas pueden acceder a la información y a los servicios asistenciales con mayor facilidad.

### **2. Intervenciones que Tratan la Reglamentación y Capacitación para los Profesionales de la Salud**

#### *Cómo formular políticas para ampliar las responsabilidades de los enfermeros y de los trabajadores comunitarios de la salud*

La cantidad de prestadores que pueden ofrecer servicios a las mujeres que buscan asesoramiento sobre planificación familiar es limitada, en parte por las políticas que restringen el tipo de personal autorizado para realizar procedimientos como la colocación de un DIU. Asimismo, las políticas no permiten que parte del personal de la salud suministre ART, un aspecto esencial de la PTMI.

En Jordania, el Ministro de Salud, en reconocimiento de la falta de médicos para mujeres en el país y de la creciente demanda de los DIU, aprobó un programa piloto para permitir que las parteras coloquen los DIU y así responder a la demanda. Los colegas jordanos capacitados por POLICY/Egipto contribuyeron a desarrollar la capacidad de los prestadores de atención médica a mediar ante el ministro para que las parteras puedan prestar este servicio de colocación de

DIU. La decisión puede considerarse como un gran avance en los países en vías de desarrollo en los que los médicos pueden oponerse a que otros profesionales médicos presten un servicio específico.

#### *Cómo reducir el estigma y la discriminación a través de la capacitación y las pautas para los profesionales de la salud*

Tal como se indicó anteriormente, el estigma y la discriminación son barreras significativas que impiden el acceso efectivo a los insumos, servicios asistenciales e información sobre PF. Si se modifican las actitudes de los prestadores sanitarios hacia las PLHA disminuirá el trato discriminatorio y así las

## **VOCES VIH-POSITIVAS**

*“Hay una diferencia. Aquellos que se han formado para asesorarnos [capacitación], nos tratan mejor que aquellos que no lo han hecho... que sólo nos dicen que tenemos que esperar.”*

~ Mujer VIH-positiva en México  
(Banda y col., 2004)

mujeres VIH-positivas tendrán un mejor acceso a la información y a los servicios. Una vez derribadas las barreras, los prestadores estarán mejor dispuestos para proporcionar información total sobre la totalidad de las opciones de anticonceptivos disponibles para las mujeres VIH-positivas. Por su parte, las mujeres VIH-positivas estarán más dispuestas a consultar a los prestadores sobre tratamientos y servicios. Un estudio

reciente realizado en México en un curso de capacitación de cuatro semanas sobre VIH para profesionales de la salud, claramente demostró un cambio en la actitud de los profesionales de la salud hacia el VIH y que al tener conocimiento sobre el VIH se puede reducir en gran medida el estigma relacionado con éste (Instituto Nacional de Salud Pública y col., 2004). La elaboración de pautas para apoyar el cuidado de los trabajadores de la salud hacia las PLHA puede ayudar a establecer un entorno laboral más seguro (ver cuadro 7). Es más probable que los trabajadores de la salud que se sienten mejor protegidos contra las infecciones en el lugar de trabajo, presten la atención adecuada a las pacientes VIH-positivas. La capacitación de los trabajadores de la salud en Zambia ha mejorado el nivel de atención recibida por las mujeres VIH-positivas.

Se cuenta con información de que los prestadores no sólo se han negado a realizar tratamientos a mujeres VIH-positivas, sino que también han obligado o presionado a las mujeres para que se les practiquen esterilizaciones o abortos. Los procedimientos de esterilización solo se pueden realizar una vez que la mujer recibió la información que ella requiere para tomar una decisión informada y que ésta optó voluntariamente para que se le practique dicho procedimiento. Los informes que indican que las mujeres identificadas como VIH-positivas en el asesoramiento y pruebas prenatales del VIH son presionadas para realizarse una esterilización después del nacimiento del niño son ejemplos claros de la implementación inadecuada de un programa de PF según lo descrito en convenciones internacionales y en las políticas gubernamentales estadounidenses (enmienda de TIAART; Ipas y col., 2004). Los trabajadores de la salud necesitan tener información médica precisa sobre el VIH y su transmisión y también deben estar al tanto sobre la política del gobierno que regula la prestación de servicios asistenciales a mujeres VIH-positivas.

En un esfuerzo por reducir el estigma y la discriminación hacia las PLHA, el Ministro de Salud de Jamaica, las ONGs, JHPIEGO y la Fundación Pfizer colaboraron para la creación de herramientas destinadas a los trabajadores de la salud (JHPIEGO, 2004). El objetivo del proyecto es mejorar la

## CUADRO 7.

### Pautas para proteger a los profesionales de la salud en Sudáfrica

*POLICY/Pautas de Sudáfrica para la Atención y Apoyo del Personal Sanitario en el Contexto del VIH y SIDA establece los derechos, responsabilidades y programas de ayuda social de los profesionales de la salud con respecto al VIH/SIDA. Las pautas identifican los requisitos para lograr entornos de asistencia sanitaria seguros y eficientes y aumentar la presión sobre los legisladores y administradores para que los respalden. Las pautas también ilustran a los profesionales de la salud sobre sus propios derechos. Es más probable que aquellos profesionales de la salud que saben que tienen derecho a recibir protección y tienen acceso al equipamiento, capacitación y productos que velan por su seguridad contra las infecciones están más dispuestos a brindar atención e información integral a las pacientes VIH-positivas. La cantidad de colocaciones de DIU, partos por cesárea y otros procedimientos invasivos realizados a mujeres VIH-positivas deberían incrementarse en la medida que los prestadores sanitarios se sientan más seguros con respecto a su protección contra el contagio de VIH/SIDA.*

calidad de los servicios proporcionados por los trabajadores de la salud a los pacientes con VIH/SIDA. El proyecto capacitará a los trabajadores de la salud sobre infecciones oportunistas y la prevención de infecciones, basándose en mensajes contra el estigma y la discriminación dados a través de representaciones y charlas. Asimismo, el proyecto incluye el monitoreo de la prestación de servicios por parte de los participantes y la revisión de los temas de discriminación y estigma encarados en encuestas en evaluaciones de satisfacción del cliente. Se evaluará si los prestadores capacitados presentan una disminución en los compartimientos de estigma y discriminación como resultado de la capacitación. Los datos recabados sobre el cambio de comportamiento y las percepciones de los pacientes con respecto a la mejora del servicio se utilizarán para fines de la abogacía política.

#### ***Cómo incluir la planificación familiar y VIH/SIDA tanto en el programa de estudios informal como en el formal de los trabajadores de la salud***

La incorporación de información integral sobre el VIH/SIDA y planificación familiar para las mujeres VIH-positivas en el programa de estudios de la salud para el personal de todos los niveles, implicará una mayor disponibilidad de los servicios integrales y disminuirá la discriminación.

Por ejemplo, se podría incluir la capacitación para la colocación de los DIU en mujeres VIH-positivas en los programas de estudio de las facultades de medicina, así como en la capacitación de parteras y enfermeros. Dicha capacitación realizada durante el estudio inicial y a través de programas educativos continuos puede contribuir a que los prestadores tengan los conocimientos y capacidades necesarias para prestar un mejor servicio a las mujeres VIH-positivas.

JHPIEGO ha desarrollado una guía orientativa para actualizar a los profesionales de la salud del VIH/SIDA sobre los mensajes fundamentales sobre PF/SR. La guía permite que los prestadores realicen asesoramiento preventivo, los capacita para suministrar anticonceptivos a los paciente VIH-positivos y trata el tema de cómo negociar el uso del condón en las parejas serodiscordantes. JHPIEGO también elaboró una serie de manuales de instrucción multimedia ReproLearn® denominados “Atención médica de las mujeres que conviven con el VIH en entornos de recursos limitados” (JHPIEGO, en línea). Los tutoriales preparan a los médicos, facultades y capacitadores de servicios médicos en entornos de recursos limitados con el conocimiento técnico necesario para brindar servicios asistenciales de alta calidad a mujeres con VIH/SIDA y capacitar a otros profesionales de la salud. Los tutoriales pueden utilizarse como una ayuda para que los instructores difundan

los lineamientos nacionales sobre el VIH/SIDA o como material de referencia para los programas de capacitación del VIH/SIDA previos al servicio o para el servicio en sí. Las series incluyen módulos sobre prevención, la prueba y consejería voluntarias, salud reproductiva, PTMI a través del embarazo, amamantamiento y nutrición.

### 3. Coordinación del Programa de PF y VIH/SIDA

#### *Cómo incluir la planificación familiar en la prueba y consejería voluntarias y en otros servicios médicos del VIH/SIDA*

La integración de la prueba y consejería del VIH y los servicios de PF tradicionalmente ofrecidos como programas verticales pueden conducir a una prestación integral del servicio, un mayor acceso al mismo y menores costos operativos. El uso de sesiones de la prueba y consejería voluntarias (PCV), como una oportunidad para difundir información tanto sobre planificación familiar como el aumento de los riesgos durante el embarazo de una mujer VIH-positiva, puede ayudar a evitar embarazos no planeados y a disminuir el índice de transmisión de madre a hijo (FHI, 2004). Dada la gran cantidad de individuos que no son conscientes de su seroestatus, resulta fundamental ampliar el asesoramiento y las pruebas del VIH a todas las personas en un entorno sin estigmas ni discriminación, proporcionando así la información y los servicios adecuados para aquellos que los necesitan y desean. Asimismo se deben realizar esfuerzos para focalizar los servicios de PCV en aquellas personas que corren el riesgo de infectarse e incorporar los mensajes y servicios de PF.

Advance Africa trabaja con agentes de distribución de la comunidad (CBD, por su sigla en inglés) del Consejo Nacional de Planificación Familiar de Zimbabwe para incluir la prevención del VIH/SIDA en la serie de actividades de PF actualmente desarrolladas por los agentes. Los agentes CBD están capacitados para orientar a las personas con respecto a la prevención del VIH y remitirlas a los programas de PCV. Los agentes también llevan a cabo encuentros grupales sobre reproductiva,

inclusive planificación familiar y VIH, y ayudan a disminuir el estigma dentro de las comunidades.<sup>5</sup>

Salud Familiar Internacional (FHI, por su sigla en inglés) ha liderado esfuerzos para integrar los servicios de PF a los programas de VIH/SIDA, lograr una mayor difusión de la información esencial sobre PF para las mujeres VIH positivas que de otro modo no tendrían acceso a dicha información y resaltar el rol de la planificación familiar en la prevención de nuevas infecciones. Las actividades incluyen una evaluación sobre cómo se pueden implementar los programas de atención médica en el hogar (HBC, por su sigla en inglés) para tratar las necesidades de PF/SR de los prestadores de servicios médicos y clientes de HBC en Kenia y Sudáfrica y un esfuerzo del Ministro de Salud de Kenia por integrar la planificación familiar a los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH. Asimismo, en Zimbabwe, se está realizando un estudio para determinar de qué modo integrar los servicios de planificación familiar y del VIH/SIDA. Además, la FHI planea colaborar con EngenderHealth en la elaboración de un módulo de capacitación sobre la entrega de anticonceptivos a mujeres VIH-positivas, incluyendo a mujeres a las que se le administra un tratamiento ART.

Resulta complicado garantizar que la información de PF se proporcione durante las sesiones de asesoramiento y prueba del VIH en un entorno en el que el prestador tiene prejuicios y presión por parte de la comunidad. El hecho de asegurarse de que los proveedores de asesoramiento y pruebas del VIH estén capacitados sobre los asuntos de PF y que dispongan los materiales adecuados para su distribución entre los pacientes es sólo el primer paso para la difusión de información. Jamaica presentó un programa nacional de PCV, pero en la capacitación para asesores no incluyó los temas relacionados con PF. Una manera de aumentar las posibilidades de que se difunda la información sobre PF es implementando una política operativa que requiera que los prestadores brinden información sobre PF durante las visitas de PCV. Otra manera

de ayudar a garantizar una difusión global consiste en alentarlos a que distribuyan información integral entre todos los pacientes.

### Conclusión

La capacidad de elegir, obtener y utilizar métodos anticonceptivos apropiados y efectivos es fundamental para todas las mujeres, inclusive para aquellas que tienen el peso de su condición VIH-positivas. Estas mujeres se enfrentan a crecientes barreras para acceder a la planificación familiar así como a las serias consecuencias que se producen cuando se les niega dicho acceso. El hecho de tratar las necesidades de este grupo marginal no sólo afecta directamente a las mujeres VIH-positivas, sino también a sus hijos, familiares y comunidades. La garantía de la disponibilidad de insumos anticonceptivos a las mujeres VIH-positivas requiere una coordinación en varios niveles, desde el desarrollo e implementación de políticas hasta la capacitación de los prestadores y la educación de la comunidad. Por último, a medida que los países en vías de desarrollo comienzan a formular sus propios planes de DAIA en un entorno en el que crece la demanda de anticonceptivos y disminuyen las donaciones de productos de PF, las estrategias deben exigir la distribución de los recursos de manera que se satisfagan las necesidades de los grupos vulnerables, incluyendo a los pobres, jóvenes y mujeres VIH-positivas. ■

<sup>5</sup> Para obtener más información, ver la página web de Advance Africa en <http://www.advanceafrica.org>.

## Referencias

- Askw, Ian y Ndugga Baker Maggwa. 2002. "Integration of STI Prevention and Management with Family Planning and Antenatal Care in Sub-Saharan Africa-What More Do We Need to Know?" *International Family Planning Perspectives* 28(2): 77-86.
- Banda, H.N., S. Bradley y K. Hardee. 2004. "Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women." Lusaka: POLICY Project.
- Cates, Willard Jr. 2001. "Use of Contraception by HIV-infected Women." *International Planned Parenthood Federation Medical Bulletin* 35(1): 1-2.
- Central Bureau of Statistics, Ministry of Health, Kenya Medical Research Institute, Center for Disease Control y MEASURE DHS+. 2003. "Kenya and Demographic Health Survey 2003: Preliminary Report." Nairobi: Central Bureau of Statistics.
- Central Bureau of Statistics, Ministry of Health, Kenya Medical Research Institute, National Council for Population and Development, ORC Macro y U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2004. "Kenya Demographic and Health Survey, 2003." Nairobi: Kenya Central Bureau of Statistics.
- De Bruyn, Maria. 2002. "Reproductive Choice and Women Living with HIV/AIDS." Chapel Hill, NC: Ipas.
- Family Health International (FHI). 2004. "Integrating Family Planning and Voluntary Counseling and Testing Services in Kenya." Research Triangle Park, NC: FHI.
- Feldman, R., Jo Manchester y Caroline Maposhere. 2002. "Positive Women: Voices and Choices-Zimbabwe Report." Harare: International Community of Women Living with HIV/AIDS.
- Gichuhi, W., S. Bradley y K. Hardee. 2004. "Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Kenya: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women." Nairobi: POLICY Project.
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2004a. "ICW Vision Paper 4: HIV-positive Women and Human Rights." London: ICW.
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2004b. "ICW Vision Paper 5: Participation and Policy Making: Our Rights." London: ICW.
- Ipas, Center for Health and Gender Equity (CHANGE), International Community of Women Living with HIV/AIDS y Pacific Institute for Women's Health. 2004. "Fulfilling Reproductive Rights for Women Affected by HIV: A Tool for Monitoring Achievement of Millennium Goals." Chapel Hill, NC: Ipas.
- JHPIEGO. 2004. Media release retrieved on August 24, 2004, from <http://www.jhpiego.org/media/releases/nr20040413.htm>.
- JHPIEGO. Online. "Care of Women Living with HIV in Limited-Resource Settings." Interactive tutorials available online at <http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/English/index.htm>.
- Kenya (Republic of) Ministry of Health. 2002. Contraceptive Commodities Procurement Plan 2003-2006.
- Mitchell, H.S. y E. Stephens. 2004. "Contraception Choice for HIV-positive Women." *STI Journal* 80: 167-173.
- National Institute of Public Health of Mexico, POLICY Project, Mexican Network of PLHAs, Colectivo Sol, LetraS, FRENPAVIH, Empresa Medilex, CENSIDA y Macro International. 2004. "Mo Kexteya: Reduction of Stigma and Discrimination Related to HIV/AIDS in Mexico: Final report of diagnostic phase."
- POLICY Project. 2005. "Family Planning Services as a Component of Prevention of Mother-to-Child-Transmission (PMTCT) Programs." Internal presentation. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- POLICY Project. 2004. "Meeting the Reproductive and Sexual Health Needs of HIV-Positive Women in Swaziland: A Rights-based Approach." Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- POLICY Project, USAID y MEDMA. 2003. "Overcoming Operational Barriers to RH in Ukraine." Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- Strachan, M., A. Kwateng-Addo, K. Hardee, S. Subramaniam, N. Judice y K. Agarwal. 2004. "An Analysis of Family Planning Content in HIV/AIDS, VCT, and PMTCT Policies in 16 Countries." *POLICY Working Paper Series* No.9. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- Sweat, M. 2004. "Linkages between Family Planning and HIV PMTCT Programs: Opportunities and Challenges." Baltimore: Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Department of International Health.
- Ukrainian Institute for Social Research, Ukrainian AIDS Center, Ministry of Health Ukraine, Youth NGO "Life Plus," POLICY Project. 2004. "Analytical Report: Access of HIV-Positive Women to Quality Reproductive Health and Maternity Services." Kyiv City: POLICY Project.
- UNICEF, UNAIDS, and USAID. 2004. *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNICEF.
- Walston, Naomi. 2005. "Challenges and Opportunities for Male Involvement in Reproductive Health in Cambodia." Phnom Penh: POLICY Project/Cambodia; Washington, DC: Futures Group.
- World Health Organization (WHO). 2003. *Strategic Approaches to the Prevention of HIV Infection in Infants: Report of a WHO meeting, Morges, Switzerland, 20-22 March 2002*. France: WHO.

### Para obtener más información, comuníquese con:

Director, POLICY Project  
 c/o Futures Group  
 One Thomas Circle, NW, Suite 200  
 Washington, DC 20005  
**Tel:** (202) 775-9680  
**Fax:** (202) 775-9694  
**E-mail:** [policyinfo@futuresgroup.com](mailto:policyinfo@futuresgroup.com)  
**Internet:** [www.policyproject.com](http://www.policyproject.com);  
[www.futuresgroup.com](http://www.futuresgroup.com)