

Integración de la perspectiva de género en los programas de VIH en el sector de la salud

Herramienta para mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de las mujeres



Integración de la perspectiva de género en los programas de VIH en el sector de la salud

Herramienta para mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de las mujeres



Edición original en inglés:

“Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Tool to improve responsiveness to women’s needs”

© World Health Organization, 2009

ISBN 978-92-4-159719-7

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente
Organización Panamericana de la Salud

“Integración de la perspectiva de género en programas de VIH del sector de la salud: herramienta para mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de las mujeres”

Washington, D.C.: OPS, © 2010

ISBN: 978-92-75-33114-9

I. Título

1. INFECCIONES POR VIH
2. IDENTIDAD DE GÉNERO
3. DESIGUALDADES EN LA SALUD
4. SALUD DE LA MUJER
5. CARACTERES SEXUALES
6. PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD
7. INEQUIDAD SOCIAL

NLM WC 503.6

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2010

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

Diseñado por minimum graphics

Impreso en los Estados Unidos de América

Índice

Nota de agradecimiento	v
Prefacio	vii
INTRODUCCIÓN	XI
Objetivos	xi
Público destinatario	xi
Justificación	xii
Alcance	xii
Presentación esquemática	xiii
Uso de esta herramienta	xiii
SECCIÓN 1: MEDIDAS BÁSICAS DE UNA PROGRAMACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO	1
Objetivos	1
1.1 Conceptos fundamentales de una programación con perspectiva de género	1
1.2 Principios de una programación con perspectiva de género	4
1.3 Abordar las desigualdades de género en el diseño de programas y servicios	5
SECCIÓN 2: CONSEJERÍA Y PRUEBAS DE DETECCIÓN	33
Objetivos	33
2.1 Antecedentes	33
2.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de servicios de consejería y pruebas de detección de VIH	33

SECCIÓN 3:	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DE VIH (PTMI)	51
	Objetivos	51
	3.1 Antecedentes	51
	3.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de programas de PTMI	51
SECCIÓN 4:	TRATAMIENTO Y ATENCIÓN DEL VIH	59
	Objetivos	59
	4.1 Antecedentes	59
	4.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de servicios de tratamiento y atención del VIH	59
SECCIÓN 5:	ATENCIÓN Y CUIDADO EN EL HOGAR A PERSONAS CON VIH	69
	Objetivos	69
	5.1 Antecedentes	69
	5.2 Abordar las desigualdades de género en algunos elementos de programas de atención y cuidado en el hogar	69
ANEXOS		77
REFERENCIAS		105

Nota de agradecimiento

Esta herramienta ha sido preparada con el auspicio del Departamento de Género, Mujer y Salud (GMS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Departamento de VIH/Sida, de la OMS. El documento fue preparado por Avni Amin, Claudia García Moreno, Sonali Johnson y Jessica Ogden,¹ con aportes adicionales de Nduku Kilonzo² y Mona Moore. La dirección general estuvo a cargo de Claudia García Moreno.

Los siguientes expertos de la OMS contribuyeron con revisiones y comentarios: Shelly Abdool, Lydia Campillo, Jane Cottingham, Kim Dickson, Donna Higgins, Eszter Kismodi, Ying-Ru Lo, Feddy Mwanga, Amolo Okero, Chen Reis, Tin Tin Sint, Peter Weis, Isabelle de Zoysa y Marco Vitoria.

La OMS agradece las revisiones de expertas y la retroalimentación de las siguientes personas: Mary Grace Alwano, Marge Berer, Sarah Kambou, Marion Carter, Inam Chitsike, Anne Eckman, Lena Ekroth, Janet Gruber, Sophia Gruskin, Geeta Rao Gupta, Wassana Im-em, Qurraisha Abdool Karim, Peter Kilmarx, Julia Kim, Henriette Kolb, Mark Lurie, Scott McGill, Christine Nabiryo, Mwansa Nkowane, Sunanda Ray, Gabrielle Ross, Calista Simbakalia, Monica Smith, Joan Sullivan, Miriam Taegtmeier, Sally Theobald y Alice Welbourn.

La OMS también agradece a Angela Hadden, Lauren McElroy y Walter Ryder por la revisión técnica y edición de diversos borradores de este documento.

Se agradece la revisión de la versión en español de la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

¹ Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW)

² Liverpool VCT and Care, Kenya (ONG de Kenya que proporciona servicios de pruebas de detección de VIH y consejería)

La versión inicial de esta herramienta, fue presentada para revisión y retroalimentación en la XV Conferencia Internacional sobre el Sida, celebrada en Bangkok, en talleres en Kenya y la República Unida de Tanzania y en diversas otras reuniones, así como en los países de la Región de la OMS de las Américas, a través de un foro virtual.

Esta herramienta fue puesta en práctica en varios países, incluidos Belice, Honduras, Nicaragua, la República del Sudán y la República Unida de Tanzania, como resultado se obtuvo una valiosa retroalimentación.

La OMS agradece la participación y el apoyo de las siguientes instituciones en la práctica en terreno: Ministerio de Salud de Belice; Ministerio de Salud de Honduras; Ministerio de Salud de Nicaragua; Programa Nacional de Control del Sida, Ministerio Federal de Salud y Universidad Ahfad para Mujeres de la República del Sudán; Programa Nacional de Control del Sida, Ministerio de Salud y Bienestar Social y autoridades sanitarias regionales y distritales de las regiones de Mbeya y Lindi, de la República Unida de Tanzania; Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH [Organismo Alemán de Cooperación Técnica] por intermedio del programa de Cooperación Técnica entre Alemania y Tanzania en apoyo de la salud (GTZ/TGPSH); y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU). En particular, la OMS agradece la participación de las siguientes personas en las prácticas en terreno: Widad Ali Rahman, Chilanga Asmani, Cornelia Becker, Nafisa Bedri, Suzanne Erhardt, Brigitte Jordan-Hardner, Angelika Schrettenbrunner, Calista Simbakalia y RO Swai.

El siguiente personal de la OMS contribuyó al proceso de práctica en terreno: Abeer Al Alagabany, Mohammed Belhocine (Representante de la OMS en la República Unida de Tanzania), Rogers Busulwa, John Bosco Kaddu, Dinys Luciano, Feddy Mwanga, Mohammed Abdur Rab (Representante de la OMS en la República del Sudán), Gabriele Riedner, Lamine Thiam, Joanna Vogel y Peter Weis.

La OMS declara que ninguna de las personas arriba nominadas tiene conflicto de interés alguno relacionado con sus revisiones expertas o sugerencias aportadas para este documento ni con su apoyo a las prácticas en terreno de esta herramienta.

Para más información

Los lectores que deseen obtener más información sobre el trabajo de la OPS en esta área pueden consultar las páginas web de GDR (http://www.paho.org/genero_etnicidad).

Pueden enviar consultas escritas sobre esta publicación a:

Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Organización Panamericana de la Salud

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

Correo electrónico: geh@paho.org

Prefacio

La idea de preparar esta herramienta surgió de una consulta mundial sobre la integración de una mirada de género en los programas de VIH, celebrada del 3 al 5 de junio del 2002 en la sede de la OMS en Ginebra. En esta consulta se reunieron expertos en género y en VIH junto con directores de programas nacionales sobre sida para examinar la manera de abordar más sistemáticamente la perspectiva de género en los programas de VIH existentes en el sector de la salud. Los participantes reconocieron que para alcanzar esta meta era necesario producir una herramienta de trabajo destinada a los directores de programa y abordar programas específicos sobre VIH.

El proceso de elaboración de esta herramienta ha sido iterativo, con revisiones continuas en interacción con numerosos revisores, personas del área y, en las etapas finales, realizando prácticas en terreno en países seleccionados. La primera versión de la herramienta se preparó con el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW) en el 2003. Esta versión fue difundida ampliamente entre académicos y expertos en género y VIH, así como entre personas que trabajaban en programas de VIH en países en desarrollo. Se hizo evidente que no era fácil transferir la terminología generalmente utilizada, como “programas con perspectiva de género”, en intervenciones prácticas para directores de programa que tuvieran una comprensión limitada de lo que significa la igualdad entre los géneros. Se recibieron observaciones exhaustivas que dieron lugar a una reorganización total de la herramienta. En el 2004 se preparó un segundo borrador, también con apoyo del ICRW. En esa versión la herramienta estaba reorganizada como una serie de cinco módulos centrados en consejería y pruebas de detección del VIH, prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) de VIH, tratamiento del VIH y atención y apoyo en el hogar, más un módulo sobre componentes de programas comunes a dichos servicios. Parte de esa versión fue presentada en un taller celebrado en la XV Conferencia Internacional sobre el Sida, efectuada en Bangkok en el 2004. Se recibieron aportes valiosos de los directores de programa de una amplia variedad de países, que dieron lugar a nuevas modificaciones y simplificaciones.

Una tercera versión fue elaborada por la OMS con aportes de diversos consultores. En ella se hizo énfasis en las actividades del sector de la salud. Cada módulo se dividió nuevamente en componentes de programas (por ejemplo realización de pruebas de detección del VIH, apoyo a la revelación), y en cada componente se incluyeron temas clave e intervenciones. Esta versión fue examinada por revisores externos, así como por técnicos pertinentes de la OMS. Teniendo en cuenta las observaciones, se utilizó un lenguaje más orientado a la intervención, se aclararon conceptos fundamentales relacionados con el género y se añadieron estudios de casos y herramientas ilustrativas del abordaje de las desigualdades de género en programas de campo. La versión completa del cuarto borrador se aplicó en la República Unida de Tanzania, y la sección sobre consejería y pruebas de detección del VIH se puso en práctica en El Salvador, Honduras, Nicaragua y Sudán.

En la República Unida de Tanzania, la práctica en terreno se efectuó en colaboración con el Programa Nacional de Control del Sida del Ministerio de Salud y Bienestar Social y con el Programa de Cooperación Técnica entre Alemania y Tanzania en apoyo de la salud del Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH [Organismo Alemán de Cooperación Técnica] (GTZ/TGPSH). Esta experiencia logró sensibilizar a los usuarios/as de la herramienta sobre las conexiones entre las desigualdades de género y el VIH. Los resultados de la misma se presentaron y examinaron con varios interesados directos, entre ellos el Programa Nacional de Control del Sida del Ministerio de Salud y Bienestar Social, los donantes y la sociedad civil. Como resultado de este análisis con los interesados, se encontraron puntos de acuerdo para integrar o incorporar sistemáticamente la perspectiva de género en la implementación del Programa Nacional de Control del Sida, incluida por ejemplo la estrategia nacional del sector de la salud sobre VIH que se estaba ultimando en el momento de efectuarse esta práctica en terreno.

En el Sudán, la práctica en terreno se realizó en colaboración con el Programa Nacional Contra el Sida del Ministerio Federal de Salud, y con la Universidad Ahfad para Mujeres.

Este proceso dio lugar a revisiones de los procedimientos y normas nacionales del trabajo en el Sudán, concernientes a consejería y pruebas de detección del VIH, análisis en los que se incorporaron las intervenciones recomendadas en esta herramienta. En Belice, Nicaragua y Honduras, las prácticas en terreno se realizaron en colaboración con los ministerios de salud de cada uno de estos países.

La herramienta, revisada una vez más para que reflejara los aspectos que surgieron durante las prácticas en terreno, se sometió al examen técnico del Departamento de VIH/Sida de la OMS y luego fue finalizada. En esta etapa se incluyó una descripción de la forma de utilizar la herramienta en terreno, lecciones aprendidas de las prácticas en terreno y referencias a otros materiales de la OMS, en aras de una armonía entre las intervenciones sugeridas y otras directrices técnicas sobre VIH. La estructura se reorganizó una vez más para simplificar la herramienta, pasando de un formato modular al de una herramienta única en la cual la sección 1 se dirige a directores de programa y las secciones 2 a 5 se dirigen a proveedores de servicios de salud.

El proceso de finalización de este instrumento ha puesto de relieve varios desafíos. Por ejemplo, es necesario especificar las razones por las cuales los interesados directos del sector de la salud deben y pueden responder a las desigualdades de género de manera práctica, y la forma de responder, porque a menudo se considera que abordar estas desigualdades requiere cambios sociales más amplios y, en consecuencia, se percibe como responsabilidad de otros sectores sociales. Reconociendo el contexto amplio de las desigualdades de género y su decisiva función impulsora a la epidemia del VIH, especialmente entre las mujeres, el documento se concentra en intervenciones en VIH principalmente desde el sector de la salud, por ejemplo: consejería y pruebas de detección del VIH, PTMI, tratamiento y atención del VIH y asistencia y apoyo en el hogar.

Para cada tipo de programa o área de prestación de servicios, la herramienta determina *temas clave* relacionados con las desigualdades de género y sugiere *intervenciones* prácticas para abordarlos desde el punto de vista del papel y las funciones de los

directores de programas y proveedores de servicios. Los *temas clave* y las *intervenciones* prácticas sugeridas en esta herramienta se basan en un extenso cúmulo de evidencias que vinculan las desigualdades de género con la salud sexual y reproductiva y el VIH en la mujer. Las evidencias sobre intervenciones o prácticas óptimas que abordan las desigualdades de género en programas de VIH provenientes de estudios de riguroso diseño (por ejemplo ensayos controlados aleatorios) son limitadas. Por consiguiente, las intervenciones prescritas en esta herramienta se basan en las evidencias disponibles provenientes de intervenciones que abordan las desigualdades de género, o de intervenciones de salud sexual y reproductiva, aún cuando sus diseños de evaluación sean menos estrictos. Muchas de las intervenciones propuestas también se basan en mandatos fundamentales de Naciones Unidas o en la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres mediante la integración de una perspectiva de género, un acceso equitativo a los programas y el respeto de los derechos humanos. Sin embargo, se reconoce la necesidad de investigaciones adicionales sobre intervenciones en VIH con perspectiva de género y la necesidad de evaluar sus repercusiones. Esta herramienta responde a una necesidad urgente manifestada por profesionales que trabajan en la esfera del VIH y requieren orientaciones prácticas sobre la forma de abordar las problemáticas y vulnerabilidades relacionadas con el género de los beneficiarios o usuarios/as de programas.

Las prácticas en terreno plantearon el desafío de lograr un equilibrio entre dos objetivos fundamentales. Para quienes tengan escasas nociones al respecto, el objetivo de una mayor comprensión de los conceptos elementales de la integración de una perspectiva de género y su vinculación con la salud y el VIH. Para los usuarios de la herramienta con conocimientos básicos sobre género y salud, el objetivo de desarrollar aptitudes y prácticas para su trabajo cotidiano. Surge además el desafío de abordar mediante una única herramienta las necesidades de género de mujeres y hombres, así como las de grupos específicos, entre ellos, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), adolescentes y trabajadores/as sexuales. Por consiguiente, esta herramienta se centra en las necesidades de género de la mujer. Se requerirá otra herramienta que aborde las vulnerabilidades de género relacionadas con el VIH, que afecten específicamente a hombres y a otros grupos como los señalados.

La esfera de la programación relacionada con el VIH está en rápida evolución desde el punto de vista científico, así como de la práctica y la formulación de políticas. Por ejemplo, la circuncisión masculina se reconoce actualmente como un importante medio de prevención y, como parte del acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento y atención; se enfatiza la necesidad de ampliar de manera innovadora las actividades de pruebas de detección de VIH y consejería. En esta herramienta se procura reflejar las últimas novedades en materia de políticas y programación relativas al VIH, pero como posiblemente habrá nuevos aprendizajes en materia de integración de una perspectiva de género y programación relacionados con el VIH, esta herramienta deberá actualizarse periódicamente. Por lo tanto, debe considerarse como un trabajo en desarrollo, con posibilidades de ajustes y revisiones, según aprendamos de la práctica. Se prevé que las *intervenciones* sugeridas seguirán siendo válidas durante al menos cinco años a partir de la fecha de publicación, después de lo cual el Departamento de Género, Mujer y Salud de la sede de la OMS en Ginebra actualizará la herramienta. Para facilitar esta labor se ofrece a los usuarios la posibilidad de proporcionar retroalimentación (anexo 3), que se puede enviar a la OMS para intercambiar experiencias sobre el uso y la adaptación de la herramienta al propio entorno.

A nivel mundial, hay creciente reconocimiento y acuerdo acerca de la necesidad de abordar más sistemáticamente las necesidades de género en todos los programas sobre VIH. En la Veinteava Reunión de la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), celebrada en el 2007, se solicitó a la secretaría del ONUSIDA y a sus copatrocinadores que abordaran más a fondo la perspectiva de género en la programación relacionada con el VIH. En la Conferencia de Reposición del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) celebrada en Berlín y la Decimosexta Reunión de la Junta del Fondo Mundial, celebrada en el 2007, se asumió el compromiso explícito de integrar la perspectiva de género en el funcionamiento del Fondo Mundial y velar por que las respuestas al VIH, la tuberculosis y la malaria tomaran en cuenta dicho enfoque. En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el 2007, los Estados Miembros pidieron que la OMS integrara la perspectiva de género en sus diversos programas, incluido el VIH. Estos avances ofrecen oportunidades para utilizar la herramienta de muchas maneras. Esperamos que la misma sea útil a quienes estén en la primera línea de los programas de VIH y estén comprometidos en promover la igualdad de las mujeres y las niñas, la salud y el bienestar de todas las personas, incluidas las personas con VIH.

Introducción

Objetivo

Los objetivos de la presente herramienta de trabajo son los siguientes:

- Incrementar la toma de conciencia sobre cómo las desigualdades de género afectan al acceso de la mujer a los programas y servicios en VIH y su experiencia al respecto;
- Proponer medidas prácticas sobre la manera de abordar o integrar la perspectiva de género en tipos específicos de programas y servicios en VIH.

Público destinatario

Entre los destinatarios de la presente herramienta figuran principalmente directores de programa y proveedores de servicios de salud participantes tanto en la formulación, como en la aplicación o la evaluación de programas de VIH. Pueden ser directores de programa o proveedores de servicios de salud del sector público a nivel nacional, distrital o de establecimiento, o quienes administren programas del sector privado, por ejemplo de organizaciones no gubernamentales (ONG).

Débora de Uganda perdió a su esposo a causa del sida y ella misma está muy enferma. Su cuñado trató de convivir con ella de inmediato, pero Débora se ha rehusado categóricamente para no transmitir el VIH ni a él ni a su esposa. Él repetía que no le importaba que ella tuviera VIH y estaba dispuesto a correr el riesgo de adquirirlo. La acosó durante casi un año; ante la firmeza de Débora, él dejó de contribuir económicamente a la mantención de ella y sus cuatro hijos. Todos los familiares la aislaron por no haberse entregado a él; ella ya no puede contar con la familia para nada, ni siquiera para recibir apoyo moral. Ahora él está tratando de reclamar para sí la tierra que su hermano les legó (1).

RECUADRO 1

La mujer y el VIH en breves palabras (2, 3, 4)

- En el mundo, el 50% de las personas con VIH son mujeres.
- En el África subsahariana, el 61% de las personas con VIH son mujeres. Las jóvenes (entre 15 y 24 años de edad) tienen una probabilidad de infectarse tres a seis veces mayor que los varones del mismo grupo de edad.
- La prevalencia de la infección por VIH es elevada entre los trabajadores del sexo, una gran mayoría de los cuales son mujeres jóvenes, entre 6% en Viet Nam y 73% en zonas urbanas de Etiopía.
- En algunos países de Asia, por ejemplo Camboya y la India, un número creciente de mujeres contrae el VIH del propio esposo.
- Menos del 50% de los jóvenes tienen conocimientos adecuados sobre el VIH. En todos los países encuestados recientemente, salvo tres, las mujeres jóvenes tenían menos conocimientos que los varones jóvenes.
- Según encuestas demográficas y de salud realizadas en varios países, un porcentaje mayor de hombres que de mujeres tienen parejas sexuales ocasionales, mientras que un porcentaje menor de mujeres que de hombres utilizan condones con las parejas sexuales ocasionales.
- En el 2007 se efectuaron pruebas de detección de VIH a 18% de las embarazadas de países de ingresos bajos y medianos; 33% de las embarazadas con VIH recibieron antirretrovirales (ARV) para prevenir la transmisión a sus hijos, en comparación con un 10% solamente en el 2004.
- El acceso al tratamiento antirretroviral se cuadruplicó, pasando de 7% en el 2003 a 31% en el 2007. En muchos países el acceso de las mujeres al tratamiento es proporcional a sus necesidades previstas.
- Aunque en la mayor parte del mundo las mujeres viven más que los hombres, en Kenya, Malawi, Zambia y Zimbabwe la esperanza de vida de las mujeres se ha reducido a causa del sida y ahora es menor que la de los hombres.

Justificación

Numerosos factores acrecientan la vulnerabilidad de las mujeres, los riesgos al VIH y los efectos de la epidemia en ellas. La baja posición que se les asigna en muchas sociedades, la falta de reconocimiento de sus derechos, la falta de acceso a los recursos económicos y de control de estos, los actos de violencia cometidos contra ellas, ciertas normas relacionadas con la sexualidad de la mujer, y la falta de acceso a la información acerca del VIH son algunos de esos factores. Las desigualdades de género también afectan la experiencia de las mujeres con VIH, su capacidad de salir adelante una vez adquirida la infección y su acceso a los servicios en VIH. A pesar del conocimiento de esta situación, responsables de políticas, directores de programa y proveedores de servicios de salud siguen dudando acerca de la manera de abordar adecuadamente las desigualdades de género en el diseño y la ejecución de programas y servicios.

El mandato de integrar la perspectiva de género en los programas sobre VIH se ha visto reforzado por diversos acuerdos y declaraciones internacionales, entre ellos el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994, y la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing adoptadas en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. En estas dos conferencias se pidió igualdad entre los géneros, integración de una perspectiva de género, empoderamiento de la mujer y pleno disfrute por la mujer de la propia salud sexual y reproductiva y de sus derechos. En las Declaraciones de compromiso en VIH adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2001 y el 2006 se reconoció expresamente la necesidad de que los países abordaran las desigualdades de género como impulsores clave de la epidemia (5). Con el apoyo de la comunidad mundial de la salud pública, los países procuran alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) consistente en detener y comenzar a reducir la propagación del VIH para el 2015 mediante el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH al 2010.

La igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer son necesarios para el cumplimiento de todos los ODM, además de ser objetivos por derecho propio (6). Mediante la integración de una perspectiva de género, las políticas, los programas y los

servicios pasan a ser más receptivos a las realidades sociales, económicas, culturales y políticas de los usuarios/as y beneficiarios. Esto puede ayudar a los programas y servicios sobre VIH a informar mejor y empoderar a usuarios/as y mejorar el acceso a los servicios de salud y la aceptabilidad de éstos. Por lo tanto, la integración de una perspectiva de género contribuye no solo a mejorar los resultados de salud, sino también a promover la equidad en materia de salud y justicia social (7).

Alcance

Aun reconociendo que para abordar el VIH y el género se requiere un enfoque multisectorial, esta herramienta se concentra en lo que se puede lograr desde el sector de la salud para mejorar el acceso y la capacidad de respuesta a las necesidades específicas de las mujeres y, en consecuencia, la calidad de los programas y servicios destinados a ellas. Esta herramienta abarca cuatro áreas programáticas específicas en VIH, principalmente del nivel primario de prestación de servicios de salud, a saber: consejería y pruebas de detección de VIH; prevención de la transmisión materno infantil del VIH (PTMI); tratamiento y atención del VIH; y atención y apoyo en el hogar a las personas con VIH. Estas áreas han recibido una atención insuficiente con respecto a la integración eficaz de la perspectiva de género en el diseño y la ejecución de programas. La información presentada en el documento procede de la evidencia disponible y la experiencia derivada de los programas que abordan las dimensiones de género del VIH y de otros programas de salud en diversos contextos.

Intervenciones en VIH tales como la promoción de condones masculinos y femeninos, una comunicación orientada a modificar comportamientos, programas dirigidos a grupos vulnerables y programas para diagnosticar y tratar las infecciones de transmisión sexual (ITS) deben seguir siendo centrales en la programación relacionada con el VIH. Sin embargo, no están comprendidas en el presente documento porque existen diversas directrices, manuales de capacitación y herramientas publicadas en pro de la integración de una perspectiva de género en estas áreas programáticas y servicios (8–12). El presente documento complementa algunos de estos esfuerzos dirigidos a integrar la perspectiva de género en los programas sobre VIH.

Presentación esquemática

La **FIGURA 1** (página xv) presenta una guía general de las diversas secciones de esta herramienta. En la **SECCIÓN 1** se explica a los usuarios/as los conceptos fundamentales relacionados con la integración de la perspectiva de género y las medidas básicas por adoptar al diseñar, aplicar y seguir de cerca programas acordes con las necesidades de género. Resultará sumamente útil a los directores de programas generales sobre VIH. La **SECCIÓN 2** se concentra en la consejería y pruebas de detección del VIH. La **SECCIÓN 3** en la PTMI, la **SECCIÓN 4** en el tratamiento y la atención del VIH y la **SECCIÓN 5** en la atención y cuidado en el hogar. La consejería y pruebas de detección del VIH (**SECCIÓN 2**) se presentan como transversales en relación con las secciones 3 a 5 debido a su función como punto de acceso a la PTMI, al tratamiento y a la atención del VIH, así como a la atención y apoyo en el hogar. Las **SECCIONES 2 a 5** serán sumamente útiles para los responsables de pruebas de detección de VIH y consejería, PTMI, tratamiento y atención del VIH y servicios de atención y apoyo en el hogar, por ejemplo para supervisores, coordinadores, consejeros, enfermeras y trabajadores comunitarios que presten esos servicios específicos.

En cada sección, los componentes de los programas o servicios más pertinentes para integrar la perspectiva de género responden a una descripción de *temas clave relacionadas con el género*, y las *intervenciones* para abordarlos. Para ilustrar la manera de llevar a la práctica una intervención particular se presentan ejemplos disponibles de integración de una perspectiva de género en programas o servicios de salud relacionados con el VIH y otros pertinentes, así como herramientas y materiales. El **ANEXO 1**, una lista de verificación para directores de programa, complementa la **SECCIÓN 1**; y el **ANEXO 2**, una lista de verificación para proveedores de servicios, complementa las **SECCIONES 2 a 5**. Las listas de verificación tienen por objeto ayudar a los usuarios a determinar la medida en que han integrado la perspectiva de género en sus programas y servicios. En el **ANEXO 3** se deja espacio para reacciones de los usuarios.

Uso de esta herramienta

Esta herramienta tiene por objeto transformar los programas y servicios existentes para que sean más pertinentes a las necesidades de género y conseguir que en el diseño y la ejecución de los programas y servicios nuevos se tomen en cuenta desde el inicio las desigualdades de género. Está ideada para utilizarse conjuntamente con las herramientas y directrices nacionales e internacionales existentes para programas sobre VIH, y *no* se propone reemplazarlas. Dado que los programas y servicios son diferentes y tienen necesidades específicas, los y las usuarias deben adaptar la herramienta para responder a las prioridades, el alcance, los recursos y las limitaciones específicas de sus respectivas actividades.

Las intervenciones indicadas en los componentes de los programas y servicios descritos en las diferentes secciones se pueden incorporar por separado, juntas o progresivamente para lograr un diseño y una ejecución más eficaces. Los posibles puntos de acceso para utilizar esta herramienta son: programas y servicios públicos distritales, regionales o nacionales, programas del sector privado (por ejemplo ONG o programas de hospitales privados), programas específicos apoyados por donantes, e iniciativas piloto en curso que se proyecte ampliar a mayor escala.

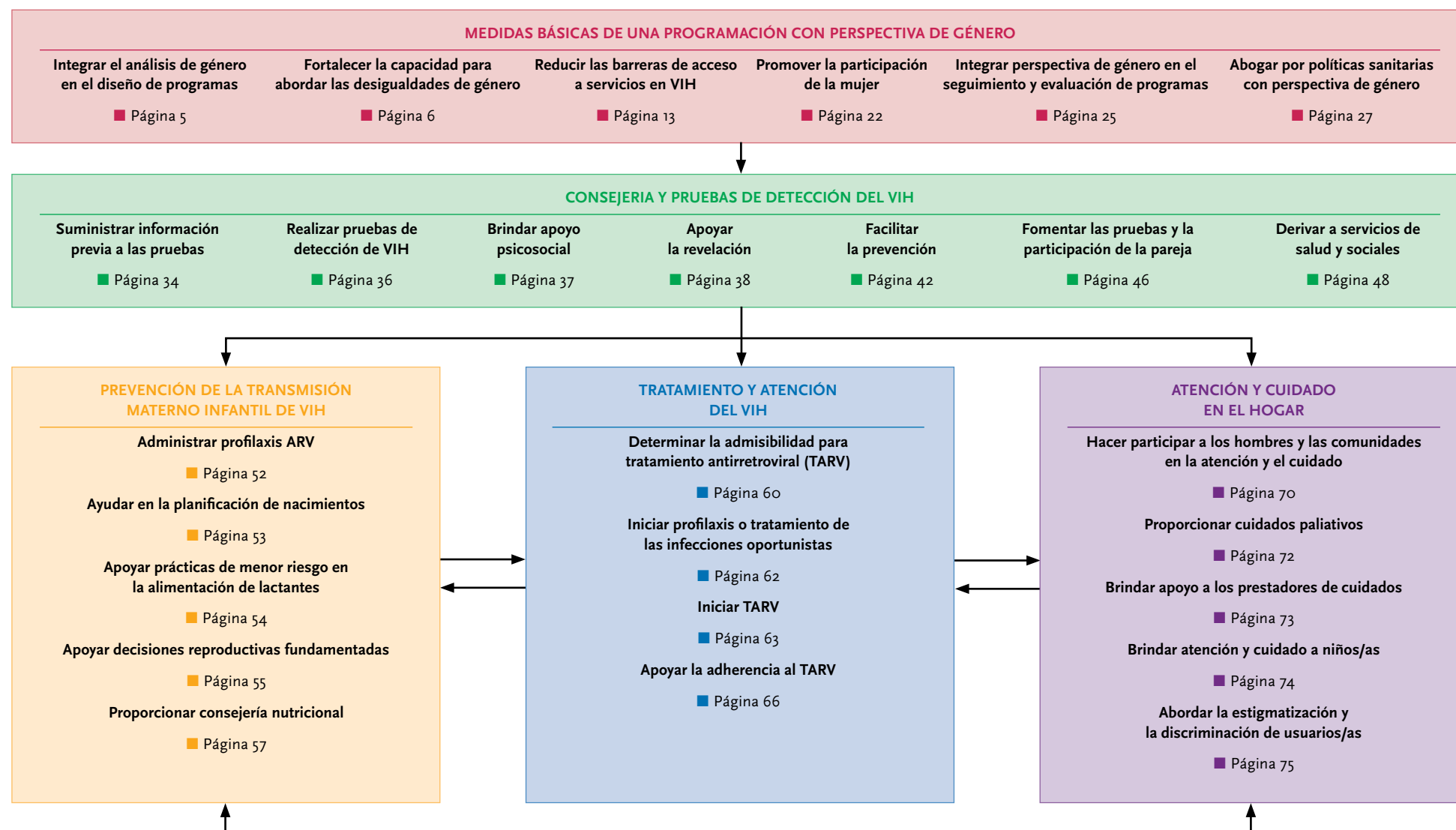
Sobre la base de los resultados de prácticas en terreno, algunos usos sugeridos de esta herramienta son los siguientes:

- Capacitación independiente sobre género y VIH para directores de programa y proveedores de servicios. Por ejemplo, durante una semana en dos regiones de la República Unida de Tanzania se impartió capacitación a instructores y proveedores de servicios, con la participación de 19 directores de programa y 40 proveedores de servicios.
- Incorporación de las intervenciones recomendadas en la herramienta como parte de programas básicos de capacitación previa al servicio o en el servicio sobre consejería y pruebas de detección de VIH, PTMI, tratamiento del VIH y atención y apoyo en el hogar. Varios interesados directos realizaron esta sugerencia en la reunión de difusión de la práctica de terreno en la República Unida de Tanzania.

INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE VIH EN EL SECTOR DE LA SALUD

- Revisión de las directrices programáticas y planes estratégicos nacionales existentes sobre VIH y otros pertinentes. Por ejemplo, en el Sudán, en un taller nacional de consenso entre interesados directos, los procedimientos y normas nacionales normalizados de trabajo en consejería y sobre pruebas de detección de VIH, se analizaron para que reflejaran las intervenciones sugeridas en la herramienta. En la República Unida de Tanzania, en la reunión de difusión de la práctica en terreno, los interesados directos recomendaron que la herramienta se utilizara para integrar la perspectiva de género en la próxima estrategia del sector de la salud sobre VIH y para revisar las directrices nacionales sobre atención y apoyo en el hogar y los sistemas de información para la gestión en salud.
- Incorporación de la perspectiva de género en los planes y equipos regionales o distritales de salud y VIH. Sugerencia realizada en la República Unida de Tanzania.

FIGURA 1 GUÍA GENERAL DE LA HERRAMIENTA PARA INTEGRAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE VIH



RECUADRO 2

Resumen de intervenciones clave para integrar la perspectiva de género en los servicios y programas en VIH

SECCIÓN 1 Medidas básicas de una programación con perspectiva de género	SECCIÓN 2 Consejería y pruebas de detección del VIH	SECCIÓN 3 Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	SECCIÓN 4 Tratamiento y atención del VIH	SECCIÓN 5 Atención y cuidado en el hogar a personas con VIH
Evaluar las necesidades tras recopilar información sobre la manera en que las normas y prácticas de género y la dinámica de poder entre hombres y mujeres afectan el acceso a los servicios.	Suministrar información y consejería antes de las pruebas de manera que se dé a usuarios/as la posibilidad de elegir el sexo de sus consejeros; no reforzar estereotipos de género perjudiciales; evaluar los riesgos de los usuarios/as en el contexto de la dinámica de poder sexual con la pareja.	Administrar profilaxis ARV abordando las inquietudes de las mujeres por los efectos colaterales y sus temores acerca de una revelación involuntaria; tener en cuenta la autonomía limitada de las mujeres para tomar decisiones reproductivas.	Promover un acceso equitativo al tratamiento del VIH velando por que los criterios de admisibilidad para el TARV no excluyan a ciertos grupos de mujeres, por ejemplo solteras o migrantes o las que no puedan pagar o copagar.	Respalidar a las mujeres en sus funciones de prestadoras de cuidados haciendo participar a los hombres y comunidades en la atención y cuidado en el hogar; destacar el valor de esta última, y no reforzar la idea de que solo las mujeres pueden o deben cuidar a los enfermos.
Analizar los objetivos programáticos atendiendo a las diferencias de género, por ejemplo normas, roles e identidad de los beneficiarios; formular objetivos específicos para abordar los obstáculos relacionados con el género.	Realizar pruebas de detección de VIH recalcando el carácter voluntario y la confidencialidad de las mismas. Esto es particularmente importante para las mujeres, que quizá no se atrevan a decir no a los proveedores de servicios de salud y al mismo tiempo temen una posible agresión de sus parejas.	Ayudar a las mujeres en la planificación de los nacimientos, educando a los familiares y las comunidades acerca de la necesidad de ayudarlas a tener acceso a una atención capacitada durante el parto; ayudar a las mujeres y sus parejas a hacer un plan para el parto y el nacimiento antes del comienzo del trabajo de parto.	Tratar las infecciones oportunistas e informar a las mujeres con VIH sobre los beneficios y la necesidad de solicitar atención a tiempo, ya que muchas mujeres quizá sean renuentes a ello por vergüenza e incomodidad asociadas a los síntomas del aparato reproductor.	Proporcionar cuidados paliativos y alentar a quienes prestan asistencia a que administren medicamentos contra el dolor, teniendo en cuenta los factores culturales en las diferentes experiencias y expresiones de hombres y mujeres relacionadas con el dolor.
Fortalecer la capacidad del personal para examinar sus valores, creencias y prácticas relacionadas con los roles de género, las personas más expuestas y quienes están con VIH; abordar el tema de la sexualidad en la interacción con los usuarios/as; respetar los derechos humanos y de los pacientes y su relación con la salud y la infección por el VIH.	Explicar los resultados de las pruebas usando un lenguaje sencillo para que los usuarios/as entiendan los resultados, especialmente las mujeres cuyos niveles de instrucción suelen ser inferiores a los de los hombres.	Ayudar a las mujeres y sus parejas a adoptar prácticas de lactancia más seguras suministrando información completa; ayudar a las mujeres a elegir entre la lactancia materna exclusiva y la alimentación de reemplazo sobre la base de una evaluación realista de la propia situación familiar.	Iniciar TARV previa evaluación de la disponibilidad de la mujer para iniciarlo y de sus redes de apoyo; ayudar a las mujeres a revelar su estado serológico con seguridad, y tener en cuenta sus actividades cotidianas al recetar pautas de tratamiento.	Prestar apoyo a los prestadores de cuidados remitiendo a las familias con inseguridad alimentaria aguda a programas de ayuda alimentaria y suplementación con micronutrientes; asesorar a los encargados de los cuidados para que enfrenten el desgaste.

RECUADRO 2

Resumen de intervenciones clave para integrar la perspectiva de género en los servicios y programas en VIH

SECCIÓN 1 Medidas básicas de una programación con perspectiva de género	SECCIÓN 2 Consejería y pruebas de detección del VIH	SECCIÓN 3 Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	SECCIÓN 4 Tratamiento y atención del VIH	SECCIÓN 5 Atención y cuidado en el hogar a personas con VIH
Abordar la violencia contra la mujer facilitando la toma de conciencia de la relación entre violencia y VIH; capacitar al personal para que responda a la violencia en el contexto de la consejería sobre pruebas de detección de VIH y seguridad sexual; elaborar y aplicar protocolos para abordar violaciones y abusos sexuales.	Proporcionar apoyo psicosocial continuo, teniendo en cuenta las consecuencias emocionales que tiene en las mujeres el enterarse de que ellas mismas y quizá también sus hijos sean VIH positivos.	Ayudar a las mujeres con VIH a elegir alternativas reproductivas fundamentadas, teniendo en cuenta las presiones sociales contradictorias ejercidas, por una parte para que tengan hijos/as, y por la otra para que no los tengan si se les diagnostica VIH; promover y proteger los derechos reproductivos de las mujeres; y apoyarlas para que hagan participar a sus parejas en sus decisiones reproductivas.	Respaldar la adherencia al TARV determinando y abordando obstáculos relacionados con roles y normas de género; reconocer y abordar las presiones que se puedan ejercer sobre algunas mujeres para que compartan sus ARV con sus parejas; proporcionar orientación para controlar los efectos colaterales, incluidos los que afectan a la imagen corporal de la mujer.	Prestar atención y apoyo a los niños/as suministrándoles información, dotándolos de aptitudes y derivándolos a recursos comunitarios para ayudar a las niñas y niños que dispensen cuidados.
Capacitar al personal para que considere aspectos relacionados con la dinámica de poder en la comunicación interpersonal entre proveedor y cliente; utilizar un lenguaje sencillo y no especializado en lugar de términos médicos o técnicos; preservar la confidencialidad.	Ayudar a las mujeres a revelar con seguridad su estado serológico mencionando los posibles beneficios y desventajas de esa revelación; ayudar a quienes estén expuestos a riesgo de violencia a establecer medidas de seguridad o una revelación mediada.	Proporcionar orientación y apoyo nutricionales a las mujeres con VIH contemplando las normas y prácticas socioculturales que podrían contribuir a que algunas adelgacen; derivar a las mujeres a programas de ayuda alimentaria; abordar el rol de las mujeres en la preparación de alimentos asesorando sobre su preparación y almacenamiento de alimentos aptos para el consumo.		Abordar la estigmatización y la discriminación en las familias y comunidades sensibilizando a los líderes comunitarios y religiosos, los familiares y los prestadores de asistencia con respecto a estereotipos de género o normas que favorezcan la estigmatización.

RECUADRO 2

Resumen de intervenciones clave para integrar la perspectiva de género en los servicios y programas en VIH

SECCIÓN 1 Medidas básicas de una programación con perspectiva de género	SECCIÓN 2 Consejería y pruebas de detección del VIH	SECCIÓN 3 Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	SECCIÓN 4 Tratamiento y atención del VIH	SECCIÓN 5 Atención y cuidado en el hogar a personas con VIH
Concientizar mediante una comunicación accesible a mujeres con diferentes niveles de instrucción; promover la noción de responsabilidad compartida en las decisiones sexuales y reproductivas y la búsqueda de asistencia sanitaria; y contrarrestar las normas y prácticas de género nocivas.	Facilitar la prevención de la transmisión sexual de VIH teniendo en cuenta las dificultades de las mujeres para negociar actividades sexuales de menor riesgo; enseñar a negociar el uso de condones masculinos y femeninos; ayudar a las mujeres a la reducción de riesgos; e incentivarlas a llevar a sus parejas a los servicios de orientación sobre sexo más seguro.			
Mejorar el acceso físico a los servicios teniendo en cuenta la autonomía y movilidad limitadas de las mujeres y acercándolos a la comunidad; determinar un buen horario de apertura; y reducir al mínimo necesario el número de visitas de las mujeres al consultorio.	Suministrar información acerca del VIH y los servicios ofrecidos a los compañeros sexuales y fomentar que éstos se sometan a pruebas de detección y participen; ofrecer la posibilidad de hacer las pruebas a la pareja; y realizar consejería a las parejas para que puedan elaborar los sentimientos de culpa, la ira y la ansiedad.			
Reducir la estigmatización y la discriminación en los servicios de salud enseñando al personal a reconocer creencias estigmatizadoras tales como “las mujeres traen el VIH a la familia” o “las mujeres son inmorales”; utilizar un lenguaje no estigmatizador; e informar a los usuarios/as sobre sus derechos.	Derivar a servicios de tratamiento del VIH, atención y apoyo y a otros servicios sociales teniendo presente la diversidad de necesidades de las mujeres con VIH; compilar una guía de todos los recursos y servicios disponibles en la comunidad y dar seguimiento a las derivaciones.			

RECUADRO 2

Resumen de intervenciones clave para integrar la perspectiva de género en los servicios y programas en VIH

SECCIÓN 1 Medidas básicas de una programación con perspectiva de género	SECCIÓN 2 Consejería y pruebas de detección del VIH	SECCIÓN 3 Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	SECCIÓN 4 Tratamiento y atención del VIH	SECCIÓN 5 Atención y cuidado en el hogar a personas con VIH
Prestar servicios integrales determinando la gama de servicios que necesitan las mujeres; establecer vínculos apropiados con servicios médicos y psicosociales.				
Promover la participación de la comunidad y hacer participar significativamente a las mujeres con VIH en todos los aspectos de diseño, aplicación, seguimiento y evaluación de programas para que se consideren sus necesidades.				
Comprometer a los hombres como compañeros, padres y beneficiarios y determinar las maneras en que las relaciones de poder con los hombres afectan al acceso de las mujeres a los servicios; establecer servicios más amigables con los hombres; y captar a líderes comunitarios varones que confronten las normas de género nocivas.				
Establecer un seguimiento y evaluación pertinente a las necesidades de género, determinar los efectos que tienen en las mujeres los programas y servicios sobre VIH con perspectiva de género, desglosar por sexo y edad los datos sistemáticos y realizar análisis de género.				

RECUADRO 2

Resumen de intervenciones clave para integrar la perspectiva de género en los servicios y programas en VIH

SECCIÓN 1 Medidas básicas de una programación con perspectiva de género	SECCIÓN 2 Consejería y pruebas de detección del VIH	SECCIÓN 3 Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	SECCIÓN 4 Tratamiento y atención del VIH	SECCIÓN 5 Atención y cuidado en el hogar a personas con VIH
Abordar las desigualdades de género en materia de recursos humanos en pro de servicios con los que las mujeres y sus parejas se sientan cómodas; explorar maneras de reclutar, capacitar y retener a prestadores de atención de ambos sexos en los niveles apropiados.				
Promover un financiamiento de la salud con perspectiva de género teniendo en cuenta la vulnerabilidad financiera y social de la mujer ante los pagos por los usuarios/as.				
Abogar por la igualdad entre los géneros en la legislación y las políticas promoviendo las que protejan los derechos de la mujer, por ejemplo mediante la prohibición de matrimonios precoces, la prevención de la violencia contra la mujer, y la protección de sus derechos a la propiedad y la herencia.				

SECCIÓN 1

Medidas básicas de una programación con perspectiva de género

Objetivos 1

- 1.1 Conceptos fundamentales de una programación con perspectiva de género 1
- 1.2 Principios de una programación con perspectiva de género 4
- 1.3 Abordar las desigualdades de género en el diseño de programas y la prestación de servicios 5
 - 1.3.1 Integrar el análisis de género e intervenciones pertinentes a las necesidades de género en el diseño de programas 5
 - 1.3.2 Fortalecer la capacidad del personal de los programas para abordar las desigualdades de género 6
 - 1.3.3 Reducir las barreras de acceso a los servicios sobre VIH 13
 - 1.3.4 Promover la participación de la mujer 22
 - 1.3.5 Integrar la perspectiva de género en el seguimiento y evaluación de programas 25
 - 1.3.6 Abogar por políticas de salud con perspectiva de género 27



Objetivos

En esta sección se explican los conceptos fundamentales utilizados al integrar la perspectiva de género en los programas de salud y los principios de una programación pertinente a las necesidades de género. Se describen las desigualdades de género que determinan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, las desigualdades presentes en todo tipo de programa sobre VIH, y se proponen intervenciones para corregirlas. En consecuencia, esta sección contribuye a generar un entorno de políticas y sistemas de salud favorables a los programas sobre VIH con perspectiva de género. Será sumamente útil para los directores responsables de supervisar todo tipo de programa sobre VIH en el sector de la salud, por ejemplo para directores de hospitales, servicios o programas generales, directores de salud de distrito o región y directores de programas nacionales de control y prevención del VIH.

1.1 Conceptos fundamentales de una programación con perspectiva de género

En todo el documento se mencionan diversos conceptos y principios fundamentales de la herramienta, definidos en los **RECUADROS 1.1 A 1.7** (páginas 1 a 4). En concreto, a fin de integrar o incorporar la perspectiva de género en los programas sobre VIH y reducir la vulnerabilidad a la infección por VIH. Dichos programas deben tener en cuenta las necesidades específicas de hombres, mujeres, niñas y niños concernientes a las diferencias biológicas entre los sexos y a las diferencias socioculturales entre los géneros. Los programas también deben promover la igualdad entre los géneros y la equidad en materia de salud y basarse en los derechos. Esto requiere un cuestionamiento de las normas y estereotipos socioculturales perjudiciales relacionados con la masculinidad y la feminidad. Otro concepto fundamental para una programación en VIH con perspectiva de género es el de sexualidad. Los tabús relacionados con esta dimensión, incrementan la propagación de la infección por VIH, y las temáticas de género influyen en la sexualidad y en el riesgo de adquirir el VIH de diversas maneras examinadas en este documento.

RECUADRO 1.1

Sexo y género (13, 14)

SEXO se refiere a las características biológicas y fisiológicas diferentes de hombres y mujeres (por ejemplo los órganos de la reproducción, hormonas, cromosomas).

GÉNERO se refiere a lo que una sociedad cree acerca de roles considerados apropiados, deberes, derechos, responsabilidades, comportamientos aceptados, oportunidades y la posición de la mujer y del hombre en su relación recíproca, es decir lo que se considera “masculino” o “femenino” en un momento y lugar determinados. En palabras sencillas, las personas nacen de sexo femenino o masculino pero aprenden a ser niñas o niños que se convierten en mujeres u hombres. Estos comportamientos aprendidos constituyen la identidad de género y determinan los roles de género.

Las creencias, costumbres y prácticas relacionadas con el género varían en el transcurso de la vida de mujeres y hombres, según las culturas y en el interior de estas. Los roles de género suelen ser dispares y jerárquicos. Las mujeres en general no tienen igual acceso que los hombres a recursos tales como dinero, poder e influencia. En la mayor parte de las sociedades, lo definido como “masculino” se valora más que lo definido como “femenino”. Esto da lugar a desigualdades de género.

Los siguientes ejemplos indican la forma en que las desigualdades de género afectan a los programas sobre VIH.

- Las mujeres quizá no tengan poder para negociar con sus parejas el uso de condones. Una orientación sobre reducción de riesgos que no empodere a la mujer puede ser menos eficaz que programas sobre VIH que enseñen a negociar una actividad sexual de menor riesgo.
- Las mujeres suelen temer desamparo o violencia si revelan su estado serológico a sus parejas, y esto es un obstáculo contra las pruebas de detección de VIH.
- En muchas sociedades las mujeres necesitan permiso de sus parejas y familias para solicitar atención sanitaria, y esto reduce su acceso a los servicios de salud, incluidos los relacionados con VIH.

RECUADRO 1.2

Igualdad entre los géneros y equidad en materia de salud (14, 15)

IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS se refiere a un trato igualitario a la mujer y al hombre en la legislación y las políticas y un acceso igual de ambos a los recursos y servicios en la familia, la comunidad y la sociedad en general. En otras palabras, la mujer y el hombre deben tener las mismas posibilidades de acceso y control respecto de los productos, herramientas y recursos socialmente valorados, entre ellos, pero no exclusivamente, derechos legales, educación, servicios de salud, oportunidades laborales y participación cívica. Para lograr igualdad entre los géneros es a veces necesario apoyar a los grupos de personas con poco acceso a dichos productos, herramientas y recursos. Suele tratarse de grupos de mujeres, porque estas se han visto desfavorecidas a lo largo de los años. La desigualdad por razón de género es resultado de normas escritas y no escritas de la sociedad, reglas, leyes y supuestos compartidos. Esta situación es generalizada y es la forma más frecuente de desigualdad social. Se superpone a otras formas de desigualdad como las de clase, casta, raza y grupo étnico.

EQUIDAD es diferente de igualdad; mientras que la igualdad conlleva una noción de identidad, la equidad conlleva una noción de justicia. Atendiendo a la igualdad entre los géneros, hombres y mujeres deben ser tratados de la misma manera. Atendiendo a la equidad en materia de salud, no debe haber diferencias de salud injustas y evitables o prevenibles entre poblaciones o grupos definidos de acuerdo a condición social, económica, demográfica o geográfica. Por consiguiente, para promover la equidad en materia de salud, a la hora de asignar recursos a programas y de diseñar, ejecutar y seguir de cerca programas de salud se deben tomar en consideración las necesidades diferentes y desiguales de mujeres y hombres y los obstáculos que afectan al acceso de unas y otros a los programas de salud y a los beneficios resultantes.

En los programas sobre VIH se debe promover la igualdad y la equidad. La igualdad entre los géneros es un requisito previo para la equidad en materia de salud porque, para que haya justicia, todas las personas deben tener las mismas posibilidades y oportunidades de beneficiarse de las políticas y programas justos que requiere la equidad en materia de salud.

RECUADRO 1.3

Integración de la perspectiva de género (16)

En la Plataforma de Acción de Beijing, por integración de una perspectiva de género se entiende el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, incluidas las leyes, políticas y programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de la mujer, así como del hombre, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales a fin de que la mujer y el hombre se beneficien por igual y no perdure la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros.

RECUADRO 1.4

Una programación que tenga en cuenta y aborde las necesidades de género (17)

En una programación **QUE TENGA EN CUENTA Y ABORDE LAS NECESIDADES DE GÉNERO** se han considerado las normas, funciones y desigualdades de género y se ha tomado conciencia de ellas, pero no necesariamente se establecen medidas apropiadas. Por ejemplo, en un programa de PTMI que tenga en cuenta las diferencias de género se reconoce explícitamente que las mujeres quizá no gocen de una posición, derechos y poder de decisión que les permitan tener una actividad sexual de menor riesgo y adoptar prácticas menos riesgosas de alimentación de lactantes.

En una programación **QUE TENGA EN CUENTA Y ABORDE LAS NECESIDADES DE GÉNERO** se han considerado las normas, funciones y desigualdades de género y se establecen medidas para corregirlas. Los programas no se limitan a sensibilizar y concientizar, sino que hacen algo para reducir dichas desigualdades. Por ejemplo, en un programa de PTMI con perspectiva de género la falta de poder de decisión de las mujeres se aborda tratando de llegar a los hombres y compañeros íntimos de estas (con el permiso de ellas) para promover una adopción conjunta de decisiones encaminadas a reducir riesgos en la actividad sexual y la alimentación de lactantes.

RECUADRO 1.5

Sexualidad (18, 19)

Como definición de trabajo, la sexualidad es un aspecto central de la condición humana durante toda la vida y abarca el sexo, la identidad y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Se ve afectada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, jurídicos, históricos, religiosos y espirituales. El género influye de varias maneras en la sexualidad, el comportamiento sexual y el riesgo de infección por VIH. Por ejemplo, la idea de que la mujer tiene que mantenerse pura y virgen hasta el matrimonio obstaculiza su acceso a la información sobre VIH. Según otras ideas influyentes los hombres deben ser exclusivamente heterosexuales o dominar a la mujer en la relación sexual a fin de demostrar su masculinidad. Estas ideas alimentan prejuicios contra los hombres que tienen relaciones homosexuales y disminuyen la capacidad de la mujer para negociar con su pareja una actividad sexual de menor riesgo.

RECUADRO 1.6

Necesidades prácticas y necesidades estratégicas (20)

Al planificar programas y servicios desde una perspectiva de género se requiere una distinción importante entre necesidades prácticas y necesidades estratégicas.

Las **NECESIDADES PRÁCTICAS** de las mujeres corresponden a sus necesidades inmediatas observadas. Por ejemplo, surgen de la responsabilidad de las mujeres por la salud y el bienestar de sus familias. Se considera que prestar servicios de salud de buena calidad, fácilmente accesibles, y garantizar un acceso fácil al agua limpia satisfacen necesidades prácticas de las mujeres. Asimismo, se considera que los servicios sobre VIH fácilmente accesibles, confidenciales, limpios y dotados de personal bien capacitado satisfacen necesidades prácticas de las mujeres.

Las **NECESIDADES ESTRATÉGICAS** de la mujer se relacionan con su posición de subordinación al hombre en la sociedad. Se relacionan con la división del trabajo, el poder y el control por razón de género, y abarcan cuestiones como las de derechos legales, violencia, paridad salarial y control del cuerpo de la mujer por ella misma. Por consiguiente, los programas, políticas y servicios que satisfacen los intereses estratégicos de las mujeres van más allá de los que solo responden a sus necesidades prácticas. Además de satisfacer necesidades básicas de las mujeres, esos programas y servicios también procuran cuestionar y transformar los roles y estereotipos de género perjudiciales existentes y la subordinación de la mujer al hombre. Por ejemplo, además de suministrar a las mujeres condones masculinos y femeninos, los programas y servicios sobre VIH que satisfagan necesidades estratégicas de las mujeres enseñarían a negociar una actividad sexual sin riesgos, concientizarían a las mujeres sobre sus derechos y riesgos relacionados con VIH e incluirían y apoyarían a los hombres para que se hicieran responsables de una actividad sexual de menor riesgo.

Si bien es importante que se satisfagan las necesidades prácticas de las mujeres, esto por sí solo no modificará su situación. Por consiguiente, las intervenciones dirigidas a atender también sus necesidades estratégicas son importantes para obtener beneficios duraderos. En este documento, las intervenciones sugeridas para abordar las desigualdades por razón de género responden tanto a las necesidades prácticas de las mujeres de tener servicios de calidad contra la infección por VIH como a sus necesidades estratégicas de transformación de sus roles y relaciones con la pareja y en la comunidad.

1.2 Principios de una programación con perspectiva de género

En el **RECUADRO 1.7** se resumen los principios fundamentales de una programación sobre VIH. Aunque no se enuncien explícitamente en términos relacionados con el género, son la base de una programación centrada en los y las usuarias y, en consecuencia, satisfacen necesidades prácticas de la mujer respecto de servicios de buena calidad.

Los principios de una programación con perspectiva de género se basan en un marco de calidad de la atención que coloca al usuario en el centro de la programación y la prestación de servicios.¹ Este marco pone de relieve la importancia de normas técnicas, actitudes positivas por parte de los proveedores de servicios de salud y un creciente acceso de usuarios/as a la información acerca de los servicios. Es aplicable a programas públicos o privados en entornos clínicos o comunitarios (21–23). El marco indica que una atención de buena calidad debe tener en cuenta las necesidades específicas de la mujer y del hombre y promover y respetar los derechos humanos de las personas. Por ejemplo, es importante considerar la manera en que las normas de género afectan a la vida y la salud de la mujer, y en que las actitudes de los proveedores respecto de la igualdad entre los géneros pueden influir en sus interacciones con sus usuarias. Asimismo, los programas de salud deben permitir al personal promover y proteger los derechos de sus usuarios/as a un consentimiento informado, decisiones fundamentadas, trato respetuoso y no discriminatorio y confidencialidad, así como a la salud sexual y reproductiva.

¹ El marco de la calidad de la atención se elaboró inicialmente para mejorar los servicios de planificación de la familia y se puede aplicar para mejorar los programas y servicios sobre VIH.

RECUADRO 1.7

Principios fundamentales de una programación sobre VIH (21, 22, 24, 25)

Los programas y servicios sobre VIH deben estar regidos por los siguientes principios fundamentales:

NO DISCRIMINACIÓN: Tratar a todos los usuarios de manera justa, independientemente de su edad, sexo, orientación sexual, identidad sexual, grupo étnico, religión, clase, ocupación y modalidad de transmisión.

DECISIÓN FUNDAMENTADA: Posibilitar que los y las usuarias adopten decisiones voluntarias que hayan sopesado, y presentarles para ello información completa y opciones relacionadas con la atención de salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Suministrar información suficiente acerca de las pruebas y procedimientos médicos de manera que estos se entiendan, y respetar la autonomía de cada uno al tomar decisiones plenamente informadas.

CONFIDENCIALIDAD: Velar por la confidencialidad de todos los registros médicos y la información. Solo deben tener acceso a estos los profesionales de la salud que necesiten conocerlos porque desempeñan una función directa en el manejo de los casos de usuarios/as o pacientes.

RESPECTO A TODOS: Todo interesado directo y beneficiario del programa debe ser tratado con respeto y dignidad.

ACCESO PARA TODOS: Merced a su disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad, los servicios se harán accesibles al mayor número posible de personas.

COLABORACIÓN: Promover alianzas entre el gobierno y la sociedad civil, así como entre todos los sectores sociales, tanto públicos como privados.

VINCULACIÓN ENTRE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y ATENCIÓN: Establecer programas integrales conectando los servicios de prevención, tratamiento y atención de la infección por VIH entre sí y con otros servicios de salud relacionados que necesiten los y las usuarias.

PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN SIGNIFICATIVAS DE LOS Y LAS USUARIAS Y OTROS GRUPOS AFECTADOS: Hacer participar a usuarios/as en todos los aspectos de diseño, planificación y ejecución de los programas. Esto abarca su participación como decisores, expertos y ejecutores. La participación de usuarios/as debe basarse en la revelación voluntaria de su estado serológico, apoyada por un fortalecimiento de sus habilidades y capacidades.

PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE INDIVIDUOS Y GRUPOS: Promover, respetar y hacer respetar los derechos humanos de los y las usuarias, incluido el derecho a una información en salud adecuada, y sus derechos reproductivos.

FOMENTO DE LA RESPONSABILIDAD: Fomentar la responsabilidad de todo el personal, incluidos directores de programa y decisores, en el logro de las metas y objetivos relacionados con el género.

EMPODERAMIENTO DE LAS COMUNIDADES: Contribuir a la creación de un entorno favorable para usuarios/as empoderando a individuos y comunidades mediante actividades de extensión y educación de la comunidad acerca del VIH y las desigualdades de género.

1.3 Abordar las desigualdades de género en el diseño de programas y la prestación de servicios

Los siguientes componentes amplios de programa, y las intervenciones específicas sugeridas dentro de cada uno de ellos, contribuirán a crear un entorno propicio para la integración de género en todo tipo de programa sobre VIH. Se aplican a programas de consejería y pruebas de detección de VIH, tratamiento y atención del VIH, y atención y apoyo en el hogar.

- 1.3.1 Integrar el análisis de género e intervenciones pertinente a las necesidades de género en el diseño de programas
- 1.3.2 Fortalecer la capacidad del personal de los programas para abordar las desigualdades de género
- 1.3.3 Reducir las barreras de acceso a los servicios sobre VIH
- 1.3.4 Promover la participación de la mujer
- 1.3.5 Integrar la perspectiva de género en el seguimiento y evaluación de programas
- 1.3.6 Abogar por políticas sanitarias con perspectiva de género

1.3.1 Integrar el análisis de género e intervenciones pertinentes a las necesidades de género en el diseño de programas

EVALUAR LAS NECESIDADES INTEGRANDO UN ANÁLISIS DE GÉNERO

TEMAS CLAVE

Muchas evaluaciones de necesidades no tienen en cuenta las cuestiones de género, es decir no exploran ni toman en consideración los riesgos, vulnerabilidades y barreras de acceso a servicios que son diferentes para mujeres y hombres, ni los sitúan en el contexto sociocultural y económico de los beneficiarios de los programas, por ejemplo de las relaciones de poder, los roles de género y las normas y prácticas perjudiciales.

INTERVENCIONES

■ Proceder a una evaluación de necesidades que incluya un análisis de género de las situaciones que afectan la accesibilidad y ejecución del programa. Un análisis de género permite entender la manera en que las desigualdades entre mujeres y hombres contribuyen a determinar quién se enferma, así como dónde, cómo, cuándo, por qué y con qué consecuencias. Por ejemplo, explorar lo siguiente:

- ¿Qué grupos tienen mayores probabilidades que otros de contraer VIH y por qué?
- Donde se prestan servicios, ¿son estos físicamente accesibles para las mujeres?
- ¿Están la información y los servicios sobre VIH disponibles para las mujeres y adaptados a sus necesidades?
- ¿Hay inquietud por la privacidad, actitudes del personal de salud o barreras lingüísticas?
- ¿Cuánto cuestan los servicios para los usuarios/as? y ¿son estos accesibles para las mujeres?

■ Recopilar y analizar datos desglosados (por ejemplo por sexo, edad y zona rural o urbana) sobre las características de la morbilidad, los factores condicionantes y el uso de los servicios de salud.

■ Recopilar información complementaria sobre factores socioculturales y económicos en relación con normas de género, prácticas y relaciones de poder entre hombres y mujeres, a fin de entender el contexto en el cual pueden verse comprometidos los resultados de salud en las mujeres y el acceso de éstas a los servicios.

- Por ejemplo, proceder a una evaluación rápida para conocer la manera en que la toma de decisiones o el control de los recursos en la familia pueden afectar al acceso de las mujeres a los servicios de tratamiento y atención del VIH.

■ Incluir a los miembros de la comunidad y otros interesados directos (por ejemplo usuarios/as, líderes comunitarios, ONG) en este proceso para conocer mejor sus perspectivas y hacerlos participar en el diseño de los programas.

■ Tener en cuenta todo sesgo que pueda ser resultado de relaciones de poder desiguales entre diferentes grupos o miembros de la comunidad por razones de edad, grupo étnico u otras diferencias.

■ Por ejemplo, si en una evaluación de necesidades sólo se incluye el empoderamiento de las mujeres mayores, no se pueden reflejar adecuadamente las necesidades de las mujeres jóvenes y madres recientes, que pueden carecer de poder debido a su edad o su condición de nueras.

ESTABLECER METAS Y OBJETIVOS PARA ABORDAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

INTERVENCIONES

■ Examinar la manera en que las desigualdades experimentadas por la mujer, las normas socioculturales perjudiciales y los roles de la mujer podrían afectar los objetivos de los programas.

■ Por ejemplo, si uno de los objetivos principales es aumentar la participación de las mujeres en los programas de PTMI, detectar los obstáculos que dificultan su asistencia a los servicios de atención prenatal o examinar las razones por las cuales ellas no regresan para recibir los resultados de las pruebas de detección de VIH.

■ Establecer objetivos para abordar los obstáculos encontrados por las mujeres como resultado de las desigualdades mencionadas.

■ Por ejemplo, si la falta de permiso del hombre se considera que es un obstáculo a la participación de la mujer en los programas, establecer un objetivo para aumentar la participación masculina ofreciendo al compañero sexual información sobre las pruebas de detección de VIH y servicios pertinentes. Determinar objetivos específicos para llegar a los hombres y atenderlos, por ejemplo dando a los servicios características más amigables con los hombres.

1.3.2 Fortalecer la capacidad del personal de los programas para abordar las desigualdades de género

FORTALECER LA CAPACIDAD DEL PERSONAL PARA ABORDAR TEMÁTICAS DE GÉNERO, SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS RELACIONADOS CON EL VIH

TEMAS CLAVE

■ El personal del programa puede no ser consciente de la manera en que las diferentes funciones, responsabilidades y grados de poder de mujeres y hombres en la sociedad contribuyen a las desigualdades de acceso a los recursos y de control de éstos. Tal vez no se dé cuenta de que estas desigualdades obstaculizan el acceso de las mujeres a los servicios de salud y afectan a los resultados de salud en la mujer (26).

■ Por diversas razones, el personal del programa quizá no esté dispuesto o no se sienta capaz de abordar las normas de género perjudiciales en su comunidad, las relaciones de poder desiguales entre usuarias y sus parejas, la violencia de género o los comportamientos sexuales de los y las usuarias. El personal del programa puede considerar normales ciertas pautas de género perjudiciales, o tal vez experimenten las mismas desigualdades que sus usuarias y, por consiguiente, las acepte como legítimas (por ejemplo puede aceptar como normal que los hombres fueren a sus esposas a tener relaciones sexuales). Puede creer que abordar el género no forma parte de su mandato o esfera de competencia profesional. Puede tener una gran carga de trabajo o creer que la falta de poder de una mujer para convencer a su pareja de que tengan una actividad sexual de menor riesgo es un asunto familiar en el cual no debe interferir. Además, puede no saber cómo explorar las desigualdades experimentadas por sus usuarias, o qué hacer al respecto. Puede tropezar con limitaciones institucionales por las cuales no se considere que estos temas sean una prioridad de salud o un área relevante de intervención.

■ El personal del programa puede tener creencias y valores relacionados con el género, la sexualidad y la violencia de género que reflejen los de la sociedad en la cual vive. Por ejemplo, puede creer que las relaciones entre mujeres y hombres jóvenes solteros o entre hombres mayores, o el intercambio de sexo por dinero, o las relaciones homosexuales entre mujeres o entre hombres son comportamientos anómalos. Esas creencias y valores pueden traducirse en actitudes que encierren juicios de valor, culpa, prejuicios o prácticas discriminatorias hacia algunos usuarios/as, incluidos quienes están con VIH. Esto puede disuadir a los y las usuarias a buscar servicios en VIH.

FORTALECER LA CAPACIDAD DEL PERSONAL PARA ABORDAR TEMAS DE GÉNERO, SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN POR VIH

- El personal del programa puede desconocer los derechos de los pacientes (incluido el derecho de las personas con VIH) a la vida, los instrumentos jurídicos de derechos humanos que hayan suscrito sus países, o los derechos sexuales y reproductivos de sus usuarios/as. Puede desconocer las leyes y políticas que promuevan sus países y protejan esos derechos, o puede creer que defender o promover estos derechos no forma parte de su trabajo.
- Mucho personal de programas que presta servicios en VIH no se siente cómodo al hablar de sexualidad y comportamientos sexuales y quizá hasta sea renuente a explicar el uso de condones.

INTERVENCIONES

- Mediante capacitación en el servicio y previa al servicio, suministrar al personal del programa información sobre la manera en que las desigualdades de género aumentan la vulnerabilidad al VIH y generar conciencia al respecto.
- Determinar los obstáculos institucionales y personales con que se encuentra el personal del programa para abordar con sus usuarios/as las desigualdades de género, la sexualidad y los derechos. Mediante capacitación, ayudarlo a encontrar soluciones para abordar estas situaciones.
- Destacar la relevancia de abordar las desigualdades de género, la sexualidad y los derechos humanos para mejorar la calidad de la atención.
- Destacar lo que el sector de la salud puede y no puede hacer para abordar las desigualdades de género y la sexualidad, y para proteger y promover los derechos de los y las usuarias.
 - En muchos casos, por ejemplo, si los proveedores de servicios de salud preguntan, estos pueden ser las primeras personas con quienes las mujeres hablan de sus problemas e inquietudes sobre las relaciones sexuales. Esta oportunidad puede permitir al personal del programa brindar una orientación apropiada que tenga en cuenta la realidad de la situación de la mujer.

- Ayudar al personal del programa a examinar sus valores y creencias sobre los roles de la mujer y el hombre en la sociedad y la familia, normas sociales perjudiciales y prácticas y comportamientos sexuales. Esto puede ayudar al personal a la comprensión de sus propios prejuicios y comportamientos hacia los y las usuarias, incluidos los pertenecientes a grupos que presentan mayor riesgo, como trabajadores/as sexuales y jóvenes, entre otros.
- Abordar los niveles de comodidad del personal del programa para hablar de aspectos relacionadas con la sexualidad y comportamientos, orientaciones y prácticas sexuales, y para explicar a usuarios/as el uso de condones, ya que estos asuntos son vitales para prestar servicios sobre VIH. Facilitar discusiones sobre tabúes relacionados con la actividad sexual tales como las relaciones sexuales extramatrimoniales o prematrimoniales y las relaciones homosexuales.
- Facilitar una discusión sobre los derechos de los pacientes y los derechos humanos en relación con la salud y el VIH, incluidos los derechos de las personas con VIH y los derechos reproductivos de todos los usuarios/as. Podría ponerse a disposición del personal del programa material sobre los derechos de los pacientes y derechos reproductivos (véanse en el **RECUADRO 1.8**, página 8, ejemplos de derechos reproductivos) (27).
- Suministrar a los usuarios/as información sobre las leyes, políticas y procedimientos operativos pertinentes que existen para proteger y hacer respetar sus derechos y los del personal del programa, que son los mismos, incluido el derecho a la no discriminación.
- Enfatizar que las responsabilidades del personal del programa al abordar las desigualdades de género y la sexualidad residen principalmente en la escucha, la validación de los sentimientos de los usuarios/as, la empatía y la ausencia de prejuicios, el suministro de información exacta, la presentación de opciones, la prestación de ayuda a los usuarios/as para que evalúen la propia situación y planifiquen, y una derivación apropiada a otros recursos o servicios en caso necesario.

RECUADRO 1.8

Ejemplos de derechos reproductivos (27)

Los siguientes ejemplos de derechos reproductivos se han adaptado del manual de la OMS sobre género y derechos reproductivos en la salud reproductiva. Son aplicables para proteger y promover la igualdad entre los géneros en la esfera de la salud sexual y reproductiva, inclusive en asuntos relacionados con el VIH.

DERECHO A LA VIDA: Este derecho se suele entender en el sentido de que nadie puede ser privado arbitrariamente de la vida. Sin embargo, según interpretaciones recientes de los tribunales de derechos humanos, abarca también la obligación positiva del Estado de prevenir, por ejemplo, la mortalidad relacionada con el VIH. Puede invocarse el derecho a la vida para administrar tratamiento a los millones de personas con VIH.

DERECHOS A LA INTEGRIDAD FÍSICA Y LA SEGURIDAD DE LA PERSONA: Tradicionalmente relacionado con actos dirigidos a personas físicas bajo la custodia del Estado, recientemente este derecho se ha interpretado también en el contexto de la seguridad frente a la violencia y la agresión sexuales de parte de la propia pareja o de otros. Este derecho abarca asimismo el derecho de la mujer con VIH a la libertad de opción, sin coerciones, en lo concerniente a su fecundidad (por ejemplo no se le debe esterilizar por la fuerza ni se le debe practicar un aborto sin su consentimiento).

DERECHO A LA PRIVACIDAD: Este derecho se refiere tradicionalmente a la privacidad con relación al domicilio o la correspondencia de una persona. Sin embargo, también es aplicable para proteger la libertad sexual de las personas. En el contexto de las actividades de consejería y pruebas de detección de VIH, también puede aplicarse al derecho de una persona a mantener confidencial su seropositividad al VIH y a recibir servicios de planificación de la familia según su elección.

DERECHO A LOS BENEFICIOS DEL PROGRESO CIENTÍFICO: Este derecho abarca, por ejemplo, el derecho de las mujeres a protegerse del VIH mediante el acceso a microbicidas y a métodos de prevención controlados por la misma mujer, como los condones femeninos.

DERECHO A BUSCAR, RECIBIR Y TRANSMITIR INFORMACIÓN: Este derecho se refiere al derecho de hombres y mujeres, incluidos los que están con VIH, a tener información completa acerca del VIH y la salud sexual y reproductiva, a fin de que puedan elegir alternativas plenamente fundamentadas en materia de prevención, pruebas, tratamiento y atención.

DERECHO A LA EDUCACIÓN: La protección y promoción del derecho a la educación abarca el derecho de mujeres y niñas a una educación gratuita y accesible. Esto reviste especial importancia en el contexto del VIH, porque existen evidencias científicas de que la educación ayuda a las niñas a tener una actividad sexual de menor riesgo y protegerse del VIH.

DERECHO A LA SALUD: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental conlleva la responsabilidad del Estado con sus ciudadanos de crear condiciones para que todos puedan gozar del más alto nivel posible de salud. Esta responsabilidad abarca el establecimiento de servicios para tratar las enfermedades, incluido el VIH, y restablecer la salud mediante una rehabilitación, con especial atención a quienes están en situación vulnerable, incluidas las jóvenes y las mujeres con VIH, niños, trabajadores/as sexuales y consumidores de drogas inyectables. El Estado tiene la responsabilidad de proporcionar a estas poblaciones servicios integrales de prevención, tratamiento y atención del VIH, incluidos, por ejemplo, servicios de detección del cáncer cervicouterino a mujeres con VIH.

DERECHO A LA IGUALDAD EN EL MATRIMONIO Y EL DIVORCIO: El reconocimiento de este derecho es decisivo para que las mujeres puedan gobernar su propia vida y tomar decisiones al respecto. Con relación al VIH, es aplicable al derecho de las niñas a no ser forzadas a contraer un matrimonio precoz, que las hace vulnerables no solo al VIH, sino también a muchos otros problemas de salud reproductiva. Este derecho se viola cuando una mujer cuyo esposo ha muerto de VIH se ve obligada a casarse con otro hombre de la familia, como es costumbre en algunos países. El derecho a la igualdad en el matrimonio debe estar protegido especialmente en situaciones en que las mujeres con VIH quedan abandonadas por sus esposos porque tienen esta condición.

FORTALECER LA CAPACIDAD DEL PERSONAL PARA ABORDAR TEMAS DE GÉNERO, SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN POR VIH

- Mediante capacitación, brindar al personal del programa la oportunidad de reflexionar sobre las relaciones de poder desiguales, la sexualidad y las vulnerabilidades relacionadas con el VIH en la vida.
- Crear mecanismos de apoyo para que, cuando surjan situaciones difíciles en la vida de los usuarios/as, el personal del programa pueda pedir ayuda si no sabe cómo enfrentarlas.
 - Esto puede consistir en compilar una lista de recursos de la comunidad e invitar a organizaciones comunitarias, instancias legales, jurídicas o judiciales (por ejemplo la policía o servicios de asesoramiento jurídico) y ONG a que expliquen los servicios que proporcionan, o en informar al personal del programa acerca de las leyes que protegen los derechos de la mujer.
- Integrar la capacitación en materia de género, sexualidad y derechos humanos en una estrategia más amplia de fortalecimiento de la capacidad de los programas sobre VIH.
- Por ejemplo, integrarla en una capacitación básica sobre consejería y pruebas de detección de VIH o sobre tratamiento y atención del VIH. Esto permitirá que los participantes relacionen más concretamente los conceptos sobre género, sexualidad y derechos humanos con las aptitudes adquiridas para aplicar programas y prestar servicios, por ejemplo mediante orientación sobre prevención o un apoyo a la adhesión al tratamiento con perspectiva de género.
- Seguir de cerca la capacitación en género mediante un apoyo regular, supervisión y evaluaciones del desempeño del personal del programa. El personal capacitado que cuente con algún tipo de seguimiento y cuyos supervisores promuevan la igualdad entre los géneros tendrá mayores posibilidades de aplicar lo aprendido en su trabajo.

FORTALECER LA CAPACIDAD DE RESPUESTA A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia contra la mujer es una de las formas más generalizadas de desigualdad de género, aumenta la vulnerabilidad al VIH y también puede manifestarse como consecuencia de un diagnóstico positivo de VIH. Es importante reconocer las conexiones entre este tipo de violencia y el VIH, y abordar la primera como parte integral para dar una respuesta a la segunda.

TEMAS CLAVE

- La violencia impide a muchas mujeres negociar con sus parejas una actividad sexual sin riesgos, incluido el uso de condones, y esto probablemente se plantee en la orientación sobre reducción de riesgos (28, 29).
- Las investigaciones indican que el temor a la violencia impide a algunas mujeres revelar su estado con respecto al VIH, y que una pequeña proporción de mujeres sufren actos de violencia como resultado de esa revelación (28, 29).
- Las mujeres pueden aceptar como normal la violencia ejercida contra ellas, e incluso justificarla en algunas situaciones (por ejemplo cuando una mujer casada se rehúsa a tener relaciones sexuales con su esposo).
- Las mujeres quizá sean renuentes a revelar sus experiencias de violencia al personal de salud debido al temor y el estigma asociados con ello.
- El personal del programa tal vez experimente violencia, o acepte como normales diferentes formas de maltrato o se sienta imposibilitado de hacer algo al respecto.
 - Por ejemplo, en una capacitación sobre violencia de género para enfermeras que prestan servicios de consejería y pruebas voluntarias en Sudáfrica se puso de manifiesto que las mismas enfermeras necesitaban examinar aspectos relacionados con la violencia y la desigualdad entre los géneros en sus propias relaciones, y reflexionar al respecto (30).
- Por falta de disponibilidad de servicios de referencia sobre violencia, el personal de los programas sobre el VIH tiene dificultades para abordar la violencia contra la mujer.

SECCIÓN 1: MEDIDAS BÁSICAS DE UNA PROGRAMACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

FORTALECER LA CAPACIDAD DE RESPUESTA A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

INTERVENCIONES

- Concientizar al personal del programa, los usuarios/as y las comunidades con respecto a las conexiones entre la violencia contra la mujer y el VIH, elaborando y difundiendo información y material de sensibilización sobre las relaciones entre el VIH y la violencia.
- Incorporar la capacitación sobre violencia contra la mujer como parte de una capacitación general sobre género, sexualidad y derechos humanos, o integrarlas como parte de una capacitación básica sobre consejería y pruebas de detección de VIH o de orientación sobre una actividad sexual de menor riesgo o sobre reducción de riesgos.
- Donde haya servicios de referencia disponibles, preparar una lista de los mismos y colaborar con los grupos existentes, por ejemplo ONG, grupos de mujeres, grupos de apoyo entre compañeras y albergues para mujeres que experimentan violencia intrafamiliar.
 - Por ejemplo, establecer un proceso de referencia en dos sentidos para ayudar a las mujeres que experimentan violencia a tener acceso a servicios de salud y servicios sociales
- Preparar y aplicar protocolos para atender casos de violación y abuso sexual, y establecer una profilaxis post exposición, si corresponde, así como una anticoncepción de emergencia. Esto debe hacerse de acuerdo con las directrices de la OMS¹ y las directrices nacionales sobre profilaxis post exposición (donde estén disponibles).
- Establecer mecanismos para que los proveedores puedan abordar la violencia en sus propias vidas, inclusive mediante una derivación a servicios de consejería disponibles.
- En el **RECUADRO 1.9** de la página 11 se describe un recurso para fortalecer la capacidad del personal del programa para identificar y responder a las mujeres que puedan correr riesgos de violencia de parte de sus parejas o de otros familiares.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre la atención médico judicial de las víctimas de violencia sexual (31) y las directrices conjuntas OMS/OIT sobre profilaxis posterior a la exposición para prevenir el VIH (32).

FORTALECER LA CAPACIDAD PARA UNA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

La comunicación interpersonal entre el personal de salud y usuarios/as, por ejemplo al proporcionar consejería, es un elemento clave de los programas y servicios sobre VIH, y las desigualdades por razón de género en esta esfera pueden obstaculizar el acceso y la prestación de los servicios.

TEMAS CLAVE

- La dinámica de poder desigual entre el personal del programa y usuarios/as puede inhibir la comunicación interpersonal. Esta circunstancia puede verse agravada no solo por diferencias de niveles de instrucción entre proveedores y usuarios/ sino también por diferencias étnicas, de clase, edad, casta y género (34).
 - Por ejemplo, en muchas sociedades se acostumbra a las mujeres a no cuestionar, no reafirmar la propia opinión ni poner en discusión las opiniones de los hombres. Por consiguiente, ellas pueden ser renuentes a hacer preguntas o expresar sus inquietudes a proveedores varones (35).
- El uso de términos técnicos o médicos puede intimidar, especialmente a quienes carecen de instrucción. En muchos entornos, las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de ser analfabetas, o pueden tener menos instrucción que los hombres (36).
 - Por ejemplo, un estudio multinacional para mejorar las relaciones entre proveedores y usuarios/as en la prestación a las mujeres de servicios con perspectiva de género mostró que los proveedores a veces reforzaban las relaciones de poder desiguales con los y las usuarias al utilizar palabras complicadas (37).
- Una falta de confidencialidad debida a la presencia de otros miembros de la familia, o la falta de un espacio privado, pueden impedir que las mujeres hablen de temas delicados (por ejemplo las relaciones sexuales, la coacción o la violencia) con el personal de salud (38).
- Como resultado de una sobrecarga de pacientes y una falta de supervisión y capacitación, el personal de salud quizás no pueda suministrar adecuadamente información, responder a preguntas o dedicar tiempo a escuchar las inquietudes de las mujeres (39).

RECUADRO 1.9

Capacitación para abordar la violencia de género mediante consejería y pruebas voluntarias (33)

Vezimfihlo! (Para romper el silencio) es un programa de capacitación elaborado en Sudáfrica con el objetivo de capacitar a quienes prestan servicios de consejería y pruebas voluntarias para que puedan abordar la violencia de género. Se examinan las razones por las cuales la violencia de género es un problema de salud pública y la manera en que el personal de salud puede ayudar a usuarios/as que la experimentan; también incluye aptitudes de detección, consulta, comunicación y respuesta. El público destinatario comprende a consejeros/as y otros proveedores de servicios de consejería y pruebas voluntarias. Los temas clave del manual son los siguientes:

- la construcción social del género
- la violencia de género como prioridad de salud pública
- maneras en que el sector de la salud puede responder a la violencia de género
- actitudes hacia la violencia de género
- causas y consecuencias de la violencia de género
- experiencias de violencia de género
- identificación de la violencia de género
- obstáculos para la identificación y la revelación de la violencia
- funciones del sector de la salud en pro de la seguridad
- preguntas sobre maltrato y evaluación de la seguridad
- aptitudes de consulta para mejorar la comunicación
- opciones para las mujeres maltratadas
- la violencia de género en actividades de consejería y pruebas voluntarias
- establecimiento de sistemas de apoyo, incluidos recursos de la comunidad.

Mensajes clave para abordar la violencia contra la mujer en el sector de la salud

- La violencia de género es un problema de salud, de manera que la pregunta no es si procede ocuparse de ella sino cómo hacerlo.
- El personal de salud que trabaja en servicios de consejería y pruebas voluntarias, y quienes prestan apoyo a mujeres maltratadas, deben ocuparse de los factores que sitúan a las mujeres en contextos de riesgo y menoscaban la capacidad de las mujeres con VIH de llevar una vida saludable.
- La función del personal de salud al abordar la violencia de género consiste en lo siguiente:
 - formular preguntas al respecto
 - manifestar empatía y no emitir juicios de valor
 - hablar de la manera en que la violencia puede aumentar el riesgo al VIH
 - hablar de sus efectos en la revelación y en la posibilidad de llevar una vida saludable con VIH
 - hablar de la seguridad y suministrar información acerca de opciones.

FORTALECER LA CAPACIDAD PARA UNA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

INTERVENCIONES

- Como parte de la capacitación básica en los servicios para el VIH, por ejemplo los de consejería y pruebas de detección de VIH o tratamiento y atención del VIH, fortalecer la capacidad del personal del programa para una comunicación interpersonal con perspectiva de género, especialmente de quienes pueden pasar mucho tiempo interactuando directamente con usuarios/as (por ejemplo los consejeros/as). Esto comprende la capacidad de escuchar, validar los sentimientos del cliente y manifestar empatía y respeto en forma verbal y no verbal.
- Sensibilizar a los proveedores para que sean conscientes de las diferencias de poder entre ellos mismos y los usuarios/as como resultado de diferencias de género, clase y etnia y sean conscientes de manifestar frente a éstos, actitudes valorativas y sesgos personales.
- Fortalecer la capacidad de los proveedores para explicar aspectos médicos y técnicos en un lenguaje no especializado para que usuarios/as los entiendan.
- Abordar también la comunicación no verbal de los proveedores a sus usuarios/as (por ejemplo expresiones faciales, gestos), que puede transmitir tanto como la comunicación verbal.
- Apoyar la confidencialidad en la comunicación interpersonal (por ejemplo utilizar otro espacio, o esperar hasta que queden el proveedor y el usuario solos en la habitación antes de plantear temas delicados).
- Reclutar y capacitar a consejeros/as de la misma comunidad para que suministren más información y orientación relacionada con el VIH.
- En el **RECUADRO 1.10**, (véase al costado), se describe una intervención de consejería de mujeres con perspectiva de género.

RECUADRO 1.10

Consejería ginecológica centrada en las mujeres (40)

El proyecto de salud centrado en las mujeres en la India fue una intervención colaborativa con la participación de la Municipal Corporation of Greater Mumbai, SAHAJ (una ONG local) y el Royal Tropical Institute (KIT), de Amsterdam. El proyecto tenía por objeto proporcionar a las mujeres atención de salud reproductiva con perspectiva de género mediante intervenciones clínicas y de consejería. Se observó que la comunicación con los proveedores de servicios de salud era un aspecto importante de la calidad de la atención desde la perspectiva de las mujeres pobres y marginadas que acudían a servicios de salud. El proyecto estableció por consiguiente un centro de consejería inspirado en el concepto de orientación centrada en las mujeres.

La consejería centrada en las mujeres se definió como un enfoque integrado y habilitador que ofrece a las mujeres la posibilidad de recuperar el control de la propia vida, las ayuda a elegir alternativas y fijar metas y las alienta a creer en sí mismas y a cuidarse. Se dictó capacitación para enfermeras, agentes de salud de la comunidad y médicos. Los temas incluían: consejería centrada en las mujeres; aptitudes para la consejería y principios de la misma; aptitudes para la comunicación y principios de la misma; comunicación sobre temas de sexualidad; consejería para adolescentes; violencia de género y salud ginecológica; y documentación y registro. La capacitación también abarcaba ejercicios destinados a fortalecer aptitudes mediante la escenificación de situaciones, haciendo hincapié en las cualidades de un buen consejer/a y los conceptos de género y sexualidad. Se estableció el siguiente apoyo:

- retroalimentación periódica sobre estilos de comunicación mediante observaciones estructuradas de la comunicación entre proveedor y usuario/a;
- creación de listas de verificación para autoevaluación;
- hojas de datos para registrar los beneficiarios de consejería;
- listas de verificación para seguir de cerca la calidad de la consejería.

La evaluación se centró en determinar si los consejeros/as habían establecido una buena relación con los y las usuarias, respeto de la confidencialidad, entrega de información exacta y completa, transmisión de mensajes con perspectiva de género, utilización de apoyos visuales, empleo de un lenguaje respetuoso y apropiado, dedicación de tiempo suficiente a usuarios/as, documentación de la información y programación del seguimiento de la consejería.

1.3.3 Reducir las barreras de acceso a los servicios sobre VIH

Las barreras de acceso a los servicios sobre VIH que encuentran las mujeres se relacionan generalmente con la prestación de los servicios y factores comunitarios y cotidianos. Los programas que abordan esas barreras responden a necesidades prácticas de las mujeres respecto de servicios de calidad fácilmente accesibles.

PROMOCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS

La toma de conciencia de comunidades y personas acerca de la importancia y la disponibilidad de los servicios de consejería y pruebas de detección, tratamiento y atención del VIH y atención y apoyo en el hogar, constituye un primer paso hacia un acceso creciente de las mujeres a estos servicios.

TEMAS CLAVE

- Muchas mujeres no se consideran en riesgo si han tenido sólo una pareja o son fieles a la propia pareja. Las mujeres monógamas quizá opinen que los mensajes de prevención del VIH que insistan en la fidelidad no están dirigidos a ellas y, en consecuencia, quizá no tomen medidas apropiadas para protegerse del VIH (41).
- La estigmatización y la discriminación de quienes están expuestos al riesgo del VIH, o afectados por éste, pueden disuadir en particular a las mujeres de buscar información sobre el VIH.
 - Por ejemplo, si las normas sociales exigen que las jóvenes solteras no sean sexualmente activas ni tengan conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva y el VIH, por temor a ser consideradas “inmorales” o “promiscuas” las jóvenes solteras quizá no se decidan a obtener información fidedigna sobre el VIH (42).
- Las mujeres suelen tener niveles de alfabetización e instrucción menores a los de los hombres y esto limita la eficacia de las comunicaciones dirigidas a ellas a través de la prensa y otros medios escritos (36).

■ En muchas sociedades las normas socioculturales exigen que las mujeres consulten a sus parejas y familias extensas respecto de decisiones clave que afectan a su salud, especialmente su salud reproductiva, por ejemplo sobre el lugar del parto (en casa o en un establecimiento de salud), prácticas de lactancia y la atención posparto. Esto tiene implicancias para el acceso a los programas de VIH.

■ Por ejemplo, investigaciones realizadas en Botswana y Zambia muestran que al decidir si participarán en programas de VIH las mujeres están muy influenciadas por las opiniones de los cónyuges, compañeros, familiares y miembros de la comunidad (43).

■ En muchos entornos, las embarazadas no solicitan atención prenatal básica y sólo contactan a los servicios de salud materno infantil si necesitan atención obstétrica de emergencia, o después del parto si sus hijos necesitan atención de salud. Hay un desconocimiento de los servicios posiblemente asociado a una falta de información básica, un acceso limitado a los servicios de salud materno infantil y un desaprovechamiento de los mismos (36, 44).

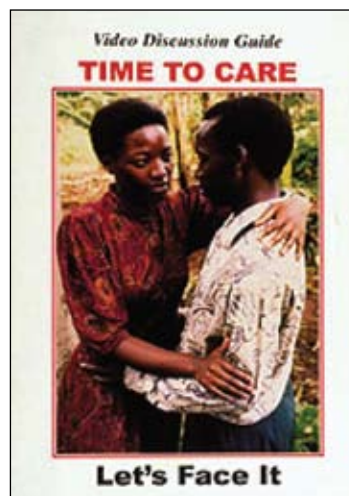
■ La atención y apoyo en el hogar a personas con VIH suele ser proporcionado en la familia por mujeres, especialmente mujeres de edad y niñas, quienes lo hacen a menudo de manera invisible, no remunerada y sin apoyo del sector de la salud ni de la comunidad (36). Muchas mujeres procuran equilibrar difícilmente la prestación de atención con sus otros roles, incluido el sustento económico de la familia, o las niñas tienen que abandonar la escuela para atender a familiares enfermos.

INTERVENCIONES

- Elaborar estrategias de comunicación y mensajes que permitan conocer los diferentes riesgos para las jóvenes, las embarazadas y las mujeres mayores frente al VIH y que señalen la importancia de solicitar servicios de pruebas de detección de VIH, tratamiento y atención.
 - Por ejemplo, las mujeres casadas pueden necesitar mensajes específicos que destaquen la importancia de acudir a servicios sobre VIH, aunque sean monógamas. Pueden necesitarse información y estrategias específicas para las trabajadoras sexuales, consumidoras de drogas inyectables, adolescentes o jóvenes solteras.

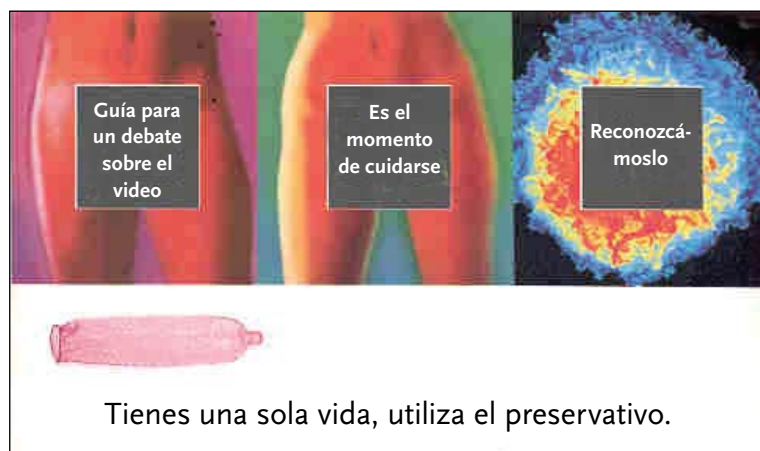
PROMOCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS

- Formular mensajes que reconozcan y valoren la contribución de mujeres y niñas a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH, y sus funciones como prestadoras de asistencia en las familias, las comunidades y los servicios de salud y como líderes comunitarias, madres y compañeras, a fin de contrarrestar los efectos del estigma y la carga que sobrellevan las mujeres.
- Evitar los mensajes sobre prevención, tratamiento y atención del VIH que refuercen estereotipos perjudiciales sobre mujeres, hombres o cualquier grupo marginado.
 - Por ejemplo, evitar mensajes sobre consejería y pruebas de detección de VIH como el siguiente, aparecido recientemente en un país industrializado: “¿Qué clase de madre podría haber transmitido VIH a su bebé? Una que no se haya hecho las pruebas de detección”. Esto estigmatiza a las mujeres sugiriendo que la madre es culpable si su hijo es VIH positivo (45).
- Formular mensajes positivos que muestren la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en las decisiones sobre asuntos sexuales, reproductivos y de salud (por ejemplo sobre pruebas de detección de VIH, uso de condones, profilaxis ARV) y en la atención a los familiares con VIH.
- Por ejemplo, formular mensajes que muestren a un hombre y una mujer juntos en un consultorio donde se realizan pruebas de detección de VIH (véase la **FIGURA 1.1** en la página 15).
- Utilizando medios accesibles a mujeres con diferentes niveles de alfabetización, transmitir mensajes en diferentes lugares donde acudan mujeres y niñas (por ejemplo reuniones de grupos de mujeres, lugares de trabajo, escuelas).
 - Por ejemplo, además de material escrito, recurrir a medios visuales tales como videos en salas de espera y emisiones de radio y televisión, o a sitios comunitarios tales como teatros locales, para llegar a mujeres y niñas que no puedan leer y escribir (46).
- Elaborar estrategias de comunicación, material y mensajes dirigidos a los hombres y los compañeros íntimos de las usuarias que buscan servicios sobre VIH, así como mensajes dirigidos a personas influyentes de la comunidad.
- Hacer participar a mujeres con VIH y grupos comunitarios en el diseño de estrategias y material de comunicación para sensibilizar acerca del VIH y los servicios disponibles.
- Transmitir mensajes e información sobre las normas y prácticas socioculturales perjudiciales, como la violencia contra la mujer y las restricciones a la movilidad y la autonomía de la mujer, incluidas las que afectan a la toma de decisiones de índole sexual.
- Suministrar información a usuarios/as y comunidades sobre los servicios requeridos en particular por las mujeres (por ejemplo servicios jurídicos, planes de microcrédito, programas de nutrición y cuidado de niños).



Ejemplos de mensajes que tienen en cuenta la perspectiva de género (1, 47)

Este material (izquierda) ilustra la noción de responsabilidad compartida en la toma de decisiones de índole sexual y la prevención del VIH.



Ejemplo de mensaje con estereotipo de género (48)

Esta imagen reafirma la idea de que en las relaciones sexuales los hombres son activos y las mujeres pasivas.

FIGURA 1.1 MENSAJES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO Y MENSAJES CON ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS

TEMAS CLAVE

- Al pretender que los y las usuarias viajen largas distancias para obtener servicios se puede perjudicar especialmente a las mujeres, quienes suelen tener menos movilidad o menos acceso al dinero que los hombres (36).
- Por ejemplo, las mujeres que necesitan tratamiento y atención en VIH pueden encontrar dificultades para cumplir con la terapia antirretroviral (TARV) debido a limitaciones de movilidad y de tiempo que pueden impedirles regresar para recibir más ARV y seguimiento (49).
- Muchas embarazadas, incluidas las que están con VIH, siguen dando a luz en casa debido a problemas de transporte, costos inasequibles o preferencias culturales. En consecuencia, su acceso a los servicios para el VIH es limitado (50).
- Las mujeres pueden necesitar permiso de sus parejas u otros familiares para viajar. Por otro lado, a menudo tienen que equilibrar la atención de su salud con tareas domésticas, actividades generadoras de ingresos y, cada vez más, el cuidado de los familiares con enfermedades relacionadas con el sida (36, 44).

INTERVENCIONES

- Elaborar estrategias para acercar lo más posible los servicios a la comunidad, inclusive para prestar servicios de atención primaria.
 - Por ejemplo, en programas de tratamiento y atención del VIH, dispensar TARV en la vecindad para acercar lo más posible la entrega de medicamentos requeridos. Para ello se podría fortalecer la capacidad de los servicios periféricos y establecer mecanismos comunitarios para reponer ARV y dar seguimiento.
- Colaborar con las comunidades para cuestionar las normas perjudiciales que restringen la movilidad, la autonomía y la condición de la mujer en la familia.
- Consultar a las comunidades locales para determinar los horarios de apertura más apropiadas para la prestación de los servicios.
 - Por ejemplo, tener en cuenta los momentos en que hay cuidado de niños/as, a fin de que los horarios del consultorio sean convenientes para las mujeres.
- Reducir al mínimo el número de visitas de usuarios/as a los servicios de salud.
 - En muchos contextos, por ejemplo, se están introduciendo pruebas de detección de VIH rápidas con obtención de resultados el mismo día, y esto ha permitido aumentar el número de mujeres que reciben los resultados de las pruebas porque no tienen que regresar para ello (51).

MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA SANITARIA EN BENEFICIO DE LOS Y LAS USUARIAS

Una infraestructura sanitaria deficiente afecta particularmente a las mujeres, que a menudo dependen de los servicios públicos porque carecen de los recursos que les permitirían utilizar servicios privados. Por consiguiente, al mejorar la calidad de la infraestructura sanitaria se satisfacen necesidades prácticas de las mujeres de tener servicios de salud de buena calidad que sean accesibles y tengan en cuenta sus situaciones específicas.

TEMAS CLAVE

■ En contextos con recursos limitados, especialmente en el sector público, la estructura y la disposición física de los servicios de salud pueden contribuir a una afluencia ineficiente de pacientes, hacinamiento en salas de espera, filas y esperas prolongadas (38–39).

■ Por ejemplo, la falta de abastecimiento de agua limpia, la falta de inodoros limpios y separados para las mujeres y una falta general de limpieza pueden disuadir a muchos de acudir a los servicios, o hacer que la experiencia del servicio sea desagradable.

■ Las interrupciones en el suministro de medicamentos del sector público obliga a los y las usuarias a adquirir los medicamentos en el sector privado. Esto puede poner en peligro el acceso a estos, especialmente para las mujeres que tienen una disponibilidad limitada de dinero en efectivo (39).

■ Una falta de privacidad en los consultorios puede inhibir a las mujeres a abordar asuntos íntimos en relación a sus necesidades de prevención, tratamiento y atención del VIH. También puede hacer que las mujeres se sientan incómodas para un examen físico (especialmente para un examen ginecológico) (38).

INTERVENCIONES

■ Establecer y ejecutar un programa de garantía de la calidad para abordar situaciones de infraestructura sanitaria como la afluencia de pacientes, las salas de espera, la privacidad, la limpieza e inodoros separados para mujeres y hombres.

■ Por ejemplo, conseguir que las salas de espera existentes sean más amigables con las mujeres acompañadas de sus niños/as (por ejemplo tener un área de juego).

■ Mejorar las actividades de adquisición, suministro e inventario para que haya un suministro regular y fiable de medicamentos esenciales, productos básicos y equipo médico para que las mujeres no tengan que hacer múltiples viajes a los establecimientos de salud o recurrir al sector privado.

■ Por ejemplo, se desarrolló una intervención llamada “Personal de Salud para el Cambio” con objeto de prestar a las mujeres servicios de calidad con perspectiva de género. La intervención ayudó a los proveedores a mejorar sus relaciones con usuarios/as y abordar limitaciones como la falta de medicamentos. Una evaluación realizada en Sudáfrica, Nigeria, Ghana, la República Unida de Tanzania, Kenya y la Argentina, mostró mejoras en la disponibilidad de medicamentos, entre otros factores que contribuyeron a mejorar la satisfacción de usuarios/as con los servicios (52).

■ En el **RECUADRO 1.11** (véase más abajo) se presenta una lista de verificación para evaluar la infraestructura sanitaria desde la perspectiva de género.

RECUADRO 1.11

Lista de verificación de la calidad de la atención en el servicio (25)

- ¿Tiene el establecimiento un área específica para las consultas?
- ¿Pueden los y las usuarias ser oídos o vistos desde fuera del área de consulta?
- ¿Hay un área específica separada y privada para brindar consejería?
- ¿Hay un área específica donde los y las usuarias puedan obtener información general acerca del establecimiento y otro material didáctico?
- ¿Tiene el establecimiento un área para cuidar a los niños?
- ¿Hay inodoros separados para mujeres y hombres?
- ¿Son los baños satisfactorios (están limpios, abastecidos, en buen estado de funcionamiento)?

REDUCIR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

TEMAS CLAVE

- Las experiencias de las mujeres con los servicios de salud dependen de sus interacciones con el personal del programa. Las opiniones moralistas acerca del sexo, y las correspondientes actitudes negativas o valorativas hacia las personas con VIH, afectan a las relaciones entre el personal de salud y usuarios/as.
 - Por ejemplo, en un contexto, mujeres con VIH dijeron haber sido enviadas a casa después de una cesárea con la explicación de que sus bebés morirían a causa del VIH (53).
- Las mujeres con VIH son objeto de estigmatización y discriminación de parte del personal del programa.
- En un estudio realizado en cuatro países de Asia y el Pacífico se observó que hasta un 49% de las personas con VIH experimentaban de parte del personal de salud discriminación relacionada con el VIH. Las embarazadas con VIH tenían mayores probabilidades de experimentar coerción para hacerse pruebas de detección de VIH o retrasos en el tratamiento o violaciones de sus derechos reproductivos (por ejemplo de ser forzadas a abortar o recibir el consejo de no tener hijos), en comparación con otros entrevistados sin VIH (54).
- El estigma y la discriminación en entornos de atención de salud surgen en parte porque el personal mismo del programa – integrado por muchas mujeres en la primera línea de intervención – también teme la estigmatización si adquiere VIH por exposición laboral (55). En parte, el temor a la exposición laboral puede obedecer a que el personal del programa no puede adoptar las precauciones universales con respecto a los procedimientos médicos (por ejemplo no tienen acceso a guantes, agujas o jeringas limpias para tratar a los y las usuarias).¹

INTERVENCIONES

- Elaborar y aplicar políticas no discriminatorias respecto de las personas con VIH, incluido el personal que pueda estar con VIH (57–58).
- Establecer y hacer cumplir medidas para que se interpongan demandas desde quienes hayan experimentado discriminación en los servicios de salud.
- Ayudar al personal del programa a aclarar sus valores en relación con las normas de género y sexo y a hablar de sus temores relacionados con el VIH; sensibilizarlo acerca del uso de un lenguaje que no estigmatice a quien solicite servicios sobre VIH.
- Capacitar al personal de salud para lo siguiente: mantener la confidencialidad; buscar consentimiento informado para los procedimientos; y respetar los derechos de los pacientes, incluidos los derechos reproductivos de la mujer.
 - Por ejemplo, sensibilizar a los proveedores para que respeten los derechos de las personas con VIH a ser sexualmente activas, a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y los intervalos entre éstos y a disponer de la información y los medios necesarios para ello.
 - Disponer material en los consultorios, por ejemplo material sobre los derechos de las personas con VIH. Véanse en el módulo genérico de capacitación de la OMS y los CDC para la PTMI ejemplos de material sobre los derechos de los y las usuarias (60).
- Suministrar información a usuarios/as acerca de sus derechos, incluidos los de las personas con VIH, para que sean conscientes de ellos y de su derecho a una atención sin discriminación.
- En la **FIGURA 1.2** de la página 19 se describen tipos de estigma experimentados en casos de atención de salud y estrategias para enfrentarlos.

¹ Véase la herramienta de planificación de la OMS sobre la protección del personal de salud, en la que se describen los principales elementos de las precauciones universales (59).



FIGURA 1.2 EJEMPLOS DE ESTIGMATIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD (56)

Comportamientos que conllevan estigmatización en establecimientos de salud

FORMAS DE ESTIGMA: Aislamiento y descuido de enfermos crónicos. Contacto físico limitado del personal de salud por temor a contraer VIH. La falta de contacto desmoraliza a los pacientes y éstos sienten que no se les quiere. El personal de salud que rumorea sobre antecedentes sexuales del paciente (calificándolo de “promiscuo”) viola la confidencialidad. Algunos trabajadores sanitarios abandonan al paciente porque suponen que va a morir rápidamente y se preguntan para qué perder tiempo. Algunos proveedores tienen miedo de hacerse las pruebas ellos mismos porque temen que sus colegas los estigmaticen.

ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR EL ESTIGMA: Mediante capacitación en el servicio, actualizar al personal de salud sobre VIH, ARV y estigma. Ayudar al personal de salud a hablar de los propios sentimientos y temores acerca del VIH. Enseñarles a interactuar con los pacientes con delicadeza. Obtener retroalimentación de usuarios/as (por ejemplo invitar a miembros de la comunidad a recorrer el consultorio para identificar elementos de estigmatización).

(Adaptado de la Caja de Herramientas de CHANGE.)

PRESTAR SERVICIOS INTEGRALES

TEMAS CLAVE

- En la Plataforma de Acción de Beijing (61) la prestación de servicios integrales de salud que tengan en cuenta las necesidades de la mujer durante toda su vida, así como sus múltiples funciones y responsabilidades, se especifica como enfoque fundamental en la perspectiva de género en pro de la salud de la mujer. Un enfoque integral, por lo tanto, tiene en cuenta las múltiples y cambiantes necesidades y funciones de las mujeres vulnerables al VIH, que están con VIH o se encuentran afectadas por el VIH.
- Un enfoque centrado en la función reproductiva de las mujeres, por ejemplo en prevenir la transmisión de VIH a los lactantes, sin atender las necesidades propias de las mujeres, no proporciona a éstas una atención integral, holística, que es esencial en una perspectiva de género. Este enfoque restringido también desaprovecha la posibilidad de llegar a las mujeres sexualmente activas y no embarazadas que pueden correr el riesgo de adquirir VIH, o que están con VIH.
- En la mayor parte de los contextos, el VIH, la salud reproductiva, la salud materna y la tuberculosis se abordan mediante programas verticales no integrados ni vinculados entre sí por redes de derivación. La integración y la conexión dentro de los programas sobre VIH, y de éstos con otros servicios y programas, mejora el acceso a los servicios y permite ofrecer a la mujer una atención adecuada a las necesidades de género, integral y holística (62).

INTERVENCIONES

- Identificar la variedad de servicios que necesitan las mujeres. Esto abarca información y servicios relacionados con lo siguiente: prevención del VIH; orientación continua sobre VIH; planificación familiar; atención relacionada con el embarazo; y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, infecciones de transmisión sexual e infecciones oportunistas como la tuberculosis.
- Establecer o fortalecer conexiones entre programas y servicios de consejería y pruebas de detección de VIH, PTMI, y tratamiento y atención del VIH, así como con servicios de salud sexual y reproductiva (por ejemplo de planificación familiar, ITS, detección de cáncer cervicouterino) (63–64).
 - Por ejemplo, capacitar a consejeros/as en planificación familiar para que reciban a mujeres con VIH como parte de su clientela regular, ofrezcan a éstas una amplia variedad de opciones anticonceptivas y las deriven apropiadamente para que satisfagan otras necesidades de salud.
- Crear una red formal o informal de derivación entre diversos servicios.
 - Por ejemplo, Family Health International ha ideado tres modelos de redes de derivación: uno para el personal de programas o unidades sobre VIH; otro para organizaciones de la comunidad; y un tercero en el cual los programas de VIH designan un gerente de casos, encargado de determinar las necesidades de usuarios/as y coordinar los diferentes programas y servicios (65).

ATENDER LAS NECESIDADES PSICOSOCIALES DE LAS USUARIAS

TEMAS CLAVE

- Muchas mujeres con VIH se encuentran abandonadas, expulsadas de sus hogares, sin bienes (tierras u otras propiedades) y sin medios para generar ingresos o mantenerse tras la muerte del esposo (66).
 - Por ejemplo, evidencias procedentes de América Latina, África y Asia Meridional sugieren que una fracción (menos del 30%) de las tierras son propiedad de mujeres, en comparación con las propiedades de hombres (36).
- Ante la pobreza, muchas mujeres se ven obligadas a intercambiar sexo por dinero, alimentos o la satisfacción de otras necesidades para su supervivencia, exponiendo así su salud a riesgos adicionales.
 - Por ejemplo, en un estudio transversal de la población de Botswana y Swazilandia se observó que las mujeres que no habían tenido suficientes alimentos para comer durante los 12 meses precedentes, habían utilizado condones de manera inconstante, intercambiado sexo por dinero o manifestado algún otro comportamiento sexual de riesgo (67).
- Las mujeres con VIH pueden encontrarse sin trabajo y sin posibilidades de resolver el cuidado de sus hijos y otros familiares.
- Las mujeres con VIH y sus familiares tienen que sufrir angustia, ira, fatiga y temor. También pueden enfrentar culpa y rechazo de parte de familiares, vecinos, colegas de trabajo y amigos.
- Las jóvenes y las niñas tal vez abandonen la escuela para atender y mantener a familiares con VIH. Esto expone a muchas de ellas a mayores riesgos frente al VIH, porque se ven privadas de educación, capacidad de ganar ingresos en el futuro y oportunidades de obtener conocimientos, información y aptitudes que las ayudarían a prevenir el VIH (68).

INTERVENCIONES

- Crear y fortalecer conexiones con programas que presten apoyo y orientación psicosocial continua, apoyo nutricional (por ejemplo administración de suplementos de micronutrientes a madres con VIH y sus hijos lactantes) y atención y apoyo en el hogar a las personas con VIH (69–71).
- Crear y fortalecer conexiones con servicios sociales, incluidos grupos de apoyo a madres seropositivas al VIH, servicios jurídicos, planes de generación de ingresos, iniciativas de seguridad alimentaria, programas de atención y apoyo en el hogar o comunitaria, atención a huérfanos y servicios para mujeres que experimentan violencia, donde estén disponibles.
 - En Zimbabwe, por ejemplo, los grupos de apoyo proporcionaron a mujeres con VIH y sus familiares educación en salud, ayuda para el cuidado de los niños y niñas y las tareas domésticas, enfermería paliativa y dinero para gastos médicos y de funerales. Los miembros de grupos de apoyo reportaron menores niveles de depresión, ansiedad e insomnio que los no miembros (53).

1.3.4 Promover la participación de la mujer

El principio de promover la participación de la mujer se basa en la conciencia de que, como beneficiarias y miembros de la comunidad, las mujeres suelen poseer experiencia, habilidades, conocimientos, capacidad y voluntad para propiciar cambios en estructuras, normas y valores y optar con conocimiento de causa y adoptar decisiones fundamentadas sobre el VIH (36). Las mujeres con VIH conocen por experiencia propia las dificultades y beneficios de utilizar los servicios sobre VIH. Algunas mujeres con VIH, quizá estén dispuestas a revelar públicamente su estado serológico y, en consecuencia, pueden contribuir abiertamente a la planificación, la ejecución y la evaluación de programas. El principio de promover la participación de la mujer está incorporado en la Declaración sobre una Mayor Participación de las Personas con VIH (GIPA) (72–73). Este principio responde a necesidades estratégicas de las mujeres de transformar las condiciones que las hacen vulnerables a una salud deficiente y restringen su acceso a los servicios.

HACER PARTICIPAR SIGNIFICATIVAMENTE A LAS MUJERES CON VIH

TEMAS CLAVE

- La participación de mujeres con VIH en los programas puede verse desfavorecida por estigmatización y discriminación tras haber revelado ellas públicamente su estado serológico y por actitudes de colegas de programa y colaboradores.
- A veces la participación de mujeres con VIH en programas es simbólica, es decir pueden ser invitadas a formular declaraciones pero no se toman en cuenta sus inquietudes, o no pueden participar en la adopción de decisiones (74).
- La participación de mujeres con VIH a menudo depende de que se ofrezcan como voluntarias, y esto quizá no sea sostenible si tienen que mantenerse económicamente a sí mismas y a sus familias.
- La participación de mujeres marginadas con VIH puede verse desfavorecida por la criminalización de su estado.
 - Por ejemplo, las trabajadoras sexuales con VIH pueden tener miedo de ser denunciadas a las autoridades.

INTERVENCIONES

- Mientras debe promoverse la participación de las mujeres con VIH, no siempre se conoce el estado serológico del personal y los voluntarios que trabajan en programas de tratamiento, atención y apoyo. La revelación debe ser siempre voluntaria.
- Facilitar la participación activa de redes de mujeres con VIH – incluidas las que representan a mujeres jóvenes y comunidades marginadas – a diseñar y aplicar programas en todos los niveles.
- Reconocer el valor del aporte de las mujeres con VIH remunerándolas, en lugar de depender de su espíritu de voluntariado. Esto quizá sea especialmente beneficioso para las mujeres, que a menudo carecen de medios de vida alternativos.
- Establecer y aplicar prácticas, normas y procedimientos para el entorno laboral que no discriminen contra los empleados con VIH.

HACER PARTICIPAR A LOS HOMBRES COMO COMPAÑEROS, PADRES Y BENEFICIARIOS

En un enfoque de género, al hacer participar a los hombres en los programas sobre VIH se responde a necesidades estratégicas de la mujer porque el objetivo de esa participación es transformar normas socioculturales, roles de género, estereotipos y relaciones desiguales de poder que limitan el acceso de las mujeres a los programas y la aceptabilidad de éstos.

TEMAS CLAVE

- Muchos programas de salud, en particular en servicios de salud reproductiva (por ejemplo planificación familiar, consultorios prenatales), no se hacen extensivos a los hombres.
 - Por ejemplo, investigaciones realizadas en Nepal sobre obstáculos para promover la participación masculina en los servicios de salud materna indicaron que las políticas de los hospitales, los problemas de espacio en los establecimientos y la escasez de personal, entre otros factores, constituían barreras que desalentaban la participación del hombre en la salud materna (75).
- Las normas sociales en muchos lugares exigen que las mujeres asuman la responsabilidad y la mayor parte de la culpa si las cosas salen mal. En muchos entornos, las mujeres necesitan permiso de los hombres y las familias extensas para tomar decisiones en materia de salud.
 - Por ejemplo, según datos de la Encuesta de Demografía y Salud sobre la autonomía de las mujeres, en algunos países hasta un 75% de las mujeres dicen que sus esposos toman ellos solos las decisiones en materia de salud (36).
- La falta de participación masculina afecta en particular la aceptabilidad de las intervenciones de PTMI porque algunas mujeres no consiguen permiso para hacerse pruebas de detección de VIH, tienen miedo de revelar a sus parejas su estado con respecto al VIH o se les impide adoptar prácticas de alimentación de lactantes menos riesgosas (76).
- Hay normas relacionadas con la masculinidad que autorizan al hombre a imponer su voluntad en las decisiones de índole sexual y reproductiva, tener múltiples parejas o cometer actos de violencia contra la mujer. Esas normas también impiden que los hombres soliciten servicios de salud, incluidos los de consejería y pruebas de detección de VIH, hasta que estén muy enfermos, y por consiguiente aumentan la vulnerabilidad de hombres y mujeres al VIH (24).
- Las mujeres y niñas prestan la mayor parte de la atención relacionada con el VIH, porque se considera una continuación de su función de prestadoras de atención en la familia.
 - Por ejemplo, las responsabilidades relacionadas con la atención y apoyo en el hogar se consideran “domésticas” y, por lo tanto, recaen sobre las mujeres (36). Esto impone a las mujeres una carga enorme de trabajo no reconocido, no valorado y no remunerado.
- Tradicionalmente se asocia a los hombres con la generación de ingresos para la familia, y ellos rara vez hacen trabajos no remunerados (36).
- Los hombres pueden no tener las habilidades necesarias para prestar cuidados y apoyo – como cocinar, lavar ropa, cuidar a los niños y niñas o lavar los mosquiteros tratados con insecticida y volver a tratarlos para prevenir la malaria – porque quienes aprenden y realizan estas tareas son las mujeres.
- Con respecto a los temas relacionados con el VIH, incluidos la atención y el apoyo, los hombres quizá prefieran escuchar a otros hombres, aceptar esas problemáticas, examinarlas e intercambiar ideas al respecto con otros hombres antes que con mujeres.

HACER PARTICIPAR A LOS HOMBRES COMO COMPAÑEROS, PADRES Y BENEFICIARIOS

INTERVENCIONES

- Apuntar a las normas perjudiciales relacionadas con la masculinidad que conducen a hombres y muchachos a imponer su voluntad en la adopción de decisiones de índole sexual, o a no solicitar servicios de salud e información hasta que estén muy enfermos.
- Retratar a hombres como modelos positivos para imitar.
 - Por ejemplo, tratar de llegar a los hombres jóvenes de la comunidad para enseñarles el valor de los comportamientos sexuales responsables y de una mayor participación en la paternidad. Trabajar con grupos de hombres y con líderes comunitarios varones para abordar aspectos relacionados con la responsabilidad del hombre en la PTMI y su función como padre. Esto contribuirá a mitigar las consecuencias negativas que tal vez experimenten las mujeres por ser las primeras en llevar a casa resultados seropositivos al VIH, y reducirá la probabilidad de que el hombre restrinja a su compañera el uso de los servicios.
- Llegar a los hombres en sitios donde sea más probable encontrarlos, por ejemplo lugares de trabajo, de culto, de celebración de competencias deportivas y bares. También se puede llegar a ellos mediante programas en lugares de trabajo y servicios privados de atención a ITS y tuberculosis.
- Dar a los servicios de salud sexual y reproductiva un carácter más amigable con los hombres.
 - Esto puede lograrse, por ejemplo, mediante lo siguiente: dar a los espacios físicos de los establecimientos un carácter más amigable para hombres; establecer horarios de servicios que sean convenientes para ellos; preparar material de información dirigido a los hombres; capacitar a los proveedores de servicios de salud, incluido el personal de sexo masculino, para que trate de llegar a los hombres; y ofrecerles información sobre los lugares de acceso a servicios de consejería y pruebas de detección de VIH (77).

RECUADRO 1.12

Hacer participar al compañero sexual en la PTMI (78)

Un estudio reciente realizado en Nairobi, Kenya, reveló que la participación de las parejas en las pruebas de detección de VIH y consejería de las embarazadas que recibían atención prenatal estaba asociada con una mayor aceptabilidad para la PTMI. Las mujeres que asistían a un consultorio prenatal fueron reclutadas para el estudio en su primera visita. Estaban informadas acerca de la transmisión sexual y materno infantil de VIH y se las incentivó a que hablaran a sus parejas de la disponibilidad de consejería y pruebas de detección de VIH. Se pidió que regresaran una semana después para pruebas prenatales rutinarias y consejería y pruebas de detección de VIH voluntarias, y se les dio la opción de acudir solas o con sus parejas.

Sobre la base de sus preferencias iniciales, las mujeres y sus parejas recibieron consejería posterior a las pruebas, individualmente o junto con la pareja. Se pidió a las mujeres diagnosticadas con VIH y sus parejas que regresaran dos semanas después, cuando se las asesoró acerca de la PTMI. Esto incluía orientación sobre el uso de nevirapina y sobre la alimentación del lactante. A todas las mujeres con VIH se ofrecieron dosis maternas e infantiles de nevirapina.

Una semana después del parto se les preguntó si sus bebés habían recibido nevirapina y se les pidió que describieran la modalidad de alimentación del lactante. Se les pidió que regresaran con sus bebés al cabo de tres y seis meses para consejería adicional y para pruebas de detección de VIH optativas en los bebés.

Entre las mujeres cuyas parejas habían acudido para recibir consejería y realizarse pruebas de detección de VIH la probabilidad de que recibieran nevirapina era tres veces mayor ($p = 0,02$), y la probabilidad de que comunicaran haber usado la dosis materna o infantil de nevirapina era más de tres veces mayor ($p = 0,009$). Entre las mujeres que recibieron consejería y pruebas de detección de VIH con sus parejas la probabilidad de asistir a la cita de seguimiento al cabo de tres meses ($p = 0,03$) era ocho veces mayor y la probabilidad de que amamantaran era significativamente menor ($p = 0,03$). Tres meses después del parto, la notificación de la pareja estaba asociada a una tendencia a menores tasas de infección por VIH en los lactantes ($p = 0,07$). Las pruebas de detección de VIH y consejería con la pareja estaban asociadas a una tendencia a un mayor uso de condones después del diagnóstico de VIH ($p = 0,07$).

La participación de los compañeros en la consejería y pruebas de detección de VIH estaba asociada con un mayor alcance de las intervenciones para prevenir la transmisión materno infantil y sexual de VIH. Los investigadores recomendaron brindar consejería a las parejas como una estrategia para reducir la transmisión perinatal de VIH, y subrayaron la necesidad de enfoques factibles y accesible para motivar a los hombres a que participen en intervenciones de PTMI.

- Colaborar con líderes comunitarios varones para que asuman la responsabilidad de cuestionar las normas socioculturales que toleren la violencia contra la mujer, restrinjan los conocimientos de la mujer sobre salud sexual y reproductiva y limiten su autonomía.
- Colaborar con el personal de salud y voluntarios de sexo masculino para conseguir que otros hombres participen en la atención y apoyo en el hogar.
 - Por ejemplo, se podrían establecer foros de discusión o grupos de apoyo para hombres en los que se suministre información acerca de la atención y se hable de obstáculos, desafíos y experiencias.
- En el **RECUADRO 1.12** se describe una intervención con perspectiva de género destinada a hacer participar a los compañeros en la PTMI.

1.3.5 Integrar la perspectiva de género en el seguimiento y evaluación de programas

TEMAS CLAVE

- Muchos programas pueden no recoger los datos de referencia necesarios para el seguimiento y la evaluación desde la perspectiva de género.
- Los programas pueden no tener una política explícita, un plan o la capacidad de crear, recoger, analizar y utilizar datos desglosados por sexo y otras variables, como la edad, a fin de poder identificar las desigualdades de género en los resultados.
- Por falta de sistemas electrónicos de información en salud, muchos programas utilizan papel. Se ven agobiados al recoger, reunir y notificar numerosos indicadores. En consecuencia, la compilación de datos desglosados resulta muy compleja.
- Los directores de programa pueden no ver el valor o la utilidad de los datos desglosados para la vigilancia de programas y pueden preferir concentrarse en indicadores relacionados con los resultados clínicos sin desagregarlos.
- Los datos recopilados sistemáticamente no siempre se desglosan de forma apropiada (por ejemplo por sexo y edad) para analizar la manera en que un programa afecta a mujeres y hombres de diferentes edades (36).
- Los datos recopilados sistemáticamente suelen ser inadecuados para seguir de cerca o explicar actitudes socioculturales fundamentales, comportamientos y relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres (por ejemplo la negociación de una actividad sexual sin riesgos en la pareja, actitudes de los proveedores hacia las mujeres seropositivas, temor de las mujeres a revelar su estado serológico).
- A la hora de alcanzar a mujeres y hombres o establecer objetivos respecto de la prestación de servicios de VIH o la vigilancia de los programas, quizá no se tenga en consideración la equidad.

1.3.5 Integrar la perspectiva de género en el seguimiento y evaluación de programas

INTERVENCIONES

- Las directrices de la OMS y el ONUSIDA sobre seguimiento y evaluación del VIH recomiendan desglosar los datos por sexo y edad.¹ A fin de seguir esta recomendación, los programas tal vez requieran una política y un plan para recoger y analizar datos desagregados y utilizarlos con objeto de introducir modificaciones apropiadas en el diseño y la ejecución de programas.
- Revisar o elaborar sistemas de información sanitaria para posibilitar un desglose apropiado (por ejemplo por sexo y edad) de los indicadores habituales de los programas.
- Donde se hagan modificaciones específicas de programas para abordar las desigualdades de género, establecer indicadores de proceso que permitan determinar los progresos realizados hacia la reducción de dichas desigualdades. Ese seguimiento podría requerir estudios o evaluaciones periódicas o especiales.
- Utilizar métodos cualitativos para entender mejor las razones por las cuales podrían observarse determinadas diferencias o características en los resultados del programa.
 - Por ejemplo, si los datos desglosados por sexo revelan que un mayor número de mujeres que de hombres acuden a los servicios de tratamiento del VIH, una evaluación cualitativa tal vez permita entender las razones de ello.
- Sensibilizar al personal del programa acerca de la importancia de recoger, reunir y utilizar datos desglosados.
 - Por ejemplo, al poner a prueba sobre el terreno esta herramienta se observó que algún personal de programa no entendía la relevancia de los datos desglosados y, en consecuencia, sólo esporádicamente compilaba datos desagregados (80).
- Enseñar al personal responsable de la vigilancia de los programas a recoger, reunir, interpretar y analizar datos para obtener indicadores de los progresos hacia estrategias programáticas con perspectiva de género y de sus resultados.
- Hacer participar a las mujeres de las comunidades (por ejemplo redes de mujeres con VIH, grupos de mujeres, grupos de jóvenes, otras organizaciones de la sociedad civil, líderes de la comunidad) en el proceso de seguimiento y evaluación para que se tengan en cuenta sus necesidades, prioridades y experiencias en el mejoramiento y el desarrollo continuo de los programas (81).
- Tener en cuenta la equidad (en relación con la prevalencia del VIH y, en consecuencia, con las necesidades) al establecer metas de cobertura de mujeres y hombres con los servicios y al seguir de cerca los programas.
 - Por ejemplo, según la epidemiología local, un programa de tratamiento del VIH tal vez necesite establecer metas de cobertura de mujeres con el inicio del TARV (82).

¹ Véanse las directrices del ONUSIDA sobre la elaboración de indicadores básicos para la notificación prevista en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNGASS) (79).

1.3.6 Abogar por políticas en salud con perspectiva de género

Para sostener e institucionalizar los esfuerzos encaminados a abordar las necesidades de género en los programas sobre VIH es importante que las políticas generales de salud, así como las políticas que afectan indirectamente a la salud, promuevan las metas de igualdad entre los géneros y equidad en salud. Los directores de programas sobre VIH pueden o no participar en la formulación de políticas, según el nivel en el cual trabajen. Sin embargo, muchos de ellos pueden desempeñar un papel importante abogando por la igualdad entre los géneros en las políticas de salud y otras. La promoción de políticas de salud propicias responde a las necesidades prácticas y estratégicas de las mujeres, porque algunas políticas se relacionan con la mejora de la prestación de los servicios y otras se relacionan con la mejora de la condición sociocultural de la mujer.

ABORDAR LAS NECESIDADES DE GÉNERO EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Ofrecer y mantener una combinación apropiada de personal capacitado para prestar atención de salud, incluidos servicios relacionados con el VIH, es un reto. Esto sucede especialmente en muchos países en desarrollo, que tienen graves dificultades para reclutar y retener a trabajadores de la salud formados y capacitados. La escasez de recursos humanos en la red de salud pública, también afecta a las mujeres en las familias y comunidades, porque ellas sobrellevan como consecuencia una mayor carga de atención a los enfermos.

TEMAS CLAVE

- En muchos entornos, quienes proporcionan gran parte de la atención de salud directa son las enfermeras, parteras y agentes en salud de la comunidad, la mayoría de los cuales son mujeres (83). El predominio de mujeres en estas funciones se considera una prolongación de sus roles estereotípicos como prestadoras de cuidados. Esto tiene consecuencia en la capacidad de los programas y servicios sobre VIH para atraer a ciertos usuarios/as y satisfacer sus necesidades.
 - Por ejemplo, en la práctica en terreno de esta herramienta en la República Unida de Tanzania, la escasez de consejeros/as o trabajadores de extensión de salud comunitaria de sexo masculino se mencionó como una razón de las dificultades para atraer a los hombres o alentar a los compañeros íntimos a que acudan a los servicios (80).
- Los programas tal vez cuenten con voluntarias que prestan una atención de salud no remunerada, o tal vez no ofrezcan una remuneración suficiente ni prestaciones sociales a los trabajadores de la línea de intervención directa.
- En muchos contextos, el personal de salud femenino tiende a ocupar los niveles inferiores de la toma de decisiones, mientras que los hombres tienden a ocupar los niveles más altos en la toma de decisiones (por ejemplo como directores de programa, clínicos o funcionarios médicos) (84–86).
- Se ha reportado que en algunos contextos la falta de personal clínico femenino disuade a las mujeres de solicitar atención, especialmente si se requiere una exploración física íntima (por ejemplo un examen ginecológico) (87–88).
- El personal femenino quizá sea renuente a trabajar en centros de salud alejados, en lugares donde la vivienda es inadecuada y hay problemas de seguridad, especialmente si tienen que separarse de sus familias (89).
- Las desigualdades de género observadas en la vida de usuarios/as pueden verse reflejadas en la vida del personal del programa.
 - Por ejemplo, el personal de salud femenino puede experimentar acoso sexual en sus lugares de trabajo y hogares, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH (86).

ABORDAR LAS NECESIDADES DE GÉNERO EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

■ Los estudios han revelado que, como consecuencia de las cuestiones arriba señaladas, las perspectivas del personal de salud femenino no se ven reflejadas o abordadas en el diseño y la implementación de los programas y servicios. Estos estudios ponen de relieve las malas condiciones laborales debidas a sueldos insuficientes, supervisión insatisfactoria, falta de capacitación, sobrecarga de trabajo, acoso y un ambiente de trabajo inseguro, como resultado de lo cual el personal de salud femenino se siente aislado, privado de poder e insatisfecho. Esto a su vez puede afectar a la calidad de la atención prestada a los y las usuarias (84–89).

INTERVENCIONES

- Hacer participar en las decisiones pertinentes del programa a todo el personal del mismo, especialmente a las mujeres que ocupan los niveles más bajos de la toma de decisiones.
- Aplicar y hacer cumplir políticas sobre el lugar de trabajo que aborden la seguridad del personal del programa en destinos apartados, teniendo en cuenta la posibilidad de que el personal femenino sea vulnerable a la violencia.
- Explorar maneras de remunerar a los agentes comunitarios de la salud, inclusive en especies, por la atención de salud proporcionada gratuitamente.
- Explorar maneras de reclutar, capacitar y retener a una combinación de proveedores de servicios de salud de ambos sexos en niveles apropiados, para que los y las usuarias de ambos sexos puedan recibir servicios de proveedores con quienes se sientan cómodos.
 - Por ejemplo, considerar la posibilidad de reclutar, retener y capacitar a personal de salud de sexo masculino para prestar algunos servicios de primera línea, como los de consejería, enfermería y extensión comunitaria.
- Capacitar al personal del programa para que se sienta cómodo al abordar con usuarios/as del sexo opuesto temas tabú, como los relacionados con los comportamientos sexuales.
 - Las consejeras, por ejemplo, pueden necesitar capacitación para hablar con los hombres, especialmente si no hay ningún consejero varón disponible.
- Ofrecer igualdad de oportunidades de formación, capacitación continua y desarrollo de aptitudes profesionales al personal de salud de ambos sexos.
- Abogar por políticas de no discriminación por sexo, grupo étnico, casta, orientación sexual o estado serológico en lo concerniente a reclutamiento, remuneración y beneficios, y hacer cumplir dichas políticas.
- Establecer y hacer cumplir directrices para proteger al personal del acoso sexual, la coacción y la explotación en el entorno laboral.

PROMOVER MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO EN SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

TEMAS CLAVE

- Para las familias pobres, tanto los costos directos de la atención de salud (por ejemplo pago de tarifas por los usuarios, medicamentos) como sus costos indirectos (por ejemplo transporte, alimentos, agua, jornales perdidos) se encuentran entre las barreras más significativas de acceso a los servicios en VIH (90).
- Las mujeres se enfrentan con desafíos adicionales debido a una falta de control de los recursos familiares, la pobreza relativa de los hogares encabezados por mujeres y la priorización de ciertos miembros de la familia (generalmente niños y hombres) para la obtención de atención de salud (91–92).
 - Por ejemplo, las madres con VIH pueden usar recursos domésticos escasos para hacer atender a sus hijos lactantes expuestos al VIH, descuidando sus propias necesidades de atención.
- Los hombres, que suelen controlar los gastos domésticos, pueden valorar la atención a los lactantes más que la atención posparto a las mujeres. Como resultado, las mujeres con VIH pueden carecer de recursos para obtener acceso a los servicios para sí mismas.
 - Por ejemplo, según un informe reciente del UNICEF, en algunos países entre un tercio y dos tercios de las mujeres declararon que sus esposos solos deciden acerca de los gastos domésticos (36).
- Los costos indirectos asociados con los servicios de VIH afectan desproporcionadamente a las mujeres.
 - Por ejemplo, la toma de medicamentos antirretrovirales (ARV) exige que las personas en tratamiento beban mucha agua e ingieran tres comidas equilibradas y nutritivas al día. Esto no solo implica los costos de obtener agua, alimentos y combustible, sino también costos sociales, especialmente con respecto al tiempo de las mujeres, porque ellas tienen la responsabilidad principal de conseguir agua y combustible y preparar las comidas (93).

- Las encuestas sobre uso del tiempo muestran que a nivel mundial las mujeres trabajan más horas que los hombres, y en los países en desarrollo una proporción sustancial de ese tiempo se dedica a quehaceres domésticos no remunerados, incluido el cuidado de niños, enfermos y ancianos (36).
- La asignación de recursos financieros a programas sobre VIH puede no responder a las necesidades diferentes de mujeres y hombres y a las funciones diferentes que desempeñan unas y otros en el hogar y la comunidad.
 - Por ejemplo, a medida que decrece el financiamiento a los servicios y programas de salud, la responsabilidad de la prestación de atención a las personas con VIH se transfiere de la red de salud pública a los hogares y las comunidades. Las principales afectadas por esos cambios suelen ser las mujeres porque se encargan de atender a los enfermos, lo cual refleja la suposición de que están dispuestas a dedicar más tiempo a las actividades de atención sin recibir remuneración alguna, y de que pueden hacerlo (93).

INTERVENCIONES

- Considerar la posibilidad de que los servicios de tratamiento y atención del VIH sean gratuitos en el sitio de la prestación para aumentar el acceso, en particular de los pobres y las mujeres, y abogar por ello.
- Asegurarse de que no se impongan de facto cargas ocultas a los pacientes que tengan derecho a recibir servicios gratuitos (90).
- Tener en cuenta la vulnerabilidad financiera y social de las mujeres al determinar criterios de selección de los grupos que serán eximidos del pago de tarifas por usuarios/as, si recibirán servicios a precios subsidiados o pagarán las tarifas íntegras correspondientes (91).
- Suministrar información pertinente sobre la aplicación a comunidades y usuarios/as de exenciones de las tarifas correspondientes a los usuarios.

SECCIÓN 1: MEDIDAS BÁSICAS DE UNA PROGRAMACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

- Suministrar información sobre programas comunitarios como los dedicados a la generación de ingresos o la administración de suplementos alimentarios, y derivar a los usuarios/as.
- Analizar la asignación de recursos a programas y servicios sobre VIH en relación con los beneficios y costos para mujeres u hombres. Esto puede requerir análisis de presupuestos para identificar los grupos subatendidos o afectados desigualmente por las prioridades en la asignación de recursos (94).
- Abogar por una asignación de recursos financieros, técnicos y humanos destinados a elaborar y ejecutar intervenciones con perspectiva de género.
 - Esto puede abarcar, por ejemplo, asignaciones de recursos financieros y humanos para dar apoyo de la comunidad a voluntarios que proporcionan atención y apoyo en el hogar, la mayoría de los cuales son mujeres.

PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS EN LAS POLÍTICAS NACIONALES SOBRE VIH

TEMAS CLAVE

- En la mayor parte de los países, los programas sobre VIH se aplican en un marco de planes estratégicos y políticas nacionales sobre VIH. Muchas de esas políticas y planes estratégicos no tienen en cuenta el género, en parte porque los interesados directos tal vez carezcan de la capacidad para analizar las conexiones entre la desigualdad de género y el VIH (95).
- Se puede invitar a los directores de programa como interesados directos en el proceso de formulación de políticas, brindándoles una oportunidad para abogar por la perspectiva de género en las políticas nacionales en general y de esa manera establecer el mandato de abordar las necesidades de género a nivel programático.

INTERVENCIONES

- Sensibilizar a los interesados directos, incluidas las instancias normativas encargadas de elaborar planes y políticas nacionales relativos al VIH, para que reconozcan la vinculación entre desigualdad entre los géneros y VIH, a fin de crear un entorno favorable para abordar las necesidades de género a nivel programático (24).
- Abogar en favor de una armonización de las políticas operativas sobre VIH con los principios de la igualdad entre los géneros y los derechos humanos. Por ejemplo, esto puede consistir en abogar por cambios en lo siguiente:
 - políticas que impiden a las mujeres y los menores a dar su consentimiento para procedimientos médicos y pruebas sin aprobación de las parejas, los padres o los tutores;
 - políticas sobre la comunicación obligatoria de las parejas o los padres sobre los resultados de las pruebas de detección de VIH en personas consideradas menores legales (por ejemplo jóvenes, y mujeres en algunos países) o grupos como los y las trabajadoras sexuales y los consumidores de drogas inyectables.

TEMAS CLAVE

- Las leyes y las políticas favorecen a los hombres más que a las mujeres en muchos países.
 - Por ejemplo, las leyes sobre los derechos de propiedad y la herencia a menudo favorecen a los hombres. Como resultado, las mujeres con VIH a menudo se encuentran abandonadas, expulsadas de sus hogares y sin vivienda, bienes ni recursos cuando sus cónyuges mueren y las propiedades se transfieren a otros familiares (66).
- Un número cada vez mayor de países tienen leyes para prevenir la violencia contra la mujer. Sin embargo, estas son a menudo inadecuadas para proteger a las mujeres de toda forma de violencia o se aplican inadecuadamente.
 - Por ejemplo, en muchos países la violación en el matrimonio no es un delito reconocido, por lo que las mujeres casadas difícilmente pueden rehusar al esposo comportamientos sexuales no deseados o peligrosos.¹
- En los hogares afectados por el sida, las niñas a menudo abandonan la escuela para atender a miembros de la familia. Esto no solo las priva de educación sino que también las vuelve más vulnerable al VIH.
 - Por ejemplo, un examen mundial de evidencias disponibles, indica que la educación de las niñas reduce directa e indirectamente sus riesgos de adquirir el VIH (68).

¹ Algunos países han revisado su legislación penal para tipificar como delito la violación en el matrimonio. Por ejemplo, el Canadá en 1983 revisó su legislación penal para definir la violación no solo como penetración sexual coercitiva, sino más ampliamente como una agresión sexual en la que se ejerza, directa o indirectamente, cualquier forma de fuerza intencional sobre otra persona contra su voluntad, incluidas amenazas, agresiones sexuales y lesiones físicas. Esta se considera un delito sancionado con un máximo de diez años de encarcelamiento (artículos 265 y 271 del Código Penal del Canadá). La aplicación de esta ley, sin embargo, ha sido débil.

INTERVENCIONES

- Utilizar foros y otras instancias para señalar leyes y políticas que exacerbaban las desigualdades de género; abogar por leyes que promuevan la igualdad entre los géneros, como las que dan a las mujeres iguales derechos que los hombres a la propiedad y la herencia.
- Instar al cumplimiento de las leyes protectoras vigentes, como las que prohíben el matrimonio precoz y la violencia contra la mujer.
- Abogar por estrategias multisectoriales en VIH con perspectiva de género, inclusive en los sectores educativo, laboral y agropecuario.
 - Por ejemplo, abogar por políticas educacionales de apoyo a las jóvenes para su permanencia en la escuela.

SECCIÓN 2

Consejería y pruebas de detección del VIH

Objetivos 33

2.1 Antecedentes 33

2.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de servicios de pruebas de detección de VIH y consejería 33

2.2.1 Suministrar información y consejería antes de las pruebas 34

2.2.2 Realizar pruebas de detección del VIH 36

2.2.3 Brindar apoyo psicosocial 37

2.2.4 Apoyar la revelación 38

2.2.5 Facilitar la prevención (con énfasis en la transmisión sexual) 42

2.2.6 Fomentar las pruebas de detección y la participación de la pareja 46

2.2.7 Derivar a servicios de tratamiento del VIH, atención, apoyo y otros servicios sociales 48



Objetivos

En esta sección se explica la forma en que las desigualdades de género afectan el acceso de las mujeres a los servicios de consejería y pruebas de detección del VIH y a su experiencia respecto a dichos servicios. Se describen intervenciones para mejorar la capacidad de respuesta sensible al género y, por lo tanto, la calidad de la consejería y las pruebas de detección del VIH para todas las mujeres, incluidas las embarazadas que reciben atención prenatal. Puede resultar de suma utilidad para los proveedores de atención de salud y los supervisores de servicios de consejería y pruebas de detección del VIH.

2.1 Antecedentes

La consejería y las pruebas de detección de VIH son un punto de acceso clave para una variedad de servicios relacionados con el VIH, como la prevención, el manejo de las enfermedades relacionadas con ella, la PTMI, la TARV y el apoyo psicosocial y jurídico (96).

La OMS y el ONUSIDA recomiendan dos tipos principales de asesoramiento y pruebas de detección de VIH (97–98). Los *iniciados por el cliente*, también llamados consejería y pruebas voluntarias, que corresponden a los solicitados por los mismos usuarios/as en los establecimientos que los ofrecen. Hasta hace poco tiempo este era el modelo principal para las pruebas de detección del VIH en numerosos países. Sin embargo, en muchos de ellos, sólo una fracción de la población conoce su estado con respecto al VIH. Para ampliar el acceso a estos servicios, los proveedores de servicios de salud, actualmente recomiendan la realización de las pruebas y consejería a quienes acuden a los servicios de salud, entre ellos los consultorios prenatales, donde las embarazadas a quienes se diagnostica VIH pueden beneficiarse de un conjunto de servicios para el VIH (97). Esta modalidad se denomina pruebas y consejería *iniciados por el prestador*. Independientemente del modelo, todos los programas de consejería y pruebas de detección del VIH se rigen por los principios de las tres “C”: confidencialidad, consejo y consentimiento informado (98).

Las desigualdades de género desempeñan una función crucial en el acceso a estos servicios y la aceptabilidad de los mismos, así como en la revelación del estado serológico respecto al VIH. Por ejemplo, un estudio de evidencias sobre la utilización

de estos servicios indicó que el temor a experimentar consecuencias negativas constituye un obstáculo muy importante para la aceptabilidad de las pruebas. Entre las consecuencias temidas figuran un deterioro de las relaciones sociales, pérdida del empleo o la vivienda y otras formas de discriminación y violencia (99). El temor a las posibles consecuencias negativas de las pruebas y la revelación del estado serológico se ha documentado con mayor frecuencia en mujeres, especialmente embarazadas (29, 99). Según investigaciones realizadas en cuatro países asiáticos, mientras que los hombres se someten a las pruebas si tienen síntomas relacionados con el VIH, las mujeres tenderán con mayor probabilidad a hacerlas si sus parejas han obtenido resultados seropositivos. Esto refleja la mayor vulnerabilidad de las mujeres (54, 99). Los estudios también indican que, fuera de los programas de asistencia prenatal, las mujeres se hacen las pruebas con menor frecuencia que los hombres (99). Por consiguiente, a fin de ampliar los servicios a las no embarazadas, tal vez se necesiten otros puntos de acceso, como los servicios de planificación familiar y lugares de trabajo. Estos pueden contribuir a llegar a las mujeres no embarazadas, la población joven, y los hombres y a no reforzar la idea de que las mujeres llevan el VIH a las familias.

2.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de servicios de consejería y pruebas de detección del VIH

Los siguientes componentes de los servicios de consejería y pruebas de detección de VIH se consideran sumamente pertinentes para abordar las desigualdades de género. Los temas clave e intervenciones específicas para cada componente responden a necesidades prácticas de las mujeres de recibir servicios de calidad, y a sus necesidades estratégicas de modificar sus condiciones de vida desiguales.

- 2.2.1 Suministrar información y consejería antes de las pruebas.
- 2.2.2 Realizar pruebas de detección del VIH.
- 2.2.3 Brindar apoyo psicosocial.
- 2.2.4 Apoyar la revelación.
- 2.2.5 Facilitar la prevención (con énfasis en la transmisión sexual).
- 2.2.6 Fomentar las pruebas de detección y la participación de la pareja.
- 2.2.7 Derivar a servicios de tratamiento del VIH, atención, apoyo y otros servicios sociales.

2.2.1 Suministrar información y consejería antes de las pruebas

La información y la consejería antes de las pruebas ofrecen a los usuarios, especialmente a las mujeres, la oportunidad de obtener información básica sobre el VIH, evaluar sus riesgos, establecer la reducción de los mismos y prepararse para los resultados de la prueba.

TEMAS CLAVE

- Las mujeres quizá no se sientan cómodas al hablar de su comportamiento sexual y sus riesgos con consejeros del otro sexo, o tal vez sea culturalmente inapropiado.
- Al suministrar información sobre el VIH, los proveedores de salud quizá refuercen consciente o inconscientemente normas perjudiciales o estereotipos negativos o transmitan actitudes valorativas (por ejemplo si utilizan un lenguaje culpabilizador o estigmatizante al hablar con adolescentes o trabajadoras sexuales) (55, 100).
- En muchos entornos con recursos limitados los proveedores de salud están sobrecargados de trabajo y, por consiguiente, al evaluar los riesgos que corren las mujeres y aconsejarlas, posiblemente no exploren las relaciones de poder desiguales de las mujeres con sus parejas (que implican, por ejemplo, riesgo de violencia, incapacidad para negociar una actividad sexual sin riesgos o incapacidad para solicitar servicios sin permiso de la pareja) (101–102).
- Algunas mujeres que inician pruebas de detección del VIH pueden haber hablado previamente de ello con sus parejas, pero muchas otras, especialmente aquellas a quienes se ofrece una prueba cuando acuden para solicitar otro servicio (por ejemplo atención prenatal), tal vez no hayan considerado de antemano las pruebas ni sus posibles beneficios o consecuencias (29).
- Las pruebas de detección del VIH y el diagnóstico pueden contribuir a las desventajas (percibidas o reales) de la mujer en sus relaciones con su pareja, sus familiares y otros miembros de la comunidad.
 - Por ejemplo, algunos estudios han revelado que el temor a las consecuencias negativas, como desamparo, es una de las principales barreras a la aceptabilidad de las pruebas entre las mujeres (29, 99).

- Muchas mujeres se enteran de su estado con respecto al VIH cuando se hacen pruebas en el contexto del embarazo o el parto, y suelen ser las primeras de la familia en recibir las pruebas y el diagnóstico VIH positivo. Como resultado, a menudo se las culpa de traer el VIH a la familia y transmitirlo a los hijos (54, 66, 103).

INTERVENCIONES

- Donde sea posible, ofrecer la opción de elegir el sexo del consejero/a, para que las mujeres de todas las edades se sientan cómodas para tratar temas delicados relacionados con el comportamiento sexual.
- Para los entornos de atención prenatal, la OMS recomienda ofrecer sistemáticamente pruebas de detección del VIH a todas las embarazadas como parte de la combinación de servicios esenciales de atención prenatal (104).
 - Según datos probatorios procedentes de unos pocos contextos donde las pruebas de detección de VIH se ofrecen sistemáticamente a todas las embarazadas, la realización de esas pruebas como parte de la atención prenatal quizá sea aceptable para las mujeres y pueda causarles menos ansiedad. Una razón posible es que permitiría evitar suposiciones acerca del comportamiento sexual de la mujer y, en consecuencia, acerca de su moral (99, 105).
- Donde se ofrece previamente información simplificada sobre las pruebas, por ejemplo en entornos de atención prenatal, asesorar a las mujeres acerca de los beneficios y riesgos potenciales de las pruebas, por ejemplo discriminación, desamparo o violencia de parte del marido u otro familiar.¹
- Mediante educación en salud y sensibilización de las comunidades, abordar la posible estigmatización de las embarazadas que se sometan a pruebas de detección del VIH y transmitir el mensaje de que éstas, forman parte de una combinación de servicios básicos.
- Reconocer y evitar mensajes que refuercen estereotipos negativos o prejuicios hacia los clientes que se sometan a las pruebas de detección, incluidas mujeres solteras y trabajadoras sexuales.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre orientación y pruebas de detección del VIH practicados a instancias del profesional (97).

■ Donde sea posible, evaluar no solo los comportamientos de riesgo de las mujeres sino también las relaciones de poder desigual con la pareja (por ejemplo coacción, temor, falta de comunicación o desconfianza).

■ La matriz presentada en el **RECUADRO 2.1** de la página 35 puede ayudar a los proveedores de servicios de salud a dar una consejería con perspectiva de género. Se ha adaptado de una herramienta preparada por EngenderHealth y la Comunidad Internacional de Mujeres con VIH para evaluar las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres con VIH (106).

RECUDRO 2.1			
Herramienta para facilitar una consejería con perspectiva de género (106)			
Etapas	Cumplido	Se requiere capacitación	Desafíos previstos
Establecimiento de una adecuada relación de comunicación			
• Dar la bienvenida al usuario/a.			
• Presentarse.			
• Introducir el tema del VIH.			
• Garantizar la confidencialidad.			
Exploración			
• Evaluar los riesgos			
• Explorar la sexualidad y el comportamiento sexual del usuario/a.			
• Explorar el contexto y las circunstancias de riesgo, incluidas las relaciones de poder.			
• Evaluar los conocimientos sobre VIH y suministrar información sobre prevención y alternativas.			
• Suministrar información sobre las pruebas de detección del VIH y los servicios relacionados.			
Toma de decisiones: Ayudar a tomar decisiones fundamentadas sobre las pruebas de detección del VIH.			
• Suministrar información sobre los posibles beneficios y consecuencias de las pruebas.			
• Explorar posibles obstáculos, limitaciones y consecuencias posibles de encontrar por el usuario/a al decidir si se someterá a las pruebas.			
• Hablar de las opciones a fin de abordar las limitaciones para someterse a las pruebas.			
• Alentar al usuario/a a decidir por sí mismo.			
Puesta en práctica de las decisiones			
• Apoyar al usuario/a a determinar las decisiones relacionadas con las pruebas de detección de VIH (por ejemplo hablar de prevención o revelación con la pareja).			
• Ayudar a determinar las habilidades que necesite el usuario/a.			
• Practicar las habilidades que necesite el usuario/a (por ejemplo escenificar situaciones, enseñar a utilizar condones).			
• Establecer un seguimiento.			
• Suministrar información sobre recursos o servicios adicionales y derivar a ellos.			

2.2.2 Realizar pruebas de detección del VIH

TEMAS CLAVE

- La dinámica de poder desigual entre el proveedor y el usuario/a puede ir en detrimento del proceso de consentimiento informado si no se le explica claramente su derecho a rehusar las pruebas, o si se intenta persuadirlo de que se someta a ellas (105).
- El proceso de consentimiento informado podría quedar desvirtuado si las mujeres temen que se les nieguen otros servicios de salud que soliciten si no aceptan las pruebas.
 - Por ejemplo, según investigaciones realizadas sobre el consentimiento informado a las pruebas de detección del VIH en varios entornos, los y las usuarias pueden acceder a ellas por una o más de las siguientes razones: están acostumbrados a satisfacer al personal de salud; creen que recibirán una mejor atención; creen que no pueden negarse; o sienten que el rechazo de las pruebas podría tener consecuencias adversas (99, 107–109).
- En muchos entornos las mujeres no tienen información ni poder para mostrar su desacuerdo con peticiones del personal de salud, sobre todo si se trata de profesionales varones de nivel superior.
- En algunos países los proveedores de salud pueden, ya sea por ley u oficiosamente, exigir que las mujeres obtengan el consentimiento del marido u otro hombre de la familia antes de efectuar procedimientos médicos. Esto compromete la autonomía de las mujeres, la confidencialidad y la capacidad de dar un consentimiento voluntario (110–111). El tema de la edad establecida por la ley para dar su consentimiento a las pruebas se aplica a las adolescentes, porque muchos países requieren el consentimiento de los padres o tutores para efectuar procedimientos médicos en menores.
- Muchas embarazadas no solicitan atención prenatal y solo acuden a los servicios de salud para el parto o durante el puerperio para hacer atender a sus bebés. Las mujeres a quienes se ofrecen pruebas de detección del VIH en el trabajo quizá no tengan suficiente tiempo para examinar las repercusiones y dar un consentimiento informado.

INTERVENCIONES

- Enfatizar el carácter voluntario de las pruebas, el derecho del usuario/a a rehusarlas y el acceso a los servicios, independientemente de que las rehúse y de que se conozca su estado con respecto al VIH.
- Asegurar la privacidad y proteger la confidencialidad durante la consulta y respecto de la revelación de los resultados. Esto es particularmente importante para las mujeres que temen actos de violencia u otras consecuencias negativas, o para las que no hayan informado a sus parejas de que se someterán a una prueba de detección del VIH.
- Esto requiere que el consentimiento informado, la consejería posterior a la prueba y toda otra comunicación relacionada con el VIH, se efectúen en un lugar apartado de otros usuarios/as y proveedores de salud no relacionados con su atención.
 - Las mujeres, en particular las no alfabetizadas, pueden necesitar consejería sobre la custodia de los registros donde se indica su condición respecto al VIH (97).
 - Para determinar la mejor manera de obtener el consentimiento informado de mujeres y las adolescentes, tener en cuenta las leyes y políticas nacionales y locales relacionadas con la edad y la capacidad legal de la persona para dar su consentimiento independiente a la realización de una prueba de detección del VIH.¹
- Donde se requiera el consentimiento de los padres o tutores legales (posiblemente incluidos los esposos en algunos países), también deben considerarse las posibles consecuencias negativas de las pruebas para las mujeres o las adolescentes (97).
- Tener en cuenta el estado emocional y la capacidad de las mujeres para dar su consentimiento informado cuando se les ofrecen pruebas de detección del VIH durante el trabajo de parto o después del parto.

¹ El derecho a tomar decisiones libres y fundamentadas acerca de la atención de salud, incluidas decisiones sobre la propia fecundidad y sexualidad, está consagrado en el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Donde los proveedores pidan el consentimiento de los familiares varones en el contexto de leyes nacionales, o como práctica oficiosa, deben considerarse la violación de normas y prácticas internacionales, así como la obligación de cumplir los compromisos asumidos respecto de los tratados internacionales de derechos humanos. (112)

2.2.3 Brindar apoyo psicosocial

TEMAS CLAVE

- Al utilizar términos técnicos o un lenguaje inaccesible para explicar los resultados de las pruebas se puede intimidar a las mujeres, especialmente la no alfabetizadas.
- Las mujeres que se enteran de su estado VIH positivo tienen que hacer frente emocionalmente a las implicancias de los resultados para sí mismas, sus parejas, sus hijos/as y otros miembros de la familia.
 - Por ejemplo, el embarazo es un periodo de vulnerabilidad para muchas mujeres, que sobrellevan presiones sociales y culturales relacionadas con la maternidad.
- Un diagnóstico de VIH podría contribuir a generar sentimientos de desesperanza, temor a la muerte, preocupaciones por el futuro de los niños por nacer y culpa ante la posibilidad de transmitir el VIH al bebé.
- Un diagnóstico de VIH quizá también agrave o desencadene una depresión, enfermedad más común en las mujeres que en los hombres (113).
- Las investigaciones indican que las mujeres diagnosticadas con VIH hacen frente a un estrés psicosocial considerable relacionado con su función en la crianza y atención de los hijos/as, así como sentimientos de vergüenza, pérdida y angustia asociados al diagnóstico (114).

INTERVENCIONES

- Explicar los temas técnicos y científicos relacionados con los resultados de las pruebas en términos sencillos, utilizando ayudas visuales para las mujeres no alfabetizadas. Velar por que las mujeres entiendan la información. Prever tiempo suficiente para examinar las repercusiones de los resultados.
- La consejería desempeña una función clave porque permite preparar emocionalmente a las mujeres para hacer frente al diagnóstico. En el caso de las embarazadas, comunicar que hay alternativas para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos/as por nacer.
- Al aconsejar a las mujeres acerca de una vida positiva¹ y suministrar información sobre nutrición, ejercicios físicos y prevención de infecciones oportunistas, incluidas las específicas de la mujer (por ejemplo infecciones vaginales), tener en cuenta sus funciones en la preparación de alimentos, la atención a los enfermos y la limpieza e higiene (115).
- Organizar un seguimiento de la consejería, especialmente a través de consejeras comunitarias que puedan dedicar más tiempo a las mujeres que los consejeros que trabajan en los establecimientos de salud.
 - Por ejemplo, las mujeres viviendo con VIH y han pasado por la PTMI pueden actuar como consejeras y apoyar a otras mujeres, especialmente asegurándoles que la PTMI puede ayudar a reducir los riesgos para los niños/as por nacer. También pueden servir de modelos para que otras las imiten, y comunicar con el propio ejemplo a mujeres, parejas y comunidades que el programa es seguro y eficaz (véase en el **RECUADRO 2.2** de la página 38 un ejemplo de intervención de consejería de pares).
- Reconocer las posibilidades de desarrollar depresión, evaluar todo signo de la misma (por ejemplo pensamientos suicidas) y derivar apropiadamente a servicios de salud mental, grupos de apoyo o servicios de apoyo psicológico para momentos de crisis, donde estén disponibles.
- Ayudar a las mujeres a encontrar en sus hogares, familias y comunidades fuentes de apoyo social para hacer frente a la depresión.

¹ Vida positiva es un modo de vida adoptado por una persona con VIH que le permite vivir lo más plenamente posible y desacelerar la evolución de la enfermedad. Comprende elegir alternativas positivas para la propia salud mental y física, tener una visión positiva de la vida y evitar comportamientos de riesgo.

RECUADRO 2.2

Consejería a embarazadas con VIH por pares: Programa de madres a madres (M2M) (116–117)

El programa **DE MADRES A MADRES (M2M)** en Sudáfrica recluta a madres VIH positivas que hayan dado a luz recientemente para que enseñen, aconsejen y apoyen a embarazadas con VIH que asistan a consultorios prenatales para la PTMI. En cada visita, las consejeras conversan con las embarazadas, comparten experiencias personales, promueven el cumplimiento de la profilaxis ARV y las ayudan durante su estadía hospitalaria. Las consejeras también reciben educación y apoyos continuos y un pequeño salario. El primer programa M2M comenzó en un hospital de atención terciaria y se proyecta iniciar otros semejantes en varios centros de atención primaria de maternidad. El programa de consejería de pares se adapta perfectamente a la atención prenatal corriente. Contribuye a educar a las embarazadas y las madres y de esa forma, las ayuda a tener poder de decisión en sus familias y comunidades, lo que a su vez contribuye a reducir el estigma asociado al VIH y mejorar la salud comunitaria.

Entre las púerperas que tuvieron dos o más contactos con el programa, la probabilidad de haber revelado a alguien su estado con respecto al VIH fue significativamente mayor que entre las no participantes (97% frente a 85%; $p<0.01$). Las participantes tuvieron una probabilidad significativamente mayor de haber recibido profilaxis ARV (95% frente a 86%; $p<0.05$) y de reportar un método exclusivo de alimentación del lactante (es decir, lactancia materna exclusiva o alimentación de sustitución exclusiva). Por otro lado, reportaron un bienestar significativamente mayor que sus contrapartes, una sensación de que podían hacer algo para ayudarse a sí mismas, hacer frente al cuidado de los lactantes y vivir positivamente.

2.2.4 Apoyar la revelación

La revelación del estado serológico a la pareja y la familia es importante para que las mujeres puedan tener acceso a la atención, al apoyo y a la prevención y tratamiento del VIH.

TEMAS CLAVE

- Las mujeres se preocupan de que otros se enteren de que se han hecho las pruebas y de los resultados de éstas, les preocupa la posibilidad de ser estigmatizadas por la pareja, las familias, los amigos y las comunidades, y de perder el trabajo y los medios de vida.
- En muchas comunidades, las normas socioculturales perpetúan la creencia de que las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, se transmiten de las mujeres a los hombres.
- Debido a su dependencia económica respecto de los hombres, las mujeres pueden temer especialmente la posibilidad de perder a sus hijos/as, padecer actos de violencia o quedar abandonadas por sus parejas (66).
 - Un análisis de los estudios realizados en países de ingresos altos y bajos mostró que los temores al desamparo, el rechazo de familiares, la discriminación y la violencia impedía que muchas mujeres revelaran su estado con respecto al VIH. Las tasas más bajas de revelación se reportaron en estudios realizados entre mujeres con resultados positivos al VIH en el contexto de la atención prenatal en África subsahariana (29).

INTERVENCIONES

- Asegurar a usuarios/as que sus resultados se mantendrán confidenciales y que la revelación es voluntaria.¹ Esto es particularmente importante para las mujeres que temen actos de violencia de parte del compañero sexual.
- Hablar de los beneficios de la revelación, como recibir apoyo social y emocional, acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención, inclusive para los hijos/as que todavía no han nacido, y la posibilidad de llevar una vida más saludable y productiva.

¹ Véanse las directrices del ONUSIDA y la OMS para fomentar la revelación beneficiosa y la orientación ética de la pareja, y las orientaciones de la OMS sobre revelación en las directrices sobre atención integrada a las enfermedades de adolescentes y adultos (AIEA) referentes al TARV prolongado y la prevención del VIH (119–120).

■ Las jóvenes, especialmente las menores de edad según la ley sobre el consentimiento, pueden preocuparse en particular por la revelación en los entornos donde las políticas requieren que el personal del programa informe los resultados de las pruebas de detección de VIH a los padres o tutores (118).

■ Las trabajadoras sexuales, las que intercambian ocasionalmente relaciones sexuales por dinero o bienes o las consumidoras de drogas inyectables pueden preocuparse no solo por el estigma de ser seropositivas al VIH, sino también por el estigma de tener comportamientos ilegales o ilícitos.

■ Algunos países pueden tener políticas relacionadas con la revelación a terceros o la comunicación a la pareja que pueden afectar especialmente a las mujeres y éstas temen consecuencias negativas y violencia de la pareja.

■ Para las mujeres de matrimonios polígamos, la revelación del estado con respecto al VIH también puede afectar su estado y sus relaciones con las demás esposas del hogar.

■ Explorar las desventajas de la revelación, incluidas posibles consecuencias negativas, por ejemplo desamparo, pérdida de apoyo económico y violencia de parte del compañero sexual o de miembros de la familia.

■ Los protocolos descritos en el **RECUADRO 2.3** de la página 40 pueden ayudar a consejeros/as a que evalúen las posibilidades de violencia al abordar la revelación (118).

■ Ayudar a las mujeres a anticipar a quién, cuándo, dónde y cómo revelar su estado. Al apoyar la revelación, la seguridad del usuario/a debe ser de importancia crucial. Recurrir a escenificaciones de situaciones y otras técnicas de ensayo de comportamientos para afrontar los temores a las consecuencias negativas. Dar a los usuarios/as la oportunidad de ensayar cómo revelarán su estado.

■ Ayudar a las mujeres expuestas a riesgo de violencia a anticipar su seguridad.

■ Por ejemplo, ayudar a las mujeres a identificar a quién pueden pedir apoyo si por consecuencias negativas de la revelación. En el **RECUADRO 2.4** de la página 41 se ofrecen sugerencias para ayudar a las mujeres a tomar precauciones para su seguridad.

■ Si es necesario, preguntar a usuario/as si desean que los consejeros/as estén presentes cuando revelen su estado, u ofrecer asistencia para la revelación (revelación mediada).

RECUADRO 2.3**Protocolos para abordar la violencia en la consejería sobre la revelación de la condición VIH positiva (118)****Ejemplo 1. Protocolo de consejería de Dar es Salaam, República Unida de Tanzania**

En un consultorio de consejería y pruebas de detección del VIH voluntarias en Dar es Salaam, los investigadores pusieron a prueba el siguiente protocolo para plantear el tema de la violencia durante la consejería sobre la revelación del estado serológico. Los consejeros preguntaban a las mujeres lo siguiente:

1. ¿Sabe su pareja que usted se someterá a una prueba de detección del VIH?
2. Si dijera a su pareja que es VIH positiva, ¿cree usted que él reaccionaría de manera propicia?
3. ¿Teme usted la reacción de su pareja si le comunica los resultados de las pruebas de detección del VIH?
4. ¿Alguna vez su pareja la ha agredido físicamente?
5. ¿Piensa usted que su pareja podría agredirla físicamente si le dice que se ha hecho la prueba de detección del VIH y los resultados son VIH positivos?

Los consejeros apoyaban la decisión de las mujeres de revelar su estado si habían respondido positiva o negativamente a la pregunta 1, positivamente a la pregunta 2 y negativamente a preguntas 3 a 5. Si habían respondido negativamente a la pregunta 2 y positivamente a cualquiera de las preguntas 3 a 5, los consejeros procedían con cautela y exploraban más a fondo los riesgos de cada mujer de sufrir actos de violencia relacionados con la revelación. Si los consejeros determinaban que el riesgo era alto, exploraban opciones alternativas, por ejemplo: no revelar su estado; postergar la revelación hasta tener garantizada la seguridad de la mujer; o elaborar un plan para una revelación mediada en que las mujeres llevaran a la pareja al consultorio para la revelación, o identificaran a un familiar o amigo de confianza para que estuviera presente cuando revelaran a su pareja los resultados. Si las mujeres habían respondido negativamente a la pregunta 2 y positivamente a las preguntas 3 a 5, independientemente de la respuesta a la pregunta 1, los consejeros exploraban las opciones alternativas para la revelación.

Ejemplo 2. Family Health International (FHI): Región de Asia-Pacífico

En la región que FHI llama de Asia-Pacífico, el personal de FHI ha preparado el siguiente protocolo para que los consejeros/as asesoren a usuarias sobre la revelación.

1. El consejero/a dice: “Hay algunas preguntas corrientes que hago a todos mis usuarios/as porque las relaciones de algunos de ellos son tales que temen que su pareja les cause daño. ¿Qué respuesta prevería usted de su pareja si los resultados de la prueba fueran positivos?”
2. Si el usuario/a indica que siente temor o preocupación, el consejero/a pregunta, “¿Ha tenido usted alguna vez miedo de su pareja? ¿Alguna vez su pareja lo (la) ha empujado, arrebatado, abofeteado, asfixiado o pateado? ¿Ha amenazado con hacerle daño a usted, a sus hijos/as o a alguna otra persona cercana a usted? ¿Lo (la) ha acechado, seguido o ha vigilado sus movimientos?”
3. Si el usuario/a responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, el consejero/a agrega, “Teniendo presente lo que me ha dicho, ¿piensa usted que como consecuencia de la revelación a su pareja correrán riesgos usted o su pareja?”

Se incentiva luego al o la usuaria que decida acerca de la revelación basándose en una evaluación realista de las amenazas.

RECUADRO 2.4

Precauciones para la seguridad de las mujeres que corren riesgos de violencia (33, 121)

- Preguntar acerca de comportamientos violentos y de control.
- Manifestar una actitud solidaria; no culpar ni juzgar a la mujer.
- Informar a la mujer de sus derechos y de los servicios disponibles.
- Ayudar a la mujer a elegir ella misma alternativas acerca de sus relaciones y abordar las implicaciones de la violencia contra la mujer en relación con el riesgo de VIH y de tener VIH.
- Si la mujer decide permanecer con una pareja violenta, ayudarla a tomar precauciones en caso de que aumente la violencia.
- En este último caso, si la mujer decidiera dejar a su pareja, ayudarla a tomar precauciones. Realizar las siguientes preguntas:
 - ¿Dónde podría ir?
 - ¿Cómo llegaría allí?
 - ¿Necesitaría dinero? ¿Necesitaría documentos de identidad?
 - ¿Necesitaría ropa de urgencia, etc.?
 - ¿Podría tener siempre un bolso preparado?
 - ¿Le serviría acordar con los vecinos una señal para obtener su ayuda?
- Presentar las opciones de apoyo institucional, por ejemplo la policía, asistentes sociales, organizaciones comunitarias, ONG de mujeres, etc., si las hay.
- Abordar opciones de otros apoyos, por ejemplo, vecinos, amigos y familiares.
- Mensajes clave acerca de la revelación destinada a las mujeres afectadas por la violencia:
 - Elija el mejor momento y lugar para entablar una conversación.
 - Elija un momento en que ambos se sientan cómodos, descansados y lo más relajados posible.
 - Reflexione sobre la posible reacción de su pareja a una situación estresante.
 - Si hay antecedentes de violencia en la relación, considere primero su seguridad personal y planifique la situación con un gerente de casos o consejero/a.
 - Imagine varias reacciones posibles de su pareja a la noticia de que usted es VIH positiva. Anote lo que podría decir él y anticipe lo que podría responder usted.

2.2.5 Facilitar la prevención (con énfasis en la transmisión sexual)

La clave para la prevención de la transmisión sexual del VIH reside en la promoción de comportamientos sexuales de menor riesgo. El ABC del enfoque consiste en programas y servicios que aborden la abstinencia (de relaciones sexuales), la fidelidad (a una pareja que no tenga VIH), la reducción del número de parejas y el uso de condones (con suministro de condones y apoyo para su uso correcto y sistemático). Este enfoque puede convenir a algunas personas, pero quizá no a otras, especialmente mujeres,

RECUADRO 2.5

Mensajes clave para las mujeres y una actividad sexual de menor riesgo (71)

Los proveedores pueden:

- enseñar a las mujeres a negociar una actividad sexual de menor riesgo con su pareja;
- plantear esto como un asunto de seguridad y no de confianza;
- hablar de una actividad sexual de menor riesgo en el contexto del placer;
- hablar al compañero sexual de la usuaria acerca de una actividad sexual de menor riesgo y el uso de condones;
- emprender en la comunidad actividades de sensibilización y extensión con hombres y líderes comunitarios, destacando la necesidad de que los hombres tengan una actividad sexual de menor riesgo y usen condones;
- destacar el hecho de que estar casado no da a un hombre derecho a tener relaciones sexuales con su esposa sin el consentimiento de ésta.



porque la desigualdad de poder en sus relaciones sexuales menoscaba su capacidad para tener una actividad sexual de menor riesgo (122).

TEMAS CLAVE

- En muchos contextos, las normas sexuales dictan que las mujeres deben mantenerse ignorantes acerca del sexo, no hablar de sexo ni iniciar la actividad sexual y permanecer fieles a una pareja y pasivas en las relaciones sexuales. Estas normas impiden que las mujeres obtengan información sobre la manera de protegerse (24).
- Muchas mujeres casadas, en particular si carecen de medios económicos, no pueden negarse a tener relaciones sexuales con el esposo aunque sepan que se exponen al riesgo de VIH (24).
- Muchas mujeres, incluidas las que tienen VIH, pueden temer reacciones negativas de sus parejas o experimentarlas si les piden que usen condones masculinos.
 - Por ejemplo, si lo hacen pueden generar sospechas y acusaciones de infidelidad, porque el uso de condones a menudo se asocia con promiscuidad y mantenimiento de relaciones sexuales fuera de la pareja primaria (24).
- Ciertas prácticas, como las de “sexo en seco” para aumentar el placer del hombre, duchas vaginales y penetración anal, pueden aumentar el riesgo de transmisión de VIH (123).
- Las personas con VIH pueden ser objeto de actitudes moralistas si son sexualmente activas. Puede pretenderse que las mujeres con VIH se abstengan de ser sexualmente activas, a pesar de no ejercer control sobre sus relaciones sexuales (124).
- Los proveedores quizá no se sientan cómodos al hablar de sexualidad con sus usuarios/as, o pueden creer que las personas con VIH deben abstenerse de tener relaciones sexuales (125).
- Las embarazadas y las puérperas pueden ser más vulnerables al VIH, especialmente si hay períodos de abstinencia sexual durante los cuales sus parejas tienen relaciones sexuales con otras personas. Contraer VIH durante el embarazo puede aumentar la probabilidad de transmisión al bebé por el aumento de la carga viral materna asociada a la nueva infección (126).

2.2.5 Facilitar la prevención (con énfasis en la transmisión sexual)

INTERVENCIONES

- Explorar los riesgos al VIH de las mujeres sin emitir juicios acerca de su comportamiento sexual.
 - Por ejemplo, evitar juicios moralistas acerca de las personas con VIH que sean sexualmente activas.
- Reconociendo las posibles limitaciones de las mujeres para tener una actividad sexual de menor riesgo, entregar información sobre la manera de llevar una vida sexual saludable y de menor riesgo. Esto comprende información sobre actividades sexuales sin penetración que no entrañan riesgos de infección (por ejemplo masturbación y masajes recíprocos).
- Ayudar a las mujeres a elaborar un plan para reducir riesgos, a resolver problemas y a determinar los obstáculos que dificultan una actividad sexual de menor riesgo.
 - Por ejemplo, recurrir a escenificaciones para ayudar a las mujeres a ensayar la manera de hablar a sus parejas del uso de condones y negociar con ellos si lo rehúsan (véase el **RECUADRO 2,6** en la página 44).
- Donde las mujeres no puedan negociar el uso de condones masculinos con sus parejas, ofrecer condones femeninos (si se dispone de ellos) o entregar información sobre éstos y derivar a las mujeres a las fuentes de aprovisionamiento de los mismos. Enseñar a las mujeres a utilizar condones femeninos como método de protección dual.¹
- Suministrar condones gratuitamente o a precios subsidiados permite aumentar el acceso de las mujeres que carezcan de recursos financieros para pagarlos.
- Promover y proteger los derechos de todos, incluidas las mujeres, personas con VIH, jóvenes y grupos marginados, a tener relaciones sexuales sin coacción ni

violencia.

- Promover mensajes sobre la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la toma de decisiones de índole sexual. Podrían ser mensajes que incentiven a mujeres y hombres a hablar del uso de condones con sus parejas y tomar decisiones conjuntas al respecto (véanse en el **RECUADRO 2.5** de la página 42 ejemplos de mensajes sobre una actividad sexual de menor riesgo).
- Entregar información acerca de los posibles riesgos asociados a prácticas tales como las de “sexo en seco”, duchas vaginales y penetración anal.
- Hablar de las implicaciones de un diagnóstico VIH positivo para la sexualidad (por ejemplo sentimientos de vergüenza asociados al deseo de tener relaciones sexuales, o preocupaciones acerca de una disminución del deseo o de la satisfacción sexual).
- Motivar a las mujeres a que lleven a sus parejas a los servicios de consejería y asesorar, individualmente o en pareja, sobre una actividad sexual de menor riesgo.
- Conversar sobre las prácticas sexuales que pueden aumentar los riesgos al VIH de las mujeres durante el embarazo. Entregar información sobre las implicancias para una embarazada o una madre reciente de transmitir una ITS o VIH a un hijo/a por nacer o un lactante.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre el uso de condones masculinos y femeninos para una protección dual (127).

RECUADRO 2.6**Escenificación de roles para negociar actividades sexuales de menor riesgo (128)**

Si sus usuarios/as son sexualmente activos y quieren seguir siéndolo, enfatice que los condones dan una protección dual contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH, así como contra embarazos no deseados. Las mujeres, en especial las más jóvenes, podrían necesitar una buena capacidad de negociación para tener una actividad sexual de menor riesgo. Es posible ayudar a sus usuarias a ensayar lo que dirían si la pareja ejerce presión para no utilizar un condón.

Escenificación de una conversación sobre condones

Si el hombre dice lo siguiente:

No me gusta usar condones. Me incomodan.

Nunca hemos utilizado condones.

Con el condón no disfruto.

¿No me tienes confianza?

¿Por qué tenemos que usar un condón? ¿Crees que tengo sida?

Me retiraré a tiempo.

Creo haberte escuchado decir que los condones son para usar con parejas ocasionales.

Realmente, parece que no me amas.

No vamos a usar condones. Punto.

Solo por esta vez, no usemos condón.

Escenificaciones adicionales para abordar riesgos de violencia

Si no quieres que lo hagamos sin condón, te forzaré.

Tengo derecho a hacerte el amor sin condón.

Deja de pedirme que usemos un condón. Me irrita.

Su usuaria puede responder lo siguiente:

A mí me hacen sentir más relajada. Si estoy más relajada, te hago sentir mejor.

No quiero seguir corriendo riesgos.

Mucho menos se disfrutaron un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual.

Confío en que dices la verdad, pero algunas enfermedades de transmisión sexual no muestran síntomas. Optemos por la seguridad y usemos condones

No, pero yo podría tener una ITS. Necesitamos protegernos los dos.

Aun así puedo quedar embarazada o contraer una ITS.

He decidido reconocer los hechos. Quiero que sigamos estando sanos y felices.

Te amo, pero no quiero poner en peligro mi salud para demostrarlo.

Bueno, hagamos otra cosa.

Basta una vez para quedar embarazada o contraer una ITS o el VIH.

Esa no es la solución. Hablemos con calma.

No eres mi propietario ni tienes derechos sobre mi cuerpo. Si me amas y me respetas, lo entenderás.

Lamento que te sientas irritado. Podríamos esperar a que se te pase antes de hacer el amor.

RECUADRO 2.7

Ejemplos de mensajes dirigidos a los hombres (71)

Mediante extensión comunitaria se podría incentivar a los hombres a lo siguiente:

- tener una actividad sexual de menor riesgo;
- apoyar a sus parejas para que acudan a las visitas de atención prenatal, y acompañarlas al menos una vez (si las mujeres están de acuerdo);
- solicitar consejería y pruebas de detección del VIH;
- apoyar a las madres a mantenerse sanas, ayudarlas a cuidar a sus bebés e incentivarlas a que asistan a los centros de salud cuando sea necesario;
- hablar con otros hombres de la comunidad acerca de la PTMI, las razones por las cuales es importante obtener consejería y pruebas de detección del VIH y usar condones, y las razones por las cuales las mujeres deben recibir una buena atención durante el embarazo y después de este;
- formar grupos de apoyo a los hombres.

2.2.6 Fomentar las pruebas de detección y la participación de la pareja

TEMAS CLAVE

- Si el compañero sexual o ambos integrantes de la pareja se someten a pruebas de detección, se pueden obtener varios beneficios, (129) a saber:
 - se ayuda a ambos a procurar la propia protección, en particular donde las mujeres tengan dificultades para negociar prácticas sexuales seguras con el compañero sexual;
 - se reduce la carga de culpa de las mujeres relacionada con la introducción del VIH en la familia y se ofrece la oportunidad de modificar relaciones de poder desigual al recalcar la importancia de la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en las decisiones en materia de salud;
 - se posibilita que las madres VIH positivas reciban apoyo en sus decisiones y elecciones relacionadas con la profilaxis ARV y la alimentación del lactante, y por lo tanto se mejora el alcance de las intervenciones;
 - se mejora el acceso de las mujeres al tratamiento y la atención del VIH y se promueve la adherencia; se permite una identificación de un gran número de mujeres y hombres con VIH más rápida de la que quizá se consiga con otros enfoques de la prestación de servicios;
 - se ofrece a los hombres un punto de acceso para conocer el propio estado y, si fuera necesario, para obtener acceso a los servicios de tratamiento y atención.
- A pesar de la importancia reconocida de la participación masculina, es baja la proporción de personas sometidas a las pruebas como integrantes de una pareja.
 - Por ejemplo, en África subsahariana la mayor parte de los servicios de VIH se

dirigen a individuos y no a los integrantes de parejas (130).

- Las mujeres pueden no saber que los servicios de consejería y pruebas de detección del VIH y otros servicios están disponibles para las parejas.
- Las mujeres quizás no puedan hablar a sus parejas de la necesidad de las pruebas por temor a las posibles consecuencias negativas, por ejemplo acusaciones de infidelidad, o desamparo y violencia.
- Las mujeres que se hayan realizado las pruebas de detección del VIH sin haber hablado de ello con su pareja pueden sentirse particularmente preocupadas por la revelación.
- Los hombres pueden no sentirse cómodos al utilizar los servicios de salud materna porque están orientados hacia la mujer. Tradicionalmente, la mayor parte de los servicios de salud materna no tratan de llegar a los compañeros sexuales de las embarazadas.
- Debido a compromisos laborales, los compañeros que deseen consejería y pruebas de detección del VIH quizás no puedan obtener acceso a los servicios en los momentos o sitios regularmente programados.
- Cuando los integrantes de una pareja se han sometido a las pruebas y uno o ambos obtiene un resultado VIH positivo, se experimenta con frecuencia ira, culpa y desconfianza que pueden dirigirse al compañero/a.

2.2.6 Fomentar las pruebas de detección y la participación de la pareja

INTERVENCIONES

- Véanse en el **RECUADRO 2.7** de la página 45 ejemplos de mensajes clave para alentar a los hombres a que se sometan a las pruebas de parejas y colaboren.
- Apoyar y, en caso necesario, facilitar la participación del compañero solo con el permiso de la compañera o si eso es lo que ella prefiere.
- Promover las pruebas de detección del VIH de las parejas como parte de un esfuerzo para mejorar la salud de toda la familia.
 - Por ejemplo, hablar de la manera en que la participación del hombre podría aumentar la aceptación del uso de condones y facilitar una actividad sexual de menor riesgo y opciones reproductivas apropiadas. Esto puede ayudar a reducir los riesgos de sospecha que afrontan las mujeres y aumentar su acceso a los servicios (129).
- Suministrar a las mujeres información específica acerca del VIH y los servicios ofrecidos para los compañeros sexuales y miembros de la familia.
 - Por ejemplo, entregar información sobre lugares donde los hombres pueden obtener consejería y pruebas de detección del VIH en la comunidad, inclusive en furgonetas móviles que ofrezcan pruebas y orientación o en entornos laborales.
- Sensibilizar a las comunidades sobre los servicios de pruebas, tratamiento y atención disponibles para los hombres, incluidos los compañeros sexuales de las usuarias.
- Donde sea factible, ofrecer a las mujeres la opción de regresar con su pareja para pruebas y consejería, reduciendo así posiblemente la carga de culpa del integrante de la pareja que se someta primero a las pruebas.
- Asegurarse de que cada integrante de la pareja acepte por separado y voluntariamente hacerse las pruebas de detección del VIH. El consentimiento o la presencia de ambos integrantes de la pareja no debe ser un requisito previo para las pruebas de detección del VIH, porque no todas las mujeres forman parte de una pareja y en algunas relaciones quizá haya posibilidades de violencia.
- Recalcar que los resultados de las pruebas y la consejería a cada integrante de la pareja se mantendrán confidenciales, y que los resultados de uno se revelarán al otro solo con el consentimiento previo o la participación del primero.
- En la consejería posterior a la prueba, según los resultados de las pruebas de uno o ambos integrantes de una pareja, ayudar a abordar los sentimientos de culpa, ira y ansiedad y prevenir una escalada de maltrato físico o verbal (118).
- Especialmente en los servicios de atención prenatal, dar un carácter más amigable con los hombres al área usada para consejería y pruebas de detección del VIH, entregando material de información relacionado con VIH dirigido a los hombres o, si fuera posible, ofreciendo a los hombres salas de espera separadas (77).

2.2.7 Derivar a servicios de tratamiento del VIH, atención, apoyo y otros servicios sociales

TEMAS CLAVE	INTERVENCIONES
■ Las mujeres con VIH son vulnerables a una variedad de afecciones, como tuberculosis y cáncer cervicouterino, y tienen numerosas necesidades de seguimiento médico y de salud, por ejemplo durante el embarazo y el puerperio (124, 131). ■ En muchos entornos, las leyes sobre la herencia favorecen a los hombres y privan a las mujeres de sus derechos a la propiedad y otros bienes. Esto puede dejar a muchas mujeres con VIH sin ninguna fuente de ingresos, sin vivienda ni medios para sí mismas y sus hijos (132). ■ Las mujeres con VIH afrontan elecciones complejas relacionadas con la maternidad, que en muchas partes del mundo es determinante para definir la posición y la identidad de la mujer en la comunidad (124). ■ Las mujeres con VIH también pueden tener la responsabilidad de atender a otros familiares enfermos. En consecuencia, necesitan apoyo para desempeñar esas funciones.	■ Señalar la diversidad de necesidades de las mujeres con VIH, relacionadas tanto con su salud como con su bienestar social. ■ Compilar y mantener una guía actualizada de todos los recursos y servicios disponibles en la comunidad a los cuales se pueda derivar a las mujeres con VIH (véase el RECUADRO 2,8 en la página 49). ■ Derivar según sea necesario a servicios de tratamiento del VIH, atención, apoyo y programas de PTMI, así como a otros programas de salud y servicios médicos, por ejemplo detección y tratamiento de la tuberculosis y del cáncer cervicouterino y prevención y tratamiento de la malaria. ■ Derivar a los servicios sociales prestados a través de organizaciones comunitarias o religiosas, por ejemplo de apoyo jurídico, clubes para después de las pruebas, apoyo religioso y espiritual, oportunidades de generación de ingresos y servicios para mujeres que experimentan violencia, si los hay. ■ En particular, las madres VIH positivas pueden necesitar apoyo de organizaciones de la comunidad para recibir atención posparto y servicios para sí mismas y sus hijos. ■ Apoyar a las mujeres con VIH en sus decisiones y elecciones reproductivas. Ofrecer o derivar a servicios de planificación familiar que puedan asesorarlas acerca de sus opciones, ya sea tener hijos/as, aplazar la maternidad o no tener más hijos/as. Las mujeres que quieran tener hijos/as necesitan información acerca de los servicios, y las que quieren retrasar o prevenir los embarazos necesitan información sobre métodos anticonceptivos apropiados y acceso a éstos (133–134). ■ Remitir a programas de atención y apoyo en el hogar para que las mujeres con VIH, puedan obtener acceso al apoyo psicosocial y recibir apoyo como cuidadoras de familiares enfermos.

RECUADRO 2.8

Tipos de servicios de una red de consultorios (65)

SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD

- Tratamiento antirretroviral, incluidos apoyo a éste, información al respecto y consejería sobre la adherencia
- Atención clínica a las infecciones oportunistas
- Obstetricia y ginecología, inclusive detección del cáncer cervicouterino
- Servicios de salud sexual y reproductiva, por ejemplo de planificación familiar, atención prenatal y salud materna, servicios para infecciones del aparato reproductor e infecciones de transmisión sexual, servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, orientación sobre la sexualidad
- Consejería y pruebas de detección del VIH
- Servicios de PTMI
- Servicios de salud mental
- Intercambio de agujas
- Profilaxis post exposición
- Farmacia
- Prevención (condones, mercadotecnia social)
- Servicios para grupos marginados (por ejemplo trabajadores/as sexuales, usuarios/as de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- Manejo del abuso de alcohol, drogas y sustancias psicotrópicas
- Profilaxis de la malaria
- Servicios de atención a la tuberculosis
- Cuidados paliativos

SERVICIOS PSICOSOCIALES

- Cuidado de niños/as, incluida la atención a niños/as huérfanos y vulnerables
- Apoyo financiero y material
- Atención y apoyo en el hogar
- Apoyo jurídico (propiedad, empleo, testamentos)
- Microfinanzas y microcréditos para la generación de ingresos
- Intervenciones y orientación nutricionales
- Consejería entre pares, apoyo psicosocial, apoyo psicológico al duelo
- Centros de reuniones posteriores a las pruebas y grupos de apoyo mutuo, grupos de jóvenes
- Apoyo espiritual (por ejemplo grupos religiosos)
- Violencia intrafamiliar, grupos de apoyo mutuo y grupos de mujeres

SECCIÓN 3

Prevención de la transmisión materno infantil de VIH

Objetivos 551

3.1 Antecedentes 51

3.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de programas de PTMI 51

3.2.1 Administrar profilaxis ARV para prevenir la transmisión infantil por VIH 52

3.2.2 Ayudar a las mujeres en la planificación de nacimientos 53

3.2.3 Apoyar prácticas de menor riesgo en la alimentación de lactantes 54

3.2.4 Apoyar a las mujeres con VIH en la toma de decisiones reproductivas fundamentadas 55

3.2.5 Brindar consejería nutricional y apoyo a las mujeres con VIH 57



Objetivos

En esta sección se explica la manera en que las desigualdades de género limitan el acceso de las mujeres a los servicios de Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) y sus experiencias en estos programas. Se describen intervenciones orientadas a mejorar la capacidad de respuesta de dichos servicios a las necesidades de género y mejorar la calidad de los mismos. Puede resultar sumamente útil a los proveedores de servicios de salud y a los supervisores de los servicios de PTMI.

3.1 Antecedentes

A nivel mundial, más del 90% de los 2,1 millones de menores de 15 años con VIH han contraído el VIH a través de sus madres. Los niños y niñas representaban en el 2007 casi el 17% de las nuevas infecciones. Alrededor del 90% de los niños/as seropositivos al VIH viven en África subsahariana (4). Una esfera en que es posible prevenir esta infección mediante intervenciones viables en entornos con recursos limitados es la prevención de la transmisión de VIH de las mujeres a sus hijos/as durante el embarazo, el parto y todo el periodo de lactancia natural.

Lamentablemente, la cobertura en estas intervenciones es baja. En el 2007 el 18% de las embarazadas habían recibido pruebas de detección de VIH y 33% de las embarazadas con VIH habían recibido antirretrovirales (ARV) para prevenir la transmisión a sus hijos/as lactantes (4). Investigaciones realizadas en diversos entornos (por ejemplo en China, la India, Kenya y Zambia) han indicado que las desigualdades de género, incluidas la estigmatización y la discriminación experimentadas por las mujeres, son factores que disminuyen el impacto de las intervenciones. En Zambia, por ejemplo, la proporción de mujeres que solicitaban atención prenatal era mayor que las que recibieron pruebas de detección de VIH, y la proporción de embarazadas con VIH que requerían profilaxis ARV era mayor que las que efectivamente accedieron a profilaxis ARV y consejería sobre alimentación del lactante. Esto se atribuyó en parte a la resistencia de los hombres al uso de estos servicios por sus compañeras, temor a la estigmatización y factores relacionados con la prestación de los servicios, por ejemplo, escasez de personal (135–136).

Las intervenciones tempranas se concentraron principalmente en impedir la transmisión vertical de VIH de las embarazadas o las madres lactantes a sus bebés. Debido a esfuerzos crecientes para aumentar el acceso al TARV en entornos con recursos limitados, los servicios existentes ofrecen oportunidades extraordinarias y puntos de acceso para ampliar el tratamiento, la atención y el apoyo a las mujeres con VIH, sus hijos/as y otros miembros de la familia (137). La experiencia ha indicado que es posible aumentar el uso oportuno y apropiado de los servicios mediante intervenciones orientadas a lo siguiente: reducir las barreras de acceso a los servicios, mejorar la calidad y la aceptabilidad de los servicios y promover la prevención como responsabilidad compartida de las embarazadas con sus parejas. Por ejemplo, una evaluación de intervenciones piloto patrocinadas por las Naciones Unidas en Kenya y Zambia indicó que, entre otros factores, el aumento de la participación de los hombres mejoraba la aceptabilidad de las mujeres a los servicios (135).

3.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de programas de PTMI

La OMS y otros organismos de las Naciones Unidas respaldan un método integral de PTMI que comprende lo siguiente: prevención primaria de la transmisión por VIH en las mujeres; prevención de los embarazos no deseados en las mujeres con VIH; prevención de la transmisión de VIH de las mujeres con VIH a sus bebés; y administrar el tratamiento, atención y apoyo a las mujeres con VIH y sus familias (137). En esta sección se aborda la capacidad de respuesta a las necesidades de género en componentes claves de los programas de PTMI que se implementan en los servicios de salud, a saber:

- 3.2.1 Administrar profilaxis ARV para prevenir la transmisión infantil por VIH
- 3.2.2 Ayudar a las mujeres en la planificación de nacimientos
- 3.2.3 Apoyar prácticas de menor riesgo en la alimentación de lactantes
- 3.2.4 Apoyar a las mujeres con VIH en la toma de decisiones reproductivas fundamentadas
- 3.2.5 Brindar consejería nutricional y apoyo a las mujeres con VIH.

SECCIÓN 3: PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DE VIH

Los temas clave e intervenciones específicas para cada componente responden a las necesidades prácticas de las mujeres de tener servicios de calidad y a sus necesidades estratégicas de modificar sus condiciones desiguales de vida. Las intervenciones orientadas a las necesidades de género relacionadas con las actividades de consejería y pruebas de detección de VIH destinadas a embarazadas y madres lactantes se abordan en la **SECCIÓN 2** (páginas 33 a 50). Las intervenciones orientadas a las

necesidades de género relacionadas con el tratamiento y la atención del VIH en las embarazadas y madres lactantes que son las mismas para todas las mujeres con VIH, se abordan en la **SECCIÓN 4** (páginas 59 a 68). Los proveedores de servicios de salud y los supervisores de servicios de PTMI deben por consiguiente leer la presente sección conjuntamente con las **SECCIONES 2 Y 4**.

3.2.1 Administrar profilaxis ARV para prevenir la transmisión infantil por VIH

La OMS recomienda el tamizaje de todas las mujeres diagnosticadas con VIH a fin de determinar su elegibilidad para el TARV en función del recuento de células CD4 o de fases clínicas definidas de síntomas relacionados con el sida. Se ofrece TARV a las mujeres que reúnen los requisitos para el tratamiento del VIH. A las mujeres embarazadas que no son elegibles para recibir dicho tratamiento, se ofrece profilaxis ARV para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos/as.¹

TEMAS CLAVE

- Muchas mujeres que se someten a las pruebas y cumplen los requisitos para recibir profilaxis medicamentosa antirretroviral no la usan porque les preocupan los efectos de los ARV en sus bebés y dudan de la capacidad de los medicamentos para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo/a (43).
- Algunas mujeres presentan una actitud pesimista frente a su propia situación y pueden no aceptar la profilaxis ARV aunque esté disponible (43).
- Las mujeres quizás no puedan tomar decisiones acerca de la profilaxis ARV sin el consentimiento de su pareja y otros miembros de la familia, o tal vez carezcan de tiempo, dinero o posibilidades para regresar a fin de proseguir el tratamiento.
- Las mujeres pueden tener dificultades para cumplir con la profilaxis ARV por inquietudes relacionadas con la confidencialidad, y quieren evitar una revelación involuntaria de su estado VIH positivo si no lo han comunicado a sus familiares (138).
- Las mujeres han reportado discriminación y actitudes estigmatizantes por parte de los proveedores, que las desmotivan a regresar para recibir tratamiento y atención adicionales (139–140).

INTERVENCIONES

- Con el consentimiento de las mujeres, suministrar a éstas y sus parejas información clara (en forma verbal, escrita o gráfica) y asesorarlas sobre la dosificación y los efectos colaterales previstos de los ARV, a fin de reducir ideas erróneas acerca de ellos.
- Reconocer y abordar las inquietudes de las mujeres por los efectos colaterales, su deseo de ser buenas madres y su autonomía limitada para tomar decisiones relacionadas con el embarazo. Abordar estos temas en las actividades de educación en salud y sensibilización comunitaria de mujeres, hombres, familias y líderes comunitarios, a fin de encontrar maneras de reducir las barreras de las mujeres y aumentar la aceptabilidad de la profilaxis ARV.
- Abordar durante la consejería los temores acerca de una revelación involuntaria de su estado VIH positivo.
 - Por ejemplo, asesorar sobre la profilaxis ARV y la manera de tomarla discretamente (por ejemplo en cajas pequeñas de pastillas que se pueden disimular fácilmente).

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre los medicamentos antirretrovirales para tratar a las embarazadas (104).

3.2.2 Ayudar a las mujeres en la planificación de nacimientos

La OMS recomienda que las embarazadas, particularmente las que están con VIH, den a luz en un establecimiento de salud porque durante el trabajo de parto y el parto propiamente tal, aumenta el riesgo de transmisión del VIH, especialmente si el trabajo de parto es prolongado, o se presentan desgarros y hemorragia.¹ Las barreras para la atención del parto en establecimientos de salud deben abordarse como parte de la ayuda a las mujeres en la planificación de los nacimientos.

TEMAS CLAVE

- En muchos entornos, las mujeres no solicitan atención prenatal o no dan a luz en centros de salud por diversos factores económicos, sociales o culturales.
 - Por ejemplo, las que viven en zonas rurales y apartadas pueden no tener medios de transporte u otros recursos necesarios para llegar a los establecimientos de salud. Otras pueden no tener en la familia la autonomía necesaria para elegir el lugar de atención del parto (141).
- Muchas mujeres manifiestan una preferencia cultural por el parto en casa con ayuda de parteras tradicionales, quienes suelen pertenecer a la misma comunidad y gozar de la confianza de la mujer (141).

INTERVENCIONES

- Educar a las comunidades y parejas de las mujeres con VIH acerca de la necesidad de apoyarlas para que tengan acceso a una atención adecuada durante el parto.
- Antes del comienzo del trabajo de parto, ayudar a las mujeres y sus parejas a desarrollar una planificación del parto. Se determinará el lugar de parto, las personas que estarán presentes, los arreglos financieros y logísticos para el transporte, y se dará información sobre una posible derivación en caso de complicaciones.

3.2.3 Apoyar prácticas de menor riesgo en la alimentación de lactantes

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres con VIH y sus hijos/as (133).

Para reducir el riesgo de transmisión materno infantil de VIH por la leche materna sin aumentar los riesgos de exposición a otras causas de morbilidad y mortalidad, la OMS recomienda que, si hay alimentación de reemplazo aceptable, factible, accesible, sostenible y seguro, se evite toda lactancia natural por madres con VIH. De lo contrario, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, después de los cuales ésta debe suspenderse lo antes posible.¹

TEMAS CLAVE

- En muchos contextos, en las prácticas de alimentación del lactante las mujeres están muy influenciadas por su deseo de ser buenas madres y por presiones sociales (142).
- Muchas mujeres se enfrentan con un dilema con respecto a la lactancia materna. Mientras que se recomienda a las madres con VIH que no amamenten debido al riesgo de transmisión por la leche materna, el evitar la lactancia materna implica otros riesgos importantes para la salud de sus bebés. También puede dar lugar a una revelación de su estado serológico a las familias y comunidades, lo que las hace vulnerables al estigma y la discriminación.
 - Por ejemplo, en muchas sociedades, las normas sociales acerca de la alimentación del lactante estigmatizan a las mujeres que no amamantan y, en algunos entornos con alta prevalencia de VIH, no amamantar a un bebé se considera un signo de que la mujer es VIH positiva (142–143).
- La alimentación con leche maternizada impone exigencias a las mujeres con relación a los costos, el tiempo y la disponibilidad de agua limpia para preparar la leche con seguridad.
 - Por ejemplo, las mujeres pueden no estar en condiciones de satisfacer esas demandas porque no tienen acceso ni control de los recursos económicos (es decir, para comprar leche maternizada), carecen del tiempo necesario (debido a otras responsabilidades del hogar, incluida la atención de familiares enfermos) o deben sobrellevar la responsabilidad adicional de buscar y preparar agua limpia (144–145).

INTERVENCIONES

- Abordar los riesgos de transmisión por la leche materna. Explicar los beneficios y hablar con las mujeres y sus parejas (con permiso de la mujer) sobre la factibilidad y los desafíos de ambas opciones de alimentación.
- Apoyar a cada mujer en su elección de una alternativa basada en una evaluación realista de su situación.
- Educar a las comunidades acerca del riesgo de transmisión por la leche materna y acerca de prácticas menos riesgosas de alimentación de lactantes, a fin de crear un entorno favorable en el cual las mujeres puedan elegir una opción apropiada de alimentación del lactante.
- Apoyar a las mujeres en su elección con respecto a la alimentación del lactante facilitándoles consejería continua e información clara (de forma verbal, escrita o gráfica) sobre la manera de amamantar o preparar higiénicamente alimentos de reemplazo.
- Derivar a las mujeres a programas comunitarios y grupos de apoyo que podrían ayudarlas a generar ingresos, cuidar a los niños y niñas o desempeñar otras responsabilidades domésticas, a fin de respaldar su elección con respecto a la alimentación del lactante.
- En el **RECUADRO 3.1** que aparece abajo se describe una intervención de apoyo a parejas para que opten por prácticas más seguras de alimentación del lactante.

RECUADRO 3.1

Apoyo a parejas para que opten por prácticas más seguras de alimentación del lactante (146)

En Zimbabwe, un proyecto con madres con VIH mostró que los grupos de apoyo a parejas facilitan la comunicación sobre aspectos delicados. Uno de los temas que surgió con mayor frecuencia se refería a la explicación de métodos alternativos de alimentación del lactante a los miembros de familias extensas. Los grupos de apoyo facilitaron que las parejas hablaran de esos temas, examinaran diversas estrategias eficaces y adoptaran decisiones conjuntas. Como resultado, fueron más capaces de resistir a la presión de las familias extensas para que adoptaran las prácticas de alimentación tradicionales que quizá sean inapropiadas para las personas con VIH.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre VIH y alimentación del lactante (142–143).

3.2.4 Apoyar a las mujeres con VIH en la toma de decisiones reproductivas fundamentadas

El apoyo a las mujeres con VIH para evitar los embarazos no deseados es una modalidad clave de PTMI. La planificación familiar se considera importante para posibilitar que las mujeres con VIH establezcan un plan respecto de la propia salud y la de sus familias. Las mujeres que se someten a pruebas de detección del VIH antes de quedar embarazadas pueden tomar decisiones oportunas y optar por quedar embarazadas o retrasar o evitar los embarazos. Por consiguiente, para ayudar a las mujeres a tomar decisiones reproductivas fundamentadas se considera importante ofrecer pruebas de detección del VIH en los servicios de planificación familiar y proponer métodos anticonceptivos a las mujeres con VIH y sus parejas.¹

TEMAS CLAVE

- Tener o no tener hijos/as es un dilema para las mujeres con VIH. Para muchas mujeres la maternidad satisface una necesidad tanto biológica como social.
 - En muchas culturas, por ejemplo, se ejercen sobre las mujeres enormes presiones para que tengan hijos como forma de lograr una posición social. Por consiguiente, muchas de ellas quizá se sientan presionadas para quedar embarazadas, independientemente del riesgo al VIH o de su estado con respecto a éste. Los hombres pueden justificar las relaciones sexuales sin protección con sus esposas alegando su derecho a tener hijos (147).
- Algunas mujeres con VIH quizá no deseen tener hijos/as por razones de salud y bienestar de sus hijos/as (por ejemplo no quieren que éstos adquieran el VIH o no estar ella presente para atenderlos), o por la propia salud de la mujer. Las mujeres que no tienen o no quieren tener hijos pueden ser estigmatizadas en algunas culturas debido al valor asociado con la maternidad (por ejemplo las mujeres que tienen hijos, o que tienen muchos hijos o que tienen hijos varones ocupan una posición más elevada) (147).
- Las relaciones de poder desigual de las mujeres con sus familiares o con los proveedores de asistencia sanitaria pueden disminuir la capacidad de la mujer de tomar decisiones de índole reproductiva.
 - Por ejemplo, las investigaciones han revelado que las mujeres con VIH experimentan presiones relacionadas con sus elecciones reproductivas, sea para que acepten un método de planificación familiar sobre otros (por ejemplo esterilización), o para que se abstengan de tener hijos (54).
- Algunos métodos de planificación familiar apropiados para las mujeres o las parejas con VIH pueden no coincidir con los preferidos por la pareja o la persona.
 - Por ejemplo, los hombres quizá no estén dispuestos a usar condones porque pueden creer que tienen derecho a tener relaciones sexuales sin protección con sus parejas, especialmente si están casados, o porque piensan que el uso de los condones reduce el placer sexual o menoscaba su masculinidad.
- En el **RECUADRO 3.2** de la página 56 se describen los dilemas de las mujeres con VIH al elegir opciones reproductivas.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre salud sexual y reproductiva para mujeres VIH y sus hijos/as (133).

3.2.4 Apoyar a las mujeres con VIH en la toma de decisiones reproductivas fundamentadas

INTERVENCIONES

- Ayudar a las mujeres con VIH a elegir alternativas reproductivas y adoptar decisiones fundamentadas ofreciéndoles una amplia variedad de información sobre lo siguiente: posibles complicaciones de embarazos asociados al VIH (por ejemplo bajo peso al nacer, prematuridad o mortinatalidad); todos los métodos anticonceptivos apropiados para quienes deseen retrasar o prevenir los embarazos; e intervenciones de PTMI para quienes deseen tener hijos (es decir, profilaxis antirretroviral, opciones más seguras de alimentación de lactantes y planificación de los nacimientos).¹
- Promover y proteger los derechos reproductivos de la mujer con VIH, incluido el derecho a un aborto seguro donde no sea contrario a la ley.
- Tratar la planificación familiar de una manera que no fuerce a las mujeres con VIH a aceptar algún método en particular, por ejemplo, la esterilización.
- Apoyar a las mujeres con VIH y deseen prevenir los embarazos al consultar a sus parejas acerca de sus decisiones reproductivas y proporcionarles la información necesaria. Esto debe hacerse sólo si las mujeres deciden incluir a sus parejas.
- Sensibilizar a las comunidades sobre la importancia de prevenir los embarazos no deseados si uno o ambos integrantes de una pareja tiene VIH, a fin de crear así un entorno favorable en el cual las mujeres con VIH puedan elegir alternativas reproductivas.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre opciones reproductivas y planificación familiar para personas con VIH (134).

RECUADRO 3.2

Ejemplos de estigmas enfrentados por las mujeres con VIH en relación a sus elecciones reproductivas (56)

ESTIGMA POR NO TENER HIJOS/AS

- La sociedad no me considera como una mujer.
- No habrá nadie para cuidarme cuando esté enferma o anciana.
- Me preguntan continuamente por qué no tengo hijos, o dicen que soy inútil porque no tengo hijos.
- Si una no tiene hijos, su pareja la deja.
- Los familiares ejercen presión para que una tenga hijos.
- Mi nombre no se usa para nombrar al hijo de ningún pariente por temor a que se reproduzca mi situación (no tener hijos).
- Temor a comportarse de manera diferente (es decir no tener hijos).

ESTIGMA POR DESEAR O TENER HIJOS/AS

- Si una mujer es VIH positiva, no puede procrear.
- Si una mujer es VIH positiva, abortará o el bebé nacerá muerto.
- Si una mujer es VIH positiva y queda embarazada, su sistema inmunitario sufrirá una presión muy grande y ella morirá mucho más rápidamente.
- Las personas con VIH que tienen hijos son egoístas.
- No es justo para los hijos.
- Los hijos quedarán huérfanos al morir los padres.

3.2.5 Brindar consejería nutricional y apoyo a las mujeres con VIH

Las embarazadas y las madres lactantes seropositivas al VIH necesitan apoyo y consejería nutricional adicional y específica en comparación con las mujeres seronegativas al VIH. Esto obedece a las mayores necesidades nutricionales asociadas al embarazo y el puerperio, especialmente en contextos donde la desnutrición y la inseguridad alimentaria son endémicas, todo lo cual se combina con un mayor gasto energético y alto costo asociados al VIH (148).

TEMAS CLAVE

- En muchos entornos, mientras que las mujeres son las principales responsables de la producción, recolección, adquisición y preparación de los alimentos para la familia, incluidos los familiares enfermos, y para sí mismas, no tienen poder de decisión respecto de la producción, compra o preparación de alimentos (149).
- En los entornos con alta prevalencia en VIH, donde los varones de los hogares están enfermos o han muerto de sida, las mujeres enfrentan pobreza e inseguridad alimentaria. Esto conlleva mayores cargas para ellas, porque son responsables de encontrar y preparar alimentos nutricionalmente adecuados para sus familiares y ellas mismas (13).
- En algunos entornos, las normas culturales y la posición de las mujeres determinan que estas sean las últimas de la familia en comer, después los hombres, los niños/as y otros familiares. Esto significa que las mujeres no pueden ingerir alimentos suficientes, o bien pueden ingerir alimentos nutricionalmente deficientes (150–151).
- En muchos entornos, las mujeres trabajan como agricultoras de subsistencia o labradoras con horarios de trabajo largos y exigentes. Debido a una ingesta alimentaria deficiente durante el embarazo o la lactancia, unida a un trabajo físico pesado, las mujeres pueden tener un balance energético negativo que podría verse exacerbado por el VIH (13, 149).
- La anemia es común entre las mujeres, especialmente durante el embarazo, y suele ser más grave en las que están con VIH que en otras. En muchos entornos, las normas sociales y las prácticas culturales relacionadas con la ingesta alimentaria durante el embarazo y el puerperio pueden afectar al estado nutricional de las mujeres, incluidas las que están con VIH (152). Por ejemplo, las embarazadas pueden tener proscritos ciertos alimentos nutritivos debido a creencias de que pueden dañar al feto (152–153).
- Las mujeres con VIH también deben procurar mantener una buena higiene para sí mismas, sus familias y sus hijos al preparar los alimentos (por ejemplo en relación con la alimentación con biberón y el lavado de las manos) para prevenir las infecciones relacionadas con los alimentos.

3.2.5 Brindar consejería nutricional y apoyo a las mujeres con VIH

INTERVENCIONES

- Colaborar con mujeres y hombres en familias, comunidades y programas agrícolas para determinar y abordar las causas de la inseguridad alimentaria doméstica, incluidas normas socioculturales y prácticas relacionadas con la producción, la compra y la preparación de alimentos.
 - Por ejemplo, una intervención destinada a mejorar la seguridad alimentaria de las familias afectadas por VIH en Uganda cambió las normas relacionadas con la distribución de los alimentos y aumentó el acceso de las mujeres a los alimentos nutritivos, que anteriormente se reservaban sólo para los hombres (151).
- Abordar las normas y prácticas socioculturales que influyen en la ingesta alimentaria de las mujeres durante el embarazo suministrando información acerca de los alimentos apropiados para aumentar de peso en el embarazo, prevenir la anemia y apoyar la lactancia.¹
- Derivar a programas de asistencia alimentaria a las embarazadas que no puedan aumentar de peso, pierdan peso o experimenten inseguridad alimentaria aguda; puede ser como parte de un programa de atención y apoyo en el hogar u otro programa (por ejemplo huertas para la cocina o reemplazo con micronutrientes).
- Asesorar sobre inocuidad, preparación y almacenamiento de los alimentos para reducir al mínimo los riesgos de que las mujeres con VIH y sus familias contraigan infecciones relacionadas con los alimentos. Esto quizá sea especialmente importante para las madres con VIH que están considerando formas de alimentación alternativa para sus lactantes.
- Asesorar a las mujeres que toman ARV acerca del manejo de los efectos colaterales que tengan repercusiones nutricionales, como náuseas, diarrea y vómitos, y sobre las necesidades de alimentos y agua según las pautas de medicamentos.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre consejería nutricional, la atención y el apoyo a las mujeres con VIH (148).

SECCIÓN 4

Tratamiento y atención del VIH

Objetivos 59

4.1 Antecedentes 59

4.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de servicios de tratamiento y atención del VIH 59

4.2.1 Determinar la admisibilidad para iniciar TARV 60

4.2.2 Iniciar profilaxis o tratamiento de las infecciones oportunistas 62

4.2.3 Iniciar TARV 63

4.2.4 Apoyar la adherencia al TARV 66



Objetivos

En esta sección se destacan las desigualdades de género que afectan el acceso de las mujeres a los programas de tratamiento y atención del VIH y la experiencia respecto a los mismos. Se describen intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de género en los componentes de tratamiento y atención del VIH de programas nacionales integrales, y por lo tanto a mejorar su calidad. Esta sección puede ser sumamente útil para los proveedores de servicios de salud y los supervisores de servicios de tratamiento y atención del VIH.

4.1 Antecedentes

La creciente disponibilidad de TARV en muchos entornos de escasos recursos ofrece la posibilidad decisiva de prolongar la vida de personas con VIH, y puede incentivar a las personas a conocer su estado serológico. Se ha calculado que para diciembre del 2007 unos 3 millones de personas con VIH, es decir 31% de los estimados 9,7 millones que lo requerían, recibían tratamiento en países de ingresos bajos y medianos. Más de 2,1 millones de personas reciben TARV en África subsahariana, o sea que la tasa de cobertura es de 30%, mientras que hace tres años la tasa de cobertura era de sólo 2% (4). En junio del 2006, en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH, los Estados Miembros acordaron la meta de acceso universal a programas integrales de prevención, tratamiento, atención y apoyo para el 2010.

La equidad de acceso al tratamiento y la atención del VIH es fundamental para ampliar los avances de los programas hacia el acceso universal. Las evidencias actuales de 57 países de ingresos bajos y medianos indican que aproximadamente un 58% de los adultos que reciben tratamiento en estos países son mujeres, mientras que las mujeres representan el 52% de los adultos con VIH. En general, la relación proporcional entre mujeres y hombres que reciben tratamiento coincide con las tasas regionales de prevalencia del VIH por sexo (4). No obstante, las desigualdades de género siguen siendo una barrera significativa al acceso al tratamiento y la atención del VIH, y se deben vigilar, detectar y abordar para mejorar la calidad de la atención y los resultados de los tratamientos otorgados a las mujeres, especialmente las pertenecientes a grupos

marginados, como las trabajadoras sexuales y usuarias de drogas inyectables (UDI), que experimentan una discriminación adicional. Los factores que limitan el acceso de los hombres al tratamiento y la atención se conocen y se abordan poco. Evidencias limitadas a unos pocos países sobre el uso de servicios en VIH y otros servicios de salud, indican que los hombres están socialmente adiestrados para no admitir fácilmente que están enfermos, tienden a subestimar más que las mujeres su riesgo al VIH y, por consiguiente, tal vez no acudan para someterse a las pruebas hasta que muestren síntomas asociados al VIH (54, 154–155).

4.2 Abordar las desigualdades de género en algunos componentes de servicios de tratamiento y atención del VIH

La OMS y el ONUSIDA recomiendan que, a fin de promover un acceso equitativo de las mujeres al TARV, se requiere lo siguiente: una política favorable, un fortalecimiento general de los sistemas de salud para responder a las necesidades de las mujeres, una reducción de las barreras de acceso, y objetivos e indicadores de monitoreo de los avances (67). La **SECCIÓN 1** (páginas 1 a 32) se refiere a intervenciones con perspectiva de género relacionadas con estas recomendaciones. A continuación se describen componentes seleccionados de programas de prestación de servicios, donde las desigualdades de género pueden ser muy notorias.

- 4.2.1 Determinar la admisibilidad para iniciar TARV
- 4.2.2 Iniciar profilaxis o tratamiento de las infecciones oportunistas
- 4.2.3 Iniciar TARV
- 4.2.4 Apoyar la adherencia al TARV

La **SECCIÓN 2** (páginas 33 a 50) se refiere a intervenciones con perspectiva de género en materia de consejería y pruebas de detección de VIH, y la **SECCIÓN 3** (páginas 51 a 58) se refiere a intervenciones con perspectiva de género respecto a elecciones reproductivas y consejería nutricional a mujeres con VIH. La **SECCIÓN 5** (páginas 69 a 76) se refiere a intervenciones con perspectiva de género en la atención y apoyo en el hogar, dimensión muy relevante para proporcionar a las mujeres con VIH tratamiento y atención integrales adecuados. Los directores o supervisores y los proveedores

de servicios de tratamiento y atención del VIH, por consiguiente, deberán leer la presente sección conjuntamente con las **SECCIONES 2, 3 y 5**.

4.2.1 Determinar la admisibilidad para iniciar TARV

Los criterios vigentes de admisibilidad sugeridos por la OMS priorizan el acceso al TARV para las personas con VIH cuyo recuento de células CD4 esté por debajo de 200,¹ o que se encuentren en etapas clínicas definidas por la OMS como de enfermedad por VIH, avanzada o grave. En la determinación de la admisibilidad para iniciar TARV, un criterio más equitativo sería la admisibilidad clínica (104, 156–157). En realidad, sin embargo, los gobiernos, los directores de programa y los proveedores de servicios de salud, ya están adoptando o tal vez necesiten adoptar decisiones basadas en criterios sociales explícitos o implícitos para dar acceso a los servicios de tratamiento del VIH, o excluir de ellos a ciertos grupos (158–160). Semejantes criterios pueden afectar la equidad en el acceso de las mujeres al tratamiento del VIH, como se indica más abajo (160–161).

¹ Véanse las recomendaciones de la OMS sobre los criterios de admisibilidad en las directrices para la atención integrada a las enfermedades de adolescentes y adultos relativas al TARV crónico y la prevención del VIH, (120) y las orientaciones de la OMS sobre ética y acceso equitativo al tratamiento y la atención del VIH (156).

TEMAS CLAVE

- Algunos programas de tratamiento y atención del VIH tal vez apliquen criterios tales como la capacidad de pago o copago de los costos de diagnóstico, tratamiento y atención, o el que los pacientes estén asegurados. Estos criterios comprometen el cumplimiento terapéutico, especialmente en las familias pobres. Las desventajas pueden multiplicarse para las mujeres, que suelen tener menos acceso a recursos financieros y de otro tipo, y menos control de los mismos, y tienen menos probabilidades de estar aseguradas que los hombres (82, 162).
- En algunos entornos se aplican criterios tales como el de exigir a las personas que inician tratamiento que revelen su estado serológico al menos a otra persona, o se usan indicadores sustitutivos a fin de determinar la capacidad para cumplir con los protocolos de tratamiento (por ejemplo la pertenencia a redes sociales o familias estables, la condición de residentes o ciudadanos, o la ausencia de abuso de sustancias psicotrópicas) (158–159). Tales criterios pueden limitar el acceso al tratamiento y la atención para las mujeres que no deseen revelar su estado serológico por temor a la violencia de la pareja, o por haber experimentado esa violencia, y para las solteras, las migrantes y las usuarias de drogas inyectables.
- En varios países las embarazadas VIH positivas y las nuevas madres tienen acceso prioritario al TARV para sí mismas, además de recibir profilaxis ARV para prevenir la transmisión de VIH a sus hijos/as lactantes (158, 161). Esto beneficia a las embarazadas y algunas madres, pero puede dar lugar a la exclusión de las no embarazadas, incluidas las jóvenes y las mujeres mayores que han criado a sus hijos.
- En algunos entornos, en particular en Asia meridional, se prefiere invertir los recursos en algunos miembros de la familia antes que en otros, sencillamente por razones de sexo y condición social (por ejemplo se valora a los hombres más que a las mujeres y a los niños varones más que a las niñas). En esos entornos quizá no sea fácil para las mujeres obtener acceso a los servicios de salud y los establecimientos de diagnóstico en general, salvo por razones relacionadas con el embarazo. En consecuencia, puede no determinarse la admisibilidad de las mujeres para el TARV, y ellas pueden no tener acceso al tratamiento del VIH, aunque se consideren un grupo prioritario para la administración del TARV (162).
- Las comunidades, incluidas las mujeres y sus familias, pueden desconocer los criterios establecidos para priorizar el acceso de ciertos grupos.

4.2.1 Determinar la admisibilidad para iniciar TARV

INTERVENCIONES

■ Si criterios sociales tales como los requisitos de revelación o de capacidad para cumplir los protocolos de tratamiento (usando indicadores sustitutivos como la pertenencia a redes sociales estables o la ciudadanía) excluyen a ciertos grupos de mujeres (por ejemplo solteras o migrantes), encontrar maneras alternativas de incluirlas.

■ Esto se podría conseguir mediante consejería previa al TARV y consejería para la adherencia, o apoyo de pares (compañeras de tratamiento). Si las mujeres tienen dificultades para identificar a un defensor de su tratamiento, el establecimiento de salud debe ayudar a identificar a una persona apropiada. Por otro lado, donde la revelación sea un requisito previo al acceso al tratamiento, debe garantizarse la confidencialidad, y debe hacerse todo lo posible para prevenir la estigmatización y la discriminación de la usuaria.

■ La recomendación vigente de la OMS es que los países consideren la posibilidad de dar acceso gratuito al TARV en el punto de prestación de los servicios (90, 156–157). Por consiguiente, donde haya criterios como la capacidad de pago o copago de los costos de diagnóstico o tratamiento, tal vez sea necesario derivar a las mujeres a programas comunitarios que puedan prestarles apoyo financiero para que tengan acceso al tratamiento.

■ Educar a las comunidades y a las personas con VIH, especialmente las mujeres, acerca de la disponibilidad de pruebas diagnósticas para el recuento de CD4 y los criterios de admisibilidad para iniciar TARV, a fin de que sepan si cumplen los requisitos para recibir tratamiento y puedan solicitar servicios (163).

4.2.2 Iniciar profilaxis o tratamiento de las infecciones oportunistas

Mientras que no todas las mujeres con VIH reúnen los requisitos para iniciar un TARV, un número mucho mayor de ellas necesitan medicamentos para prevenir o tratar infecciones oportunistas frecuentes. La OMS recomienda ofrecer profilaxis o tratamiento de las infecciones oportunistas (por ejemplo cotrimoxazol o isoniazida) como parte del conjunto de medidas de atención y tratamiento crónico del VIH (120, 164–165).

TEMAS CLAVE

- Las mujeres con VIH pueden no ser conscientes de la necesidad de profilaxis contra las infecciones oportunistas, o de otros elementos de una atención precoz al VIH (163).
- Las mujeres con VIH, especialmente las que no han revelado su estado serológico, pueden no tener el apoyo que necesitan de la comunidad y la familia para conseguir acceso a la profilaxis o al tratamiento de las infecciones oportunistas.
- Las mujeres con VIH, a menudo presentan enfermedades específicas relacionadas con el aparato reproductor. Corren más riesgos de micosis vaginales, verrugas genitales, enfermedad inflamatoria pélvica, irregularidades menstruales y cáncer cervicouterino que las mujeres VIH negativas (166).
 - En muchos entornos, las normas socioculturales contribuyen a que las mujeres no logren reconocer que estas afecciones son anormales, y retrasan la búsqueda de atención apropiada. Las mujeres sienten vergüenza de los síntomas ginecológicos, piensan que los síntomas menstruales o el exudado vaginal son una parte normal de la condición femenina y les incomoda hablar de estos síntomas con los proveedores de servicios de salud (167–168).

INTERVENCIONES

- Educar a las mujeres con VIH acerca los beneficios, la necesidad y el momento de administrar profilaxis contra las infecciones oportunistas, y otros elementos clave de una atención precoz al VIH.
 - Esta enseñanza también debe abarcar información sobre el reconocimiento de los síntomas y afecciones asociadas al aparato reproductor y la búsqueda de tratamiento oportuno, así como sobre la obtención regular de frotis de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino.¹
- Los proveedores de servicios de salud deben adelantarse a preguntar a las mujeres con VIH si presentan síntomas ginecológicos, teniendo en cuenta la timidez o la renuencia que posiblemente sientan algunas de ellas respecto de la mención de esos síntomas.
- Abordar las normas subyacentes, la vergüenza y la perturbación experimentadas por las mujeres en relación con sus síntomas ginecológicos.
- Suministrar información acerca de las prácticas de higiene sexual y reproductiva para prevenir, mitigar y controlar los síntomas ginecológicos en el largo plazo.
 - Por ejemplo, las mujeres pueden necesitar orientación sobre régimen alimentario, duchas vaginales, uso de ropa interior cómoda, etc., a fin de controlar y prevenir micosis vaginales.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres con VIH y sus hijos (133).

4.2.3 Iniciar TARV

TEMAS CLAVE

■ La voluntad y la disposición de las mujeres para iniciar y continuar el TARV puede verse afectado por diversos factores.

■ Por ejemplo, pueden no tener acceso a los recursos familiares para el transporte que les permitiría hacer las visitas regulares de seguimiento (49, 140–141). En los hogares donde hay varios familiares enfermos, incluidos niños/as, las mujeres pueden priorizar la atención y el tratamiento de sus hijos y otros familiares.

■ Debido a sus funciones y responsabilidades múltiples en el hogar, la familia y la comunidad, las mujeres suelen tener un gran volumen de trabajo. Por consiguiente, algunas pueden considerar que la dosificación de ARV no conviene a su modo de vida.

■ Por ejemplo, para las trabajadoras puede resultar inconveniente adoptar regímenes terapéuticos que requieran varias dosis al día, especialmente si trabajan en los campos, cuidan a los niños, cocinan, atienden a los enfermos y hacen otras tareas domésticas. La **FIGURA 4.1** presenta un ejemplo de las dificultades experimentadas por las mujeres para el TARV.

FIGURA 4.1 EJEMPLO DE PROBLEMAS EXPERIMENTADOS POR LAS MUJERES AL INICIAR EL TARV (163)



INTERVENCIONES

■ Evaluar la disposición de las usuarias para iniciar el TARV, incluido su apoyo social, antes de comenzarlo.¹

■ Por ejemplo, ayudar a las mujeres a identificar a personas a quienes puedan revelar con seguridad su estado y que pueden ayudarlas a obtener acceso al tratamiento y proseguirlo.

■ Suministrar información básica sobre el tratamiento, la dosificación, la observancia, los efectos colaterales, las interacciones medicamentosas y las necesidades alimentarias en un lenguaje sencillo no especializado, para que las mujeres menos instruidas puedan entender la información y la orientación.

■ Porejemplo, utilizar soportes visuales donde sea posible. Reforzar la información por intermedio de pares o consejeras comunitarias.

■ Véase en el **RECUADRO 4.1** de la página 64 información sobre una caja de herramientas didácticas sobre el tratamiento para empoderar a las mujeres con VIH.

■ Considerar la posibilidad de suministrar tratamiento y atención subsidiados o gratuitos. Recurrir a organizaciones de la comunidad para que faciliten el acceso de las mujeres al tratamiento, por ejemplo con medios de transporte o cuidado de niños.

■ Ayudar a las mujeres a planificar las pautas de tratamiento y las dosificaciones recomendadas teniendo en cuenta su vida cotidiana, así como la modalidad y la carga de trabajo.

¹ Véanse las directrices de la OMS sobre medicamentos antirretrovirales para tratar a las embarazadas y prevenir la transmisión infantil del VIH, (104) y las directrices sobre la atención integrada a las enfermedades de adolescentes y adultos relacionadas con el tratamiento crónico del VIH con ARV y la prevención (120).

RECUADRO 4.1

Caja de herramientas didácticas sobre el tratamiento para empoderar a las mujeres y niñas: SAfAIDS (163)

En el 2006 el Servicio de Difusión de Información de África Austral sobre VIH/SIDA (SAfAIDS) dio a conocer un conjunto de herramientas didácticas sobre el tratamiento del sida. El objetivo era empoderar a las mujeres y niñas de África austral para lo siguiente: optar con conocimiento de causa en relación con el tratamiento y la atención del VIH; exigir respeto de su derecho a una plena participación en los programas de tratamiento del VIH; fortalecer su capacidad para hacer frente a situaciones difíciles en la adherencia al TARV; y apoyar a sus compañeras que también reciben TARV.



Tareas cotidianas y tratamiento ARV

Algunas responsabilidades diarias que cumplen la mayor parte de las mujeres causan cansancio. Algunos medicamentos ARV también causan cansancio. Además de darse tiempo para descansar, hable con su médico, consejero o prestador de atención sobre los efectos de los medicamentos. No suspenda éstos ni deje de tomar ninguna dosis. Si tiene amigas que también toman ARV, pregúnteles cómo sobrellevan los efectos colaterales. Recuerde que la mayor parte de éstos se sienten mientras su cuerpo se acostumbra a la tratamiento, y probablemente desaparezcan con el tiempo, de manera que no los interrumpa.

La caja de herramientas comprende material práctico de comunicación (por ejemplo carteles, pegatinas, tarjetas motivadoras de discusiones y calendarios de tratamiento) que tiene en cuenta las temáticas de género y suministra información exacta y pertinente sobre el tratamiento y la atención del VIH para mujeres y niñas, por ejemplo:

- lo que necesitan saber las mujeres y niñas sobre los medicamentos ARV y el VIH
- razones por las cuales y momento en el cual se debe comenzar a tomar ARV
- la manera en que los medicamentos ARV afectan los ciclos de la vida de la mujer
- la manera en que la toma de medicamentos ARV se puede adaptar a la rutina y las tareas cotidianas de las mujeres
- ayuda para que las mujeres cumplan con el TARV
- prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas y afecciones específicas de la mujer
- actividad sexual satisfactoria más segura para la mujer
- lo que la mujer debe saber sobre la transmisión del VIH de padres a hijos/as
- apoyo para las mujeres que toman medicamentos ARV
- ayuda para que las mujeres revelen su estado serológico (“intercambio de tarjetas”)
- TARV para niños/as
- maneras de mantenerse sanos y vivir más sin TARV.

RECUADRO 4.2

Ejemplo de orientación y apoyo a la adherencia con perspectiva de género (171)

USUARIA	CONSEJERA DE APOYO A LA ADHERENCIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO 1	CONSEJERA DE APOYO A LA ADHERENCIA INSENSIBLE A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2
Buenos días, hermana. Vengo a mi visita mensual.	Buenos días, Mary, hace ya dos meses que empezó el tratamiento antirretroviral. ¿Cómo le va?	
Muchas gracias, hermana. No es fácil, pero me las arreglo.	¿Desea decirme algo más acerca de cómo le va? (Pregunta de respuesta libre)	¿Toma siempre sus medicamentos?
Bueno, he estado tomando el tratamiento como me indicaron, pero... tengo muchas náuseas, me siento siempre cansada y con ganas de dormir. No puedo cocinar ni limpiar como antes. Me siento tan cansada al despertar que temo volver a dormirme y perder la dosis de la mañana.	Parece que le ha resultado difícil. ¿Cree que su cansancio podría ser un efecto colateral de los medicamentos?	Es muy importante que no deje de tomar ninguna dosis. ¡Usted sabe que debe tomar sus medicamentos todos los días a la misma hora!
Sí, pienso que sí. El doctor me dijo que quizá me sentiría así. También dijo que la combinación de AZT con 3TC podría causarme diarrea.	¿Le ha resultado más fácil sobrellevar eso por el hecho de saber que es algo frecuente?	Seguramente desaparecerá pronto. Siga tomando sus medicamentos.
(Ríe) ¡Sí! Pero, hermana, algunos días siento la tentación de no tomar los medicamentos. No me gusta cómo me hacen sentir.	Quizás tenga días en que se pregunte si vale la pena. ¿Tal vez los efectos colaterales la hacen sentir peor que el VIH antes de comenzar el tratamiento?	Sabe que es realmente importante seguir. Todos sienten lo mismo que usted.
Sí, (comienza a llorar) ya sé que es muy importante que tome los medicamentos todos los días; tengo miedo de olvidarme, de que no hagan más efecto y de enfermarse y morir. No me quedará más nada.	Ve que se da cuenta de lo importante que es tomar sus medicamentos, pero también parece que se presiona demasiado. ¿Quisiera que hablemos un rato sobre la manera de controlar más fácilmente esos efectos?	Debe sobreponerse, de lo contrario se enfermará más de lo que ya está. ¿Desea eso?
Sí, por favor. Realmente necesito ver si hay algo que pueda ayudarme a sobrellevar esto.	Hábleme más de sus náuseas. ¿Cuándo las siente más?	
Generalmente por la mañana, cuando llego al mercado para vender mis mercancías. Me retraso al preparar el desayuno para mi esposo y preparar a mis hijos para la escuela, luego tengo que apurarme para llegar al mercado. Apenas me queda tiempo para desayunar. (Función de género)	Una razón de sus náuseas podría ser que no tiene tiempo para desayunar. Le sugiero que tenga algo de pan seco o galletas junto a su cama. Podría comer un poco por la mañana y esperar unos minutos antes de levantarse. Esto la puede ayudar a reducir las náuseas. ¿Cree que podría pedir ayuda a su esposo para que prepare a sus hijos para ir a la escuela y tener usted algún tiempo para comer? (Abordando la función de género)	Tiene náuseas porque no desayuna. Es culpa suya. Desayune y dejará de tener náuseas.

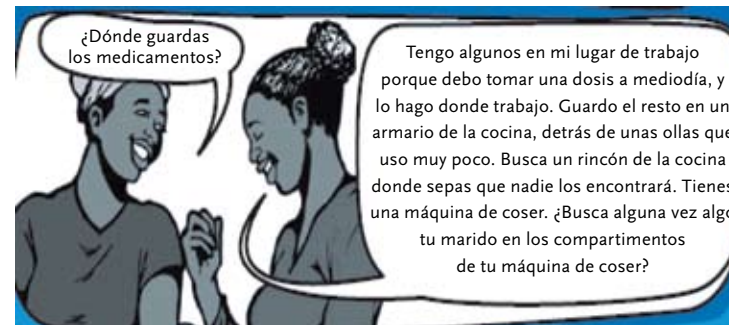
4.2.4 Apoyar la adherencia al TARV

El tratamiento antirretroviral (TARV) requiere un uso regular de los servicios de salud y un cumplimiento a largo plazo de múltiples pautas de tratamiento. La adherencia continua de éstas, es uno de los desafíos principales para la eficacia del tratamiento antirretroviral. Las investigaciones indican que los principales obstáculos para cumplir con el TARV se relacionan con lo siguiente: encontrar y pagar los medios de transporte necesarios para regresar a fin de obtener más medicamentos, falta de tiempo, falta de alimentos y temor a una revelación involuntaria (por ejemplo si un familiar encuentra las pastillas) (49).

TEMAS CLAVE

- Con unas pocas excepciones, los ARV deben tomarse con los alimentos. La falta de alimentos puede afectar en particular la adherencia de las mujeres porque en muchos entornos se espera que ellas coman después de haber alimentado a sus hijos y otros familiares, o los alimentos más nutritivos se dan preferentemente a los varones de la familia.
- Las embarazadas pueden enfrentarse con barreras adicionales para cumplir con el TARV debido a preocupaciones por los efectos de los medicamentos sobre sus bebés, necesidades nutricionales adicionales asociadas con el embarazo, y problemas tales como náuseas y vómitos que pueden exacerbarse como efectos colaterales de los ARV.
- Ciertos ARV tienen efectos colaterales específicos para las mujeres y esos efectos pueden ser diferentes en la pubertad, la adolescencia, la edad fértil y la posmenopausia. Unidos a las normas sociales y las expectativas asociadas con la sexualidad y las funciones reproductivas de las mujeres, esos efectos pueden afectar al cumplimiento terapéutico.
 - Por ejemplo, algunos ARV pueden, a largo plazo, causar acumulación de grasas, especialmente en ciertas partes del cuerpo (169). Esto podría afectar la adherencia, en particular en culturas donde la atracción sexual de la mujer se vincula a cierta imagen corporal.
- Las mujeres pueden tropezar con dificultades para cumplir con el TARV por falta de autonomía. Los informes de algunos entornos indican que algunas embarazadas VIH positivas han devuelto los medicamentos porque sus esposos creían que podrían causar daño a sus hijos/as por nacer (167).
 - Las investigaciones también han indicado que algunas mujeres pueden que se vean obligadas a compartir sus medicamentos con su pareja, que utiliza el estado serológico de la esposa como representante del propio (170).
- Factores tales como el abuso de sustancias psicotrópicas (es decir, alcohol y drogas), la condición de inmigrantes o no residentes, y una ausencia de apoyo social de los familiares, amigos o comunidades también dificultan la adherencia de las mujeres.

FIGURA 4.2 EJEMPLO DE SOLUCIONES PARA APOYAR LA ADHERENCIA (163)



"Era muy complicado para mí tener presente los horarios y recordar cada vez lo que debía tomar con cada medicamento, por eso a veces confundía las dosis y lo que debía tomar con cada una. Como también tomaba medicamentos antituberculosos, no me resultaba fácil."



Los clínicos y consejeros suelen ser muy hábiles para asociar imágenes y medicamentos. Pídeles que coloquen estos en paquetes de diferentes colores, en lo posible con imágenes de alimentos en el caso de los medicamentos que se toman con alimentos, e imágenes de la salida o puesta del sol o del sol de mediodía para indicar los horarios en que se debe tomar cada medicamento.

4.2.4 Apoyar la adherencia al TARV

INTERVENCIONES

- Al obtener información acerca de dosis perdidas, reconocer las dificultades para la adherencia sin emitir juicio alguno (véase un ejemplo en el **RECUADRO 4.2** de la página 65, adaptado del material para facilitar la adherencia del tratamiento antirretroviral) (171).
- Determinar los obstáculos para la adherencia, explorando factores relacionados con los roles de las mujeres y las normas que se aplican.
 - Por ejemplo, donde las mujeres tengan dificultades para hacer visitas frecuentes a los establecimientos de salud debido a sus responsabilidades en el cuidado de los niños/as o a la falta de transporte, planificar visitas a domicilio o la entrega de los medicamentos en un lugar más cercano por intermedio de establecimientos periféricos, trabajadores de extensión comunitaria, o voluntarios de atención y apoyo en el hogar.
- Las mujeres embarazadas o lactantes pueden necesitar apoyo para la adherencia teniendo presente las creencias y prácticas culturales asociadas con la alimentación durante el embarazo.
- Ayudar a las usuarias a hacer previsiones para la toma de los medicamentos si se avecina algún cambio, por ejemplo un viaje, el nacimiento de un bebé, o un nuevo trabajo.
- Recalcar la importancia de no compartir los ARV con nadie, ni siquiera los miembros de la familia.
- Ofrecer herramientas de ayuda a la adherencia que protejan la confidencialidad.
 - Por ejemplo, ofrecer recordatorios tales como calendarios, pastilleros marcados, diarios o relojes despertadores, y cerciorarse de que se puedan disimular y no presenten una forma estigmatizadora. Formular sugerencias para que los ARV se guarden discretamente en la casa o el lugar de trabajo (véase en la **FIGURA 4.2** de la página 66 un ejemplo de solución práctica de apoyo a la observancia).
- Abordar las preocupaciones de las mujeres por los efectos colaterales de los medicamentos en su aspecto corporal y su peso, la fecundidad, el embarazo, la sexualidad y el ciclo menstrual.

SECCIÓN 5

Atención y cuidado en el hogar a personas con VIH

Objetivos 69

5.1 Antecedentes 69

5.2 Abordar las desigualdades de género en algunos elementos de programas de atención y cuidado en el hogar 69

5.2.1 Facilitar la participación de los hombres y las comunidades en la atención y el cuidado 70

5.2.2 Proporcionar cuidados paliativos 72

5.2.3 Brindar apoyo a los prestadores de cuidados 73

5.2.4 Brindar atención y cuidado a los niños/as 74

5.2.5 Abordar la estigmatización y la discriminación en las familias y comunidades 75



Objetivos

En esta sección se destacan las desigualdades de género que afectan la participación de las mujeres en la atención y cuidado en el hogar a las personas con VIH, así como su experiencia al respecto. El sector de la salud desempeña una función decisiva como punto de enlace con el cuidado en el hogar, prestando apoyo y fortaleciendo a la misma. También se describen las intervenciones del sector de la salud tendientes a mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de género y, por lo tanto, la calidad del cuidado en el hogar y los servicios de atención. Esta sección puede ser muy útil para los proveedores de servicios de salud y los supervisores que intervienen en la facilitación del acceso al cuidado en el hogar y servicios de atención.

5.1 Antecedentes

Hasta un 80% de las defunciones relacionadas con el sida ocurren en el hogar, y un 90% de la atención se presta en el hogar y está vinculada a los servicios de salud (172). Los programas de atención y cuidado en el hogar se idearon con miras a ayudar a los familiares prestadores de cuidados a brindar atención en VIH porque los servicios de salud pública no podían hacer frente a la creciente demanda de tratamiento y atención. Estas iniciativas han evolucionado, y en su marco se prestan diversos tipos de atención y apoyo. Algunos servicios de cuidado en el hogar hacen hincapié en el apoyo social y psicológico, con algún apoyo nutricional y atención básica de enfermería. Otros brindan además ARV y tratan las infecciones oportunistas. Estos servicios, ya sea proporcionados por intermedio de ONG, prestadores del gobierno, o grupos de la comunidad, son esenciales para el apoyo a las personas con VIH, así como a quienes prestan atención y cuidado en la propia familia.

Las desigualdades de género influyen de manera diferente en la experiencia que tienen los hombres y las mujeres de las enfermedades relacionadas con el sida. También afectan la atención y el cuidado en el hogar en lo concerniente a quién presta atención, qué actividades se realizan y cómo se apoya a los prestadores de cuidados. Esta sección, por consiguiente, también describe temas clave e intervenciones con perspectiva de género para apoyar a los prestadores de cuidados, la mayor parte de los cuales son mujeres y niñas.

5.2 Abordar las desigualdades de género en algunos elementos de programas de atención y cuidado en el hogar

Se describen a continuación componentes seleccionados de programas de atención y cuidado en el hogar en los cuales las desigualdades de género son sumamente relevantes:

- 5.2.1 Facilitar la participación de los hombres y las comunidades en la atención y el cuidado.
- 5.2.2 Prestar cuidados paliativos.
- 5.2.3 Brindar apoyo a los prestadores de cuidados.
- 5.2.4 Brindar atención y cuidado a los niños/as.
- 5.2.5 Abordar la estigmatización y la discriminación en las familias y comunidades.

En las **SECCIONES 2.2.3** (página 37) y **2.2.7** (página 48) se examinan intervenciones con perspectiva de género relacionadas con el apoyo psicosocial y la derivación a programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. En la **SECCIÓN 3.2.5** (página 57) se abordaron intervenciones con perspectiva de género relacionadas con la consejería nutricional, que no se exponen nuevamente en esta segmento. En la **SECCIÓN 4.2.4** (página 66) se examinan intervenciones con perspectiva de género para apoyar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, que no se exponen nuevamente aquí.

5.2.1 Facilitar la participación de los hombres y las comunidades en la atención y el cuidado

TEMAS CLAVE

- Las mujeres y niñas prestan la mayor parte de la atención relacionada con el VIH, y esto se considera como una continuación de su función como encargadas de brindar atención en la familia. Las responsabilidades relacionadas con el cuidado en el hogar se consideran como domésticas y, por consiguiente, como trabajo de las mujeres. Los hombres se consideran tradicionalmente encargados de generar ingresos para la familia y rara vez realizan trabajos no remunerados.
- Los hombres pueden no tener habilidades para la atención y el cuidado en el hogar, por ejemplo, cocinar, lavar la ropa, cuidar a los niños, y lavar y tratar los mosquiteros con insecticida para prevenir la malaria. Estas tareas se enseñan generalmente a las mujeres, que son quienes las suelen realizar.
- Los hombres tienden más a escuchar, aceptar, tratar y compartir temas relacionados con el VIH, incluidas la atención y el cuidado, con otros hombres en lugar de hacerlo con mujeres (173).

INTERVENCIONES

- Educar en la comunidad a hombres con VIH, hombres jóvenes, líderes comunitarios y personalidades influyentes de sexo masculino acerca de la importancia de la participación masculina, suministrando información concreta para motivarlos a desempeñar funciones de atención.
 - Por ejemplo, incentivar a los hombres a que desempeñen algunas tareas domésticas y recojan combustible, o realicen algunas actividades básicas de enfermería. Enseñar a los varones de la familia a lavar mosquiteros tratados con insecticida y volver a tratarlos para prevenir la malaria.
- Hacer participar a trabajadores de extensión comunitaria, consejeros/as de pares y otros trabajadores de la salud en actividades de cuidado en el hogar y apoyo a prestadores de cuidados.
 - Por ejemplo, reconociendo que muchos de esos trabajadores son mujeres, abordar este desequilibrio haciendo participar también a hombres con VIH, líderes comunitarios de sexo masculino y miembros varones de grupos juveniles, grupos de apoyo, grupos religiosos y otras organizaciones de servicio comunitario.
- Suministrar información acerca de la atención y ofrecer oportunidades para hablar de obstáculos, desafíos, experiencias y soluciones en grupos de apoyo para hombres y parejas con VIH.
- Evitar mensajes que refuerzan estereotipos negativos en el sentido de que solo las mujeres o las niñas pueden prestar atención o desempeñar actividades tales como bañar a los enfermos o cocinar para los familiares enfermos, o de que solo hombres pueden interactuar con autoridades del gobierno en nombre de las personas enfermas.
- En el **RECUADRO 5.1** de la página 71 se describe una intervención orientada a hacer participar a los hombres en actividades de cuidado en el hogar.

RECUADRO 5.1

¿Suficientemente hombre para que le importe?: Proyecto de empoderamiento masculino de Africare (174)

El proyecto de Africare para el empoderamiento de los hombres, llamado “¿Suficientemente hombre para que le importe?”, está diseñado para abordar el desequilibrio existente en Zimbabwe rural entre la atención masculina y femenina a las personas con VIH, haciendo extensivas las funciones de los hombres al cuidado en el hogar. El proyecto ha capacitado a 120 hombres para brindar voluntariamente cuidado en el hogar y atención básica de enfermería, control de infecciones y apoyo psicosocial. Los cuidadores también promueven una vida positiva, ayudan a redactar testamentos y ofrecen apoyo psicológico durante el duelo. Se observó que al asociar valores y actividades tales como el cuidado de los otros, la enfermería y la protección de las familias contra la transmisión de VIH con características tradicionalmente masculinas como la fuerza, la virilidad y el poder se incentivaba a los hombres a desempeñar un papel más activo en la prevención del VIH y la atención relacionada con el sida. Al apoyar a voluntarios varones como cuidadores secundarios, el proyecto procuró reforzar la voluntad y la capacidad de los hombres para proporcionar atención primaria a sus familiares, reducir la carga de las mujeres y aumentar la cantidad y mejorar la calidad del apoyo y cuidado a las personas con VIH en las comunidades rurales.

En el marco del empoderamiento voluntario se incentivó a los hombres a que asumieran responsabilidades de atención como las siguientes:

- asistir a cursos de capacitación de cinco días y cursos de actualización trimestrales, o rendir anualmente cuenta de los casos clínicos;
- hacer un mínimo de cinco visitas al hogar por semana, por un total de 15 horas semanales;
- visitar a usuarios/as en hospitales;
- ayudar a usuarios/as en actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, alimentarse e ir al inodoro;
- prestar atención de enfermería básica a usuarios/as asignados cuando los prestadores primarios de cuidados no están disponibles;
- impartir educación en salud, capacitación sobre cuidado en el hogar y apoyo emocional a los prestadores primarios de cuidados y otros familiares de los usuarios o personas con VIH identificadas;
- dar apoyo y ayuda a usuarios/as en la redacción de testamentos y la resolución de asuntos relacionados con la custodia de los hijos/as;
- dar apoyo psicológico durante el duelo y orientación complementaria posterior a las pruebas;
- derivar a otros servicios;
- derivar a usuarios/as a consultorios u hospitales en caso necesario, y ayudar en los arreglos de transporte si fuera posible;
- hablar en nombre de usuarios/as y sus familias a representantes del gobierno local, autoridades tradicionales, la familia extensa y la comunidad en general;
- llevar registros escritos de usuarios/as y las visitas a domicilio o al hospital, utilizando formularios proporcionados por Africare;
- mantener en todo momento la confidencialidad y el respeto.

5.2.2 Proporcionar cuidados paliativos

Las actividades de atención paliativa en el hogar comprenden lo siguiente: mantener a los pacientes limpios; prevenir úlceras de decúbito; prevenir la malaria; controlar síntomas como náuseas, diarrea y pérdida de peso; controlar el dolor y otros síntomas; ayudar a enfrentar preocupaciones y temores; preparar comidas; tratar infecciones oportunistas; apoyar el cumplimiento terapéutico; prestar apoyo espiritual y religioso y atención y apoyo al final de la vida.

TEMAS CLAVE

- Los prestadores de cuidados, generalmente mujeres, pueden no saber cómo cuidar a los familiares enfermos, no entender cómo actúa el tratamiento y desconocer la manera de apoyar la adherencia. Por otro lado, pueden no saber cuándo solicitar cuidados de seguimiento a los establecimientos de salud, ni dónde buscarlos (175–176).
- Los prestadores de cuidados pueden no tener capacitación sobre las precauciones universales o no las adopten al brindar atención. Algunas mujeres han expresado la inquietud de que el uso de guantes y otra ropa protectora mostraría una falta de amor a sus familiares (177).
- La atención de enfermería incluye generalmente bañar a los pacientes y limpiar sus zonas íntimas. Los hombres y mujeres con VIH quizá no deseen que sea alguien del sexo opuesto quien les brinde esa atención.
- Levantar y cargar a familiares enfermos puede ser difícil para las mujeres, especialmente las niñas.
- Ciertos síntomas relacionados con el sida pueden afectar de manera diferente a las mujeres y los hombres con VIH.
 - Por ejemplo, las mujeres pueden presentar dolores y síntomas específicos asociados con su aparato reproductor, como enfermedad inflamatoria pélvica, verrugas y úlceras genitales o cáncer del cuello uterino (166).
- Puede haber diferencias entre mujeres y hombres en la manera de sobrellevar el dolor.
 - Las investigaciones han indicado que, si bien los hombres pueden tolerar mejor el dolor, debido en parte a las expectativas culturales de que sean fuertes, las mujeres suelen tener una mejor capacidad para salir adelante, pedir ayuda y controlar el dolor (178–180).

INTERVENCIONES

- Al impartir a los trabajadores de extensión comunitaria y prestadores de cuidados enseñanza sobre las precauciones universales, el tratamiento de los síntomas, el TARV, los efectos colaterales y el apoyo en la fase final de la vida, se debe tener en cuenta las múltiples funciones, responsabilidades y limitaciones de las mujeres en el hogar, la familia y la comunidad.¹
- Proporcionar suministros esenciales a los prestadores de cuidados, por ejemplo, guantes, botiquines de primeros auxilios básicos, productos de limpieza y utensilios de cocina, o derivar a las familias a servicios u organizaciones comunitarias que proporcionen esos artículos.
- Hacer arreglos para que las mujeres y niñas prestadores de cuidados reciban ayuda en tareas tales como levantar y movilizar a los pacientes, bañarlos y ayudarlos a ir al inodoro.
- Suministrar información a los prestadores de cuidados acerca de los síntomas específicos de mujeres y de hombres con VIH y la manera de atenderlos.
 - Por ejemplo, las mujeres con VIH pueden necesitar información culturalmente apropiada para prevenir y controlar los síntomas de las aftas vaginales (por ejemplo aliviar el prurito o usar toallas sanitarias para las descargas).
- Al enseñar a los prestadores de cuidados la manera de determinar la intensidad del dolor y administrar medicamentos para éste, sensibilizarlos respecto de las posibles diferencias entre hombres y mujeres en lo concerniente a la expresión del dolor, que puede depender del contexto cultural.
 - En algunas culturas, por ejemplo, los hombres pueden no admitir fácilmente que sienten dolor, y en otras, las mujeres pueden considerar que el dolor en el abdomen o la pelvis es normal.

¹ Véanse las Directrices de la OMS sobre atención integrada a las enfermedades de adolescentes y adultos referentes a cuidados paliativos, (181) el rotafolio de educación de pacientes para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH, (115) y la guía para prestadores de cuidados (182).

5.2.3 Brindar apoyo a los prestadores de cuidados

TEMAS CLAVE

- Además de las responsabilidades básicas de enfermería, higiene de la vivienda y preparación de alimentos para la familia, muchas mujeres también tienen que salir diariamente a buscar agua y combustible para estas actividades.
- Las mujeres pobres en hogares afectados por el sida pasan a tener aun menos seguridad económica y más inseguridad alimentaria.
- Muchas mujeres que brindan cuidados y apoyo en el hogar a los familiares enfermos son ellas mismas positivas al VIH y reciben poca o ninguna atención.
- Los cuidados agobian considerablemente a sus prestadores, y las mujeres y niñas pueden experimentar con frecuencia depresión, agotamiento y ansiedad, así como malnutrición (177).
 - Por ejemplo, la atención al final de la vida y el apoyo a los familiares enfermos constituyen un desafío emocional para los prestadores de cuidados, y requieren una sensibilidad y paciencia extraordinarias.
 - Tanto los hombres como las mujeres prestadores de cuidados pueden experimentar tristeza, angustia y ansiedad ante la muerte de un familiar. Para las mujeres que cuidan a una pareja o un hijo, hay consideraciones adicionales relacionadas con el temor a la pérdida de apoyo económico, medios de vida y respaldo familiar, porque pueden verse privadas de sus derechos a la vivienda, la propiedad o la herencia.
 - En algunos contextos puede culparse a las mujeres de la muerte de familiares varones o niños, y ellas quizá deban hacer frente al estigma asociado (183).

INTERVENCIONES

- Derivar a las familias que experimenten insuficiencia alimentaria grave a grupos o programas comunitarios que den apoyo alimentario y realicen intervenciones con micronutrientes. Las mujeres en particular pueden necesitar ese apoyo porque tienen que equilibrar múltiples funciones como prestadoras de cuidado y principales responsables de la obtención, preparación y distribución de alimentos para los niños y demás familiares.
- Ofrecer u organizar orientación destinada a los prestadores de cuidados sobre el reconocimiento de signos de desgaste y formas de hacerle frente. Motivar a los prestadores de cuidados a que hagan pausas periódicas y realicen actividades recreativas para mitigar la depresión y el agotamiento.
- Incentivar a los prestadores de cuidados, voluntarios y trabajadores de extensión comunitaria que desplieguen actividades de cuidado en el hogar, a formar ellos mismos grupos de apoyo en los que puedan compartir e intercambiar experiencias e ideas para sobrellevar y atender a los familiares enfermos.
- Para apoyar a los prestadores de cuidados que atiendan a quien esté en fase terminal de la vida, organizar visitas a domicilio adicionales de proveedores de servicios de salud, consejeros/as o trabajadores de extensión comunitaria apropiados.
 - Por ejemplo, los proveedores de servicios de salud pueden ayudar a los prestadores de cuidados a tomar medidas prácticas con recursos disponibles en la comunidad para cuestiones tales como la preparación de testamentos, apoyo espiritual o religioso, arreglos para funerales, custodia de niños/as y costos escolares.

5.2.4 Brindar atención y cuidado a los niños

TEMAS CLAVE

- Las familias tienden a sacar de la escuela a las niñas más fácilmente que a los niños para que ayuden a brindar cuidados o generar ingresos (68).
- Las niñas corren riesgos particulares de explotación sexual al tratar de obtener ingresos para mantener a la familia (68).
- En las familias encabezadas por niños, las niñas suelen asumir la responsabilidad de atender a la familia, realizar tareas domésticas, prestar cuidados y generar ingresos.

INTERVENCIONES

- La orientación y el suministro de información a los niños/as requiere habilidades especializadas. Disponer que trabajadores de extensión comunitaria o consejeros/as que tengan esas aptitudes procuren llegar a los niños de las familias afectadas. Proporcionar orientación para preparar a los niños a fin de que hagan frente a la enfermedad y la muerte de sus padres.
- Donde haya niñas encargadas de actividades de cuidado en el hogar, suministrar información y fortalecer habilidades específicas para ellas.
- Ayudar a las familias encabezadas por huérfanos a identificar recursos comunitarios para el alquiler, los costos escolares y el aprovisionamiento de comidas. Esto podría contribuir a que los y las jóvenes, especialmente las niñas, sigan yendo a la escuela, y posiblemente reducir su vulnerabilidad a la explotación sexual.

5.2.5 Abordar la estigmatización y la discriminación en las familias y comunidades

Son objeto de estigma y discriminación no solo las personas con VIH, sino también sus familiares, incluidos quienes les brindan cuidados y los niños.

TEMAS CLAVE

- Los familiares que cuidan a personas con VIH pueden mostrar actitudes valorativas que pueden reforzar sentimientos de culpa y depresión (56).
- Las actitudes valorativas suelen basarse en estereotipos negativos de lo que se considera comportamientos apropiados de mujeres y hombres.
 - Por ejemplo, se acusa a menudo a las mujeres de llevar el VIH a la familia y transmitirlo a sus esposos o hijos (53, 183). Las trabajadoras sexuales VIH positivas, experimentan múltiples estigmas relacionados con la participación en actividades “inmorales” o “malas” y la seropositividad al VIH.
- En varios contextos, cuando sus esposos mueren las mujeres con VIH son abandonadas, o enviadas a su hogar natal, o desposeídas por familiares (184).
- Las personas con VIH pueden encontrarse particularmente aisladas si no tienen una red social, amigos o familiares de quienes puedan recibir apoyo.
- Los encargados de cuidar a personas con VIH también son estigmatizados por miembros de la familia, parientes, amigos, vecinos y otros integrantes de la comunidad. Esto aumenta el peso que sobrellevan porque los hace sentir solos y sin apoyo.

INTERVENCIONES

- Identificar los estigmas aplicados a los pacientes y sus familias y sugerir formas de enfrentarlos. Ofrecer u organizar apoyo psicosocial continuo mediante consejería, por ejemplo, la ofrecida por grupos comunitarios o de apoyo.
- Sensibilizar a los líderes comunitarios, líderes religiosos, familiares y encargados de brindar cuidados acerca de la importancia de manifestar comprensión, interés y apoyo a las personas con VIH.
- Abordar las normas y prácticas de género perjudiciales que llevan a culpar a las mujeres de traer el VIH a la familia, abandonarlas o someterlas a otras prácticas discriminatorias.
- Derivar a grupos de apoyo de personas con VIH, grupos religiosos, grupos de mujeres, grupos juveniles y otras redes.

ANEXOS

- Anexo 1: Lista de verificación para directores a fin de determinar la respuesta de un programa o servicio a las necesidades de género 77
- Anexo 2: Lista de verificación para proveedores de servicios a fin de determinar su respuesta a las necesidades de género 89
- Anexo 3: Comentarios sobre el uso de esta herramienta 103



ANEXO 1

Lista de verificación para directores a fin de determinar la respuesta de un programa o servicio a las necesidades de género

Introducción

Esta lista de verificación complementa la sección 1 de la herramienta de integración de una perspectiva de género en programas de VIH en el sector de la salud. Ha sido ideada para determinar los avances logrados por los directores de programa en el diseño, la aplicación y la administración de programas y servicios en VIH, orientados a las necesidades de género. Puede ser utilizada por directores a nivel de distrito, región o centro de salud u hospital, o por responsables de la planificación, gestión y ejecución general de diferentes tipo de servicios o programas sobre VIH en el sector de la salud. La lista de verificación debe usarse semestralmente, o al menos anualmente, para determinar los progresos realizados en intervenciones con perspectiva de género, basadas en las sugerencias de esta herramienta. Debe integrarse en las estructuras de garantía de calidad del programa o servicio y sus mecanismos de reporte para ser presentada en intervalos regulares en reuniones de seguimiento de resultados.

La lista de verificación se debe utilizar como instrumento de gestión para facilitar la integración de la perspectiva de género como se indica en este documento, antes que como instrumento de evaluación. De esta forma, los directores de programa serán más objetivos al responder a las preguntas de la lista, y podrán introducir ajustes más sostenibles en los programas. Los desafíos al integrar intervenciones con perspectiva de género en los programas como resultado del uso de esta lista de verificación deben señalarse en mecanismos de reporte apropiados a nivel de establecimiento de salud, programa, distrito, región y país.

La lista de verificación contiene preguntas para determinar si en ciertos aspectos de un programa o de la prestación de servicios se han incorporado intervenciones con

perspectiva de género como se recomienda en la herramienta. Se puede responder “sí” o “no” a las preguntas, con calificaciones de 1 ó 0, respectivamente. En cada pregunta se señalan las fuentes de datos para obtener información a fin de ayudar a responder a la pregunta (en la clave definida antes del inicio de la lista de verificación se remite a la metodología de la fuente de datos). Las fuentes de datos dependen del contexto y tendrán que utilizarse siguiendo las recomendaciones específicas de la herramienta que hayan sido adoptadas por los programas. La estructura de la lista de verificación refleja las **SECCIONES 1.3.1 a 1.3.6** de la herramienta. La capacidad de respuesta a las necesidades de género estará indicada por el puntaje total expresado como una fracción del número total de respuestas. La columna de “Observaciones” a lo largo de la lista de verificación debe usarse para señalar dificultades o limitaciones en la ejecución de las intervenciones con perspectiva de género, o para otras observaciones.

Tanto la lista de verificación, como la herramienta, se basa en la premisa de que es complejo el proceso de abordar las desigualdades de género, y que la capacidad de los directores de programa y los proveedores de servicios sobre VIH para enfrentarlas puede estar limitada por su mandato primario de prestar servicios médicos y de salud pública. Por otro lado, las estructuras institucionales, prioridades, valores y procesos del sector de la salud pueden limitar la capacidad de los directores de programa para conseguir que todos los aspectos del diseño de programas y la prestación de servicios pasen a ser más pertinentes a las necesidades de género. La lista de verificación, por consiguiente, se centra en los aspectos de la planificación de programas, gestión y prestación de servicios que están dentro del alcance de las responsabilidades de directores de programa a nivel de distrito, región, establecimiento de salud, programa, u otras responsabilidades específicas de esos directores.

Según el contexto del programa, los usuarios pueden hacer referencia a secciones completas o a componentes específicos de la lista, por partes o de manera escalonada, es decir puede no ser posible completar desde el principio toda la lista de verificación. Los directores de programa deben centrar sus determinaciones en los componentes pertinentes del programa en que se hayan incorporado intervenciones con perspectiva de género (por ejemplo reducir las barreras de acceso a los servicios, movilizar la participación comunitaria).

Al igual que el resto del documento, la lista de verificación debe adaptarse a contextos de país, socioculturales y programáticos específicos. Las preguntas deben considerarse aplicables si son pertinentes para los cambios planificados a nivel institucional, de la prestación de servicios o de programa con miras a responder a las necesidades de género, o si son pertinentes para el conjunto mínimo de servicios o los componentes esenciales de calidad de la atención. Las preguntas quizá no sean aplicables si las recomendaciones específicas no son pertinentes en determinado entorno.

Por ejemplo, si en un entorno en particular no se cobran derechos a los usuarios, pueden suprimirse las preguntas al respecto.

El diseño de esta lista de verificación se ha inspirado en herramientas similares, por ejemplo las herramientas PRIME II de evaluación de la sensibilidad a las necesidades de género para proveedores y directores de servicios de salud reproductiva; (185) las guías de la Federación Internacional de Planificación de la Familia sobre sensibilidad a las necesidades de género en los servicios sobre VIH y planificación familiar; (186) y el manual para evaluar la calidad de la atención desde una perspectiva de género (187).

Clave para la columna sobre fuente de datos en la siguiente lista de verificación*

1. Examen del sistema de información en salud.
2. Examen de documentos (por ejemplo sobre políticas para prestadores o programas; planes de programas; protocolos; directrices; registros de establecimientos o programas; informes mensuales, bimestrales, trimestrales, bianuales o anuales; material de información, educación y comunicación (IEC); actas de reuniones; informes de estudios especiales realizados; presupuestos y desembolsos financieros).
3. Entrevistas o autoevaluaciones de directores de programa (por ejemplo clínicos o médicos a cargo, supervisores, funcionarios distritales de salud y VIH, funcionarios distritales de planificación, funcionarios regionales de salud y VIH, funcionarios de programas nacionales sobre VIH).
4. Entrevistas o autoevaluaciones de personal de prestación de servicios o de programas (consejeros/as, enfermeras, médicos o clínicos, etc.).
5. Entrevistas con beneficiarios de programas o usuarios/as de servicios sobre VIH.
6. Entrevistas con miembros de la comunidad (por ejemplo líderes comunitarios, personas con VIH, miembros de grupos juveniles, miembros de grupos de mujeres, personal de organizaciones de la comunidad).
7. Observaciones (por ejemplo sobre locales del programa, instalaciones, interacciones entre proveedores y usuarios/as, interacciones entre proveedores, interacciones entre proveedores y supervisores).
8. Métodos participativos (por ejemplo mapeo social de recursos, debates de grupo con miembros de las comunidades, lluvia de ideas u otros métodos interactivos de recopilación de información).

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
1.3.1 Integrar análisis e intervenciones con perspectiva de género en el diseño de programas <i>El programa o servicio ha realizado una evaluación de las necesidades que comprende un análisis de género, a saber:</i> a. Ha recopilado datos desglosados sobre las características de la morbilidad, los factores condicionantes y el uso de los servicios de salud. b. Ha explorado la manera en que las normas y prácticas socioculturales perjudiciales y la dinámica de poder desigual entre hombres y mujeres contribuyen a determinar quién se enferma, y dónde, cómo, cuándo, por qué y con qué consecuencias. <i>El programa o servicio ha establecido metas y objetivos explícitamente relacionados con el género, saber:</i> a. Ha examinado la manera en que las desigualdades experimentadas por las mujeres, las normas y prácticas socioculturales perjudiciales y la dinámica de poder desigual entre mujeres y hombres afectan las metas y objetivos existentes del programa o servicio. b. Ha establecido objetivos para abordar los obstáculos resultantes de las desigualdades entre mujeres y hombres.			1,2,3 2,3,6,8 2,3,4 2,3	
1.3.2 Fortalecer la capacidad del personal del programa para responder a las dimensiones de género del VIH <i>El personal ha sido capacitado sobre género, sexualidad y derechos humanos con relación al VIH de la siguiente manera:</i> a. El personal ha sido capacitado para entender las conexiones entre las desigualdades de género y la vulnerabilidad de las mujeres al VIH. b. Los obstáculos institucionales y personales encontrados por el personal al abordar las desigualdades de género, la sexualidad y los derechos humanos se han identificado y abordado. c. El personal entiende su función y sus responsabilidades al abordar las desigualdades de género, la sexualidad y las necesidades de derechos humanos que afectan a la vida de sus usuarios/as. d. El personal puede examinar sus valores y creencias acerca de los roles de género y la sexualidad, y reflexionar sobre sus prejuicios y comportamientos hacia los usuarios/as.			3,4 3,4 3,4 3,4	

ANEXO 1: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
e. El personal se siente cómodo al hablar de la sexualidad, inclusive al explicar el uso de condones a los usuarios/as.			3,4,7	
f. El personal conoce los derechos de los pacientes y los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos de todos y todas, incluidas las personas con VIH.			2,3,4	
g. El personal manifiesta empatía, no prejuzga y ayuda a los usuarios/as a optar con conocimiento de causa y tomar decisiones informadas acerca de su salud.			3,4,7	
h. Se apoya al personal para obtener información, compartir experiencias y resolver problemas relacionados con la prestación de servicios pertinentes a las necesidades de género de sus usuarios/as.			3,4	
i. El personal que ha sido capacitado, recibe seguimiento en forma de apoyo, supervisión y evaluaciones periódicas del desempeño.			3,4	
<i>Se ha desarrollado la capacidad del programa o servicio para responder a la violencia contra la mujer de la siguiente manera:</i>				
a. Se ha sensibilizado al personal, los usuarios/as y las comunidades para entender las conexiones entre la violencia contra la mujer y el VIH.			2,3,4,5,7	
b. El personal puede detectar los signos de la violencia experimentada por las usuarias y ofrecer tratamiento y apoyo psicológico apropiados.			2,3,4,5,7	
c. Al realizar pruebas de detección de VIH y consejería sobre una actividad sexual de menor riesgo o sobre la reducción de riesgos, el personal puede responder a temores o posibilidades de violencia.			2,3,4,5,7	
d. Se remite a las mujeres que corren riesgos de violencia o la experimentan a recursos disponibles en la comunidad, por ejemplo ONG, grupos de mujeres o de apoyo entre pares y albergues para víctimas de violencia intrafamiliar.			4,5,7	
e. Se han preparado y se utilizan protocolos para casos de violación y abuso sexual.			2,3,4	
f. El personal recibe apoyo para abordar la violencia en la propia vida, inclusive mediante acceso a servicios de salud y psicosociales confidenciales.			3,4	
<i>El programa o servicio puede ofrecer una comunicación interpersonal con perspectiva de género, de la siguiente manera:</i>				
a. El personal está capacitado y dotado de habilidades para una comunicación interpersonal que comprende escuchar, validar sentimientos y mostrar empatía y respeto a usuarios/as de manera verbal y no verbal.			3,4,5,7	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
b. El personal reconoce las diferencias de poder entre ellos mismos y los usuarios/as y evita manifestar a éstos actitudes valorativas y sesgos personales. c. El personal explica términos médicos y técnicos en un lenguaje no especializado y verifica que los usuarios/as entiendan. d. La confidencialidad de la interacción entre proveedor y usuario/a se preserva utilizando espacios separados para la consejería, y la condición y las inquietudes del usuario/a se tratan solo con éste y con otros responsables de brindarle atención directa. e. Se ofrece a los usuarios orientación adicional por intermedio de consejeros de pares o de la comunidad.			3,4,5,7 4,5,7 3,4,5,7 3,4,5,7	
1.3.3 Reducir las barreras de acceso a los servicios sobre VIH <i>Al informar sobre programas o servicios, las necesidades de género se han abordado de la siguiente manera:</i> a. Los mensajes acerca del VIH y los servicios disponibles se transmiten por diferentes medios para hacerlos accesibles a las mujeres con diferentes niveles del alfabetización. b. Los mensajes sobre prevención, tratamiento y atención no refuerzan los estereotipos perjudiciales acerca de las mujeres, los hombres o grupos marginados. c. Los mensajes acerca del VIH dan a conocer los diferentes riesgos que corren las mujeres jóvenes, embarazadas y mayores, las trabajadoras sexuales, las usuarias de drogas inyectables, las adolescentes y las mujeres casadas que tal vez no perciban el propio riesgo. d. Se transmiten mensajes y otro material de comunicación dirigidos a los compañeros íntimos y los líderes comunitarios influyentes. e. Los mensajes sobre prevención, tratamiento y atención del VIH señalan la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en la adopción de decisiones de índole sexual y reproductiva y de salud. f. Las comunidades afectadas, como mujeres y hombres con VIH, participan en el diseño de estrategias de comunicación sobre el VIH y los servicios disponibles.			2,4,5,6,8 2,4,5,6,8 2,4,5,6,8 2,4,5,6,8 2,4,5,6,8 3,6,8	

ANEXO 1: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO				
Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
g. En los mensajes sobre cuidado en el hogar se reconoce la contribución de las mujeres y las niñas como prestadoras de cuidados y se sensibiliza respecto de los problemas que enfrentan.			2,4,6,8	
h. Se suministra información a los usuarios/as y las comunidades acerca de los servicios disponibles en apoyo de las mujeres, por ejemplo servicios jurídicos, planes de microcrédito, programas de alimentos y nutrición y grupos de apoyo.			2,4,5,6,8	
i. Se ha sensibilizado a la comunidad respecto de las normas socioculturales nocivas que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y reducen su acceso a los servicios, por ejemplo la violencia, el matrimonio precoz, la coacción sexual, la movilidad limitada y la falta de autonomía en el hogar.			4,6,8	
<i>El acceso físico a los servicios se ha mejorado de la siguiente manera:</i>				
a. Los servicios se han acercado a la comunidad, por ejemplo mediante centros de atención primaria, centros de salud periféricos o mecanismos comunitarios (por ejemplo servicios móviles o domiciliarios).			3,4,5,6,8	
b. Se han determinado horarios de apertura apropiados en consulta con la comunidad.			3,5,6,8	
c. Se ha reducido el número de visitas a los establecimientos que los usuarios/as deban hacer para recibir tratamiento y atención.			3,4,5,6,8	
<i>La infraestructura física de los servicios se ha mejorado de la siguiente manera:</i>				
a. Se ha racionalizado la afluencia de usuarios/as para reducir el hacinamiento y los períodos de espera.			3,4,5,6,7,8	
b. Se han mejorado las salas de espera y la limpieza de los establecimientos y se han instalado inodoros separados para mujeres y hombres.			3,4,5,6,7,8	
c. Se han mejorado los procedimientos para adquisiciones e inventarios a fin de garantizar un suministro y una disponibilidad adecuada de medicamentos esenciales y productos básicos.			3,4,5	
<i>La estigmatización y la discriminación dentro de los servicios se ha reducido de la siguiente manera:</i>				
a. Se ha establecido y se aplica una política destinada a proteger a las personas con VIH de la discriminación.			2,3,4,5,7	
b. Se han adoptado y se aplican medidas relacionadas con la confidencialidad, el consentimiento informado y los derechos de los pacientes.			2,3,4,5,7	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
c. Se suministra a los y las usuarias información sobre sus derechos, incluido el derecho a una atención sin discriminación. d. El personal ha sido capacitado para aclarar los propios valores y actitudes hacia las personas viviendo con VIH y respetar los derechos de sus usuarios/as, incluidos los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH. <i>Se brinda atención integral a los usuarios/as mediante coordinación con una red apropiada de servicios y la integración de éstos, de la siguiente manera:</i> a. El programa ha detectado una amplia gama de servicios que necesitan las mujeres. b. Se han establecido o fortalecido coordinaciones entre los servicios de consejería y pruebas de detección de VIH, PTMI, tratamiento y atención del VIH y asistencia en el hogar. c. Se han establecido o fortalecido coordinaciones entre los servicios sobre VIH y los de salud sexual y reproductiva (por ejemplo planificación de la familia, detección y tratamiento de ITS, detección de cáncer cervicouterino). d. Se han establecido o fortalecido coordinaciones entre los programas y servicios de detección y tratamiento del VIH y la tuberculosis, y prevención y tratamiento de la malaria. e. Se ha establecido un mecanismo oficial o formal de derivación entre los diversos programas y servicios arriba mencionados. <i>Las necesidades psicosociales de usuarios/as se atienden de la siguiente manera:</i> a. Se han establecido coordinaciones con grupos de apoyo a personas con VIH y se remite a usuarios/as a ellos. b. Se han establecido coordinaciones con programas que prestan apoyo psicosocial, consejería, servicios nutricionales, servicios de asistencia en el hogar, servicios jurídicos, planes de generación de ingresos, iniciativas de seguridad alimentaria, atención a huérfanos/as y programas sobre violencia intrafamiliar, donde estén disponibles, y se deriva a usuarios/as a ellos.			2,4,5,7 4,5,7 3,4,5,6,8 2,3,4,6 2,3,4,6 2,3,4,6 2,3,4,5,6 2,3,4,5,6,8 2,3,4,5,6,8	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
1.3.4 Promover la participación de la comunidad <i>Las mujeres con VIH participan significativamente de la siguiente manera:</i> a. La participación de las mujeres con VIH se basa en el principio de la revelación voluntaria de su estado serológico. b. Se ha consultado a representantes de mujeres con VIH, mujeres jóvenes, grupos de mujeres y grupos marginados; se han buscado aportes y se han hecho cambios para reflejar sus inquietudes en todos los aspectos del diseño de programas, la planificación, la prestación de servicios y la vigilancia. c. Donde las mujeres con VIH trabajan como personal, el valor de su aporte se reconoce y se remunera, en lugar de contar con que sean solo voluntarias. d. Se ha elaborado y aplicado una política para prevenir y corregir la discriminación contra el personal con VIH. <i>Los hombres participan como parejas, padres y beneficiarios de la siguiente manera:</i> a. Se ha sensibilizado a las comunidades sobre las maneras en que las normas perjudiciales relacionadas con la masculinidad vuelven a los hombres y niños vulnerables al VIH y reducen su acceso a los servicios. b. Los mensajes sobre la participación masculina presentan a los hombres como modelos positivos para imitar. c. Se han formulado y difundido en las comunidades y entre usuarios/as mensajes sobre la responsabilidad masculina y la toma de decisiones en igualdad entre mujeres y hombres. d. En bares, lugares de trabajo, de celebración de competencias deportivas o de culto se han transmitido a hombres mensajes acerca de su vulnerabilidad y los servicios disponibles. e. Los servicios relacionados con el VIH y la salud sexual y reproductiva se han hecho más amigables con los hombres mediante material destinado a ellos, horarios de apertura convenientes para los hombres o consejeros varones encargados de interactuar con hombres. f. En la atención y apoyo en el hogar y comunitaria a personas con VIH participan personal sanitario y voluntarios varones.			3,4,6 5,6,8 3,4,6 2,3,4 4,5,6,8 2,6,7 2,6,7 2,4,5,6,8 2,3,4,5,6,7,8 3,4,5,6	

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
1.3.5 Llevar a cabo actividades de seguimiento y evaluación que tengan en cuenta las necesidades de género <i>El programa ha previsto y realizado actividades de seguimiento y evaluación que tienen en cuenta las necesidades de género, a saber:</i> a. Se han establecido y aplicado una política y un plan para recopilar, analizar y utilizar datos desglosados (por ejemplo por sexo, edad y otras variables pertinentes) para orientar las modificaciones de programas. b. Se han establecido o revisado sistemas de información en salud para recoger y analizar datos pertinentes del programa desagregados por sexo, edad y otras variables, según corresponda. c. Se han determinado y se están utilizando para la vigilancia indicadores de proceso que reflejan los progresos realizados al abordar las desigualdades de género. d. Se han realizado pequeños estudios periódicos utilizando datos cualitativos para entender mejor las diferencias observadas en los resultados de programas y comparar los resultados en mujeres y hombres. e. Las comunidades han participado en el proceso de evaluación y seguimiento para reflejar sus necesidades, prioridades y experiencias. f. El personal ha sido sensibilizado sobre la pertinencia de los datos desglosados, y ha sido capacitado para recogerlos, compilarlos y utilizarlos. g. En la definición de objetivos de cobertura de determinadas poblaciones por los servicios se ha tenido en cuenta la equidad de acceso para mujeres y hombres.			1,2,3,4 1,2,3,4 1,2,3,4 3,4 6,8 3,4 2,3,4	
1.3.6 Abogar por políticas en salud pertinentes a las necesidades de género <i>Las dimensiones de género de los recursos humanos se han abordado de la siguiente manera:</i> a. Los trabajadores de la salud, especialmente las mujeres en niveles bajos de la toma de decisiones, participan sistemáticamente en todas las decisiones pertinentes del programa. b. Se han establecido y se aplican políticas de seguridad del personal y se protege a éste del acoso sexual, la coacción y la explotación en el lugar de trabajo. c. Se remunera la atención de salud proporcionada por trabajadores/as de la comunidad.			2,3,4 2,3,4 3,4,6,8	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
d. Se recluta a trabajadores de salud de ambos sexos en niveles apropiados, se los capacita y se los retiene para que usuarios/as tengan la opción de obtener servicios de los proveedores del sexo preferido.			2,3,4	
e. Se ofrece igualdad de oportunidades de formación, capacitación continua y formación de aptitudes al personal de salud de ambos sexos.			2,3,4	
f. Respecto al reclutamiento, la remuneración y los beneficios se han establecido y se aplican políticas de no discriminación por razón de sexo, grupo étnico, casta, orientación sexual o estado serológico de los candidatos potenciales.			2,3,4	
<i>Se han promovido mecanismos de financiamiento de los servicios de salud que tienen en cuenta las necesidades de género, de la siguiente manera:</i>				
a. Los servicios son gratuitos en el lugar de prestación.			2,3,4,5	
b. Al establecer y aplicar criterios para determinar quién debe estar eximido del pago directo de tarifas, quién debe pagar tasas subsidiadas y quién debe pagar las sumas totales se tiene en cuenta la vulnerabilidad financiera y social de las mujeres.			2,3,4	
c. Las comunidades y usuarios/as reciben información sobre las exenciones aplicadas a las tarifas pagaderas por usuarios/as.			3,4,5,6,8	
d. Se remite a usuarios/as y comunidades a programas comunitarios que puedan prestar o facilitar apoyo financiero para obtener acceso a los servicios, y se los informa al respecto.			3,4,5,6,8	
e. Se ha analizado la asignación de recursos a los programas y servicios sobre VIH para determinar si esos recursos benefician a las mujeres.			2,3	
f. Se han asignado recursos financieros, técnicos y humanos para el establecimiento y la aplicación de estrategias encaminadas a reducir la vulnerabilidad de las mujeres al VIH.			2,3	
<i>Las necesidades de género se han incorporado en las políticas nacionales y operativas sobre VIH de la siguiente manera:</i>				
a. Se ha sensibilizado a las instancias normativas para que reconozcan las conexiones entre la desigualdad de género y el VIH.			2,3	
b. Se ha promovido una armonización de las políticas operativas que afectan la aceptabilidad de los servicios, por ejemplo sobre consentimiento informado, notificación de la pareja y otras, con los principios de igualdad entre los géneros y derechos humanos.			3	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DIRECTORES A FIN DE DETERMINAR LA RESPUESTA DE UN PROGRAMA O SERVICIO A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en programas o servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
<i>Se ha promovido la igualdad entre los géneros en las políticas sobre VIH de la siguiente manera:</i> a. Se ha promovido la igualdad entre los géneros en diversas leyes y políticas que afectan a la condición de la mujer. b. Se ha promovido el cumplimiento de las leyes vigentes que protegen los derechos de la mujer, por ejemplo las que prohíben el matrimonio precoz, previenen la violencia contra la mujer y reconocen la igualdad de derechos de la mujer a la propiedad y la herencia. c. Se ha promovido la capacidad de respuesta a las necesidades de género en las estrategias multisectoriales elaboradas para enfrentar el VIH (por ejemplo en los ámbitos educativo, agrícola, legal o jurídico).			3 3,6,8 3	

[Puntaje máximo: 85]

ANEXO 2

Lista de verificación para proveedores de servicios a fin de determinar su respuesta a las necesidades de género

Introducción

Esta lista de verificación complementa las **SECCIONES 2 a 5** del presente documento. Se ha creado para ser utilizada a fin de determinar los avances realizados por los proveedores en respuesta a las necesidades de género en los programas y servicios de pruebas de detección de VIH y consejería, PTMI, tratamiento y atención y atención y cuidado en el hogar. Algunas partes de la lista pueden ser utilizadas por los proveedores de servicios para determinar su desempeño en respuesta a las necesidades de género, o por los directores de programa para determinar la medida en que los proveedores o los trabajadores de salud de los servicios sobre VIH pueden prestar servicios con perspectiva de género. Esta lista debe usarse semestralmente, o al menos anualmente, para determinar los progresos realizados hacia la integración de intervenciones pertinentes a las necesidades de género basadas en las intervenciones sugeridas en esta herramienta. Debe integrarse en las estructuras de garantía de la calidad de programas o servicios y sus mecanismos de reporte para ser presentada en intervalos regulares en reuniones de seguimiento de resultados.

La lista de verificación se debe utilizar como instrumento de gestión para facilitar la integración de la perspectiva de género como se indica en el documento, antes que como instrumento de evaluación. Es preciso aclarar a los proveedores que los resultados de esta lista se utilizarán para el desarrollo profesional y el mejoramiento de los servicios y no para tomar medidas administrativas tales como promociones o destituciones. De esta manera, los proveedores de servicios y directores de programa serán más objetivos al responder a las preguntas, y podrán introducir ajustes más sostenibles en los programas. Los desafíos que se presenten para integrar intervenciones pertinentes a las necesidades de género en los programas como resultado del uso de esta lista

de verificación se deben señalar en mecanismos de reporte apropiados a nivel de establecimiento de salud, programa, distrito, región o país.

La lista de verificación comprende preguntas referentes a cada tipo de programa o servicio sobre VIH, es decir de consejería y pruebas de detección de VIH, PTMI, tratamiento y atención y asistencia y apoyo en el hogar, para determinar si en ciertos aspectos del programa o de la prestación de servicios se han incorporado intervenciones pertinentes a las necesidades de género como se recomienda en la herramienta. Se puede responder “sí” o “no” a las preguntas, y los puntajes correspondientes serán de 1 ó 0, respectivamente. En cada pregunta se señalan las fuentes de datos para obtener información destinada a ayudar a responder a la pregunta (la clave indicada antes del inicio de la lista de verificación remite a la metodología de la fuente de datos). Las fuentes de datos dependen del contexto y se utilizarán atendiendo a las intervenciones específicas de la herramienta que hayan sido adoptadas por los programas. La estructura de la lista de verificación refleja las **SECCIONES 2.2.1 a 2.2.7, 3.2.1 a 3.2.5, 4.2.1 a 4.2.4 y 5.2.1 a 5.2.5** del documento. La capacidad de respuesta a las necesidades de género se verá indicada en el puntaje total, expresado como fracción del número total de respuestas. La columna de “Observaciones” que aparece a lo largo de la lista de verificación debe usarse para señalar dificultades o limitaciones en la ejecución de las intervenciones con perspectiva de género, o para otras observaciones.

La lista de verificación, como el resto del documento, se basa en la premisa de que el proceso de abordar las desigualdades de género es complejo, y que la capacidad de los proveedores de servicios sobre VIH para enfrentarlas puede estar limitada por su mandato primario de prestar servicios médicos y de salud pública. Por otro lado, las estructuras institucionales, prioridades, valores y procesos del sector de la salud

pueden limitar la capacidad de los proveedores para prestar servicios con perspectiva de género. La lista de verificación, por consiguiente, se centra en los aspectos de la prestación de servicios que están dentro del alcance de las responsabilidades de los proveedores de servicios.

Los usuarios/as pueden hacer referencia a secciones completas de la lista, según el contexto del programa, o a medidas específicas, por partes o de manera escalonada, es decir puede no ser posible completar desde el principio toda la lista de verificación. Los proveedores de servicios deben centrar sus determinaciones en los componentes pertinentes del programa en que se hayan incorporado intervenciones con perspectiva de género (por ejemplo responder a las necesidades de género al apoyar la revelación del estado con respecto al VIH, o al apoyar prácticas más seguras de alimentación de lactantes).

La lista de verificación debe adaptarse a contextos nacionales, socioculturales y programáticos específicos. Las preguntas deben considerarse aplicables si son pertinentes para los cambios institucionales, de la prestación de servicios o programáticos previstos para responder a las necesidades de género, o si son pertinentes para el conjunto mínimo de servicios o los componentes esenciales de la calidad de atención. Las preguntas quizá no sean aplicables si las recomendaciones específicas no son pertinentes en determinado entorno. Por ejemplo, si en un entorno específico no se ofrece consejería previa a las pruebas de detección, se pueden suprimir las preguntas al respecto.

Clave para la columna sobre fuente de datos en la siguiente lista de verificación*

1. Examen del sistema de información en salud.
2. Examen de documentos (por ejemplo sobre políticas para prestadores o programas; planes de programas; protocolos; directrices; registros de establecimientos o programas; informes mensuales, bimestrales, trimestrales, bianuales o anuales; material de información, educación y comunicación (IEC); actas de reuniones; informes de estudios especiales realizados; presupuestos y desembolsos financieros).
3. Entrevistas o autoevaluaciones de directores de programa (por ejemplo clínicos o médicos a cargo, supervisores, funcionarios distritales de salud y VIH, funcionarios distritales de planificación, funcionarios regionales de salud y VIH, funcionarios de programas nacionales sobre VIH).
4. Entrevistas o autoevaluaciones de personal de prestación de servicios o de programas (consejeros/as, enfermeras, médicos o clínicos, etc.).
5. Entrevistas con beneficiarios de programas o usuarios/as de servicios sobre VIH.
6. Entrevistas con miembros de la comunidad (por ejemplo líderes comunitarios, personas con VIH, miembros de grupos juveniles, miembros de grupos de mujeres, personal de organizaciones de la comunidad).
7. Observaciones (por ejemplo sobre locales del programa, instalaciones, interacciones entre proveedores y usuarios/as, interacciones entre proveedores, interacciones entre proveedores y supervisores).
8. Métodos participativos (por ejemplo mapeo social de recursos, debates de grupo con miembros de las comunidades, lluvia de ideas u otros métodos interactivos de recopilación de información).

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
2. Consejería y pruebas de detección de VIH				
2.2.1 Al suministrar información o consejería previos a las pruebas, el proveedor:				
a. Ofrece a usuarios/as la posibilidad de elegir el sexo del consejero/a para que se sientan cómodos al abordar temas delicados relacionados con comportamientos sexuales.			3,4,5	
b. Aborda la revelación del estado serológico para ayudar a las mujeres a entender las consecuencias de someterse a las pruebas y tomar las medidas necesarias cuando reciban los resultados.			4,5,7	
c. Habla de los posibles beneficios y riesgos resultantes de las pruebas, por ejemplo discriminación, desamparo o violencia de parte del compañero sexual o los familiares.			4,5,7	
d. Mediante educación de la comunidad para reducir al mínimo el estigma experimentado por las mujeres que se someten a las pruebas de detección de VIH, subraya que estas forman parte de un paquete básico de servicios de salud.			4,6,8	
e. Evita reforzar estereotipos de género y sexuales perjudiciales, o creencias o prejuicios de índole sexual respecto de las personas con VIH.			4,5,7	
f. Determina la dinámica de poder sexual existente entre las mujeres y sus parejas (por ejemplo coacción, temor, falta de comunicación, confianza).			4,5,7	
2.2.2 El proveedor realiza las pruebas de detección de VIH de la siguiente manera:				
a. Recalca el carácter voluntario de las pruebas y el derecho de los usuarios/as a rehusarlas sin poner por ello en peligro su acceso a los servicios que no dependan del conocimiento del estado serológico.			4,5,7	
b. Garantiza privacidad durante la consulta, tranquiliza a las mujeres y adopta medidas para proteger la confidencialidad de los resultados de las pruebas.			3, 4,5,7	
c. Informa a las mujeres sobre la custodia de los registros donde consta su estado con respecto al VIH.			3,4,5,7	
d. Obtiene consentimiento informado teniendo en cuenta las leyes y políticas nacionales relacionadas con la edad y la capacidad de la persona para dar su consentimiento independiente a las pruebas.			3,4,5,7	
e. Ayuda a las mujeres a quienes se ofrecen pruebas de detección de VIH en el trabajo a tomar decisiones fundamentadas, teniendo en cuenta su estado emocional delicado en ese momento.			4,5,7	

ANEXO 2: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO				
Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
2.2.3 El proveedor ofrece apoyo psicosocial de la siguiente manera: a. Explica conceptos técnicos o científicos relacionados con los resultados de las pruebas en un lenguaje sencillo no especializado y comprueba si los y las usuarias entienden las explicaciones. b. Da tiempo suficiente a las mujeres para que consideren los resultados de las pruebas y las ayuda a hacer frente a las emociones que sientan. c. Presta apoyo emocional escuchando, infundiendo esperanzas y recalando que, a pesar de un diagnóstico de VIH, una persona puede llevar una vida sana. d. Al suministrar consejería sobre nutrición, abuso de sustancias psicotrópicas (por ejemplo tabaco, alcohol, drogas), ejercicio físico y prevención de infecciones oportunistas, incluidas las relacionadas con infecciones ginecológicas, tiene en cuenta los roles y necesidades específicas de las mujeres en el hogar. e. Brinda consejería continua, inclusive por intermedio de pares o consejeros/as de la comunidad. f. Detecta los signos de depresión y deriva a servicios apropiados, grupos de apoyo y consejeros/as para casos de crisis (donde estén disponibles). g. Ayuda a las mujeres a identificar redes de apoyo para hacer frente a los resultados de las pruebas.			4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7	
2.2.4 El proveedor apoya de la siguiente manera a usuarios/as para que revelen los resultados de las pruebas: a. Garantiza a las mujeres la confidencialidad de los resultados y explica que la revelación es voluntaria. b. Aborda los beneficios de la revelación, tales como recibir apoyo social y emocional, tener acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención y la posibilidad de llevar una vida más saludable y productiva. c. Explora los riesgos posibles de la revelación, incluidas posibles consecuencias negativas, por ejemplo desamparo, pérdida de apoyo económico y actos de violencia de parte del compañero sexual o de familiares. d. Ayuda a las mujeres a decidir a quién, cuándo, dónde y cómo revelarán su estado. e. Da a las mujeres la oportunidad de ensayar la forma de revelar su estado, por ejemplo recurriendo a escenificaciones u otras técnicas de ensayo de comportamientos. f. Ayuda a las mujeres que corran riesgos de violencia a tomar precauciones para su seguridad durante la revelación.			3,4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7 3,4,5,7	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
g. En caso necesario, ofrece asistencia para la revelación (por ejemplo para una revelación mediada).			4,5,7	
2.2.5 El proveedor facilita la prevención de la transmisión sexual de VIH de la siguiente manera:				
a. Explora los riesgos de que las mujeres adquieran VIH y no emite juicios sobre su comportamiento sexual, inclusive respecto de las mujeres con VIH que sean sexualmente activas.			4,5,7	
b. Suministra información sobre la manera de llevar una vida sexual de menor riesgo y más sana, incluida información sobre actividades sexuales que no entrañan ningún riesgo al VIH (por ejemplo masturbación y masajes recíprocos).			2,4,5,7	
c. Conversa con las embarazadas y las madres recientes sobre las consecuencias del VIH para ellas mismas y sus hijos/a por nacer o lactantes, y de adquirir VIH o una ITS durante el embarazo.			4,5,7	
d. Ofrece condones como medida de protección dual, y enseña a las mujeres a usarlos.			4,5,7	
e. Ofrece condones femeninos a las mujeres, o las deriva a quienes los suministran, y les enseña a usarlos.			3,4,5,7	
f. Apoya a las mujeres a elaborar un plan de reducción de riesgos ayudándolas a determinar los obstáculos que les impiden tener una actividad sexual de menor riesgo y a resolver problemas.			4,5,7	
g. Promueve y respeta los derechos sexuales (incluido el derecho a tener relaciones sexuales sin coacción ni violencia) de todas las personas, incluidas mujeres, personas viviendo VIH, jóvenes y grupos marginados.			4,5,7	
h. Promueve mensajes sobre la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la toma de decisiones de índole sexual.			2,4,5,7	
i. Suministra información exacta sobre los riesgos asociados a prácticas tales como el sexo en seco, las duchas vaginales y la penetración anal.			2,4,5,7	
j. Remite a programas de prevención en curso en la comunidad (por ejemplo de mercadotecnia social o de educación de pares).			4,5,6,7	
k. Aborda las repercusiones de un diagnóstico VIH positivo en la sexualidad y remite a una consejería apropiada.			4,5,7	
l. Incentiva a las mujeres a que lleven a sus parejas a los servicios y les ofrece consejería individual o en pareja sobre una actividad sexual de menor riesgo.			4,5,7	

ANEXO 2: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO				
Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
2.2.6 <i>El proveedor fomenta las pruebas de detección y la participación de la pareja de la siguiente manera:</i> a. Apoya y facilita la participación del compañero sexual a petición o con permiso de la compañera. b. Promueve la realización de pruebas de detección de VIH al compañero sexual como parte de los esfuerzos orientados a mejorar la salud de toda la familia. c. Proporciona a las usuarias información acerca de los servicios sobre VIH ofrecidos a los compañeros íntimos y los familiares. d. Sensibiliza a las comunidades sobre los servicios de realización de pruebas, tratamiento y atención disponibles para hombres. e. Ofrece a las usuarias la opción de regresar con el compañero sexual para que la pareja se someta a las pruebas y reciba consejería, reduciendo posiblemente así la culpa que pesaría sobre quien se hiciera primero las pruebas. f. Pide a cada integrante de la pareja que dé por separado su consentimiento voluntario a las pruebas de detección de VIH. g. Enfatiza la confidencialidad de los resultados y en que los de un integrante de la pareja se revelarán al otro con el consentimiento y la participación del primero. h. Recalca la responsabilidad compartida de ambos integrantes de una pareja en las decisiones referentes a la salud. i. En la consejería posterior a las pruebas, según los resultados de uno o ambos integrantes de la pareja, ayuda a elaborar los sentimientos de culpa, ira y ansiedad y previene escaladas de violencia física o verbal. j. Ofrece una revelación mediada si fuera necesario.			4,5,7 2,4,5,7 2,4,5,7 4,6,8 4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7	
2.2.7 <i>El proveedor deriva a programas de tratamiento del VIH, atención, apoyo y otros servicios sociales de la siguiente manera:</i> a. Señala las diversas necesidades médicas y psicosociales de los usuarios/as. b. Mantiene una guía actualizada de los recursos y servicios que necesitan los usuarios/as y están disponibles en la comunidad. c. Deriva según sea necesario a programas de tratamiento del VIH, atención, apoyo, PTMI u otros programas de salud o servicios médicos u organiza las derivaciones necesarias.			4,5,7 2,3,4,6,8 4,5,7	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
d. Deriva según sea necesario a los servicios psicosociales disponibles a través de organizaciones comunitarias o religiosas, incluido apoyo jurídico, clubes para después de las pruebas, apoyo religioso y espiritual, posibilidades de generación de ingresos y servicios para mujeres que experimentan violencia intrafamiliar. e. Hace un seguimiento de la capacidad de acceso de los usuarios/as a los servicios a los que los ha derivado, y un seguimiento de los servicios y la atención que han recibido, y facilita o respalda el acceso según sea necesario. f. Apoya a las mujeres viviendo con VIH en sus decisiones y opciones reproductivas y ofrece orientación sobre planificación de la familia o remite a estos servicios. g. Deriva a programas de asistencia en el hogar o los organiza. h. Ayuda a los familiares con información y apoyo para cuidar a los usuarios/as diagnosticados con VIH.			4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,5,7 2,4,5,7	
3. Prevención de la transmisión maternoinfantil de VIH 3.2.1 <i>El proveedor ofrece de la siguiente manera profilaxis ARV para prevenir el VIH en los lactantes:</i> a. Proporciona a las mujeres y sus parejas información clara y consejería sobre la dosificación de la profilaxis ARV y sus efectos colaterales previstos. b. Reconoce y aborda las inquietudes de las mujeres por los efectos colaterales, su deseo de ser buenas madres y su autonomía limitada para tomar decisiones relacionadas con el embarazo. c. Sensibiliza a las comunidades, incluidos sus líderes, acerca de las normas y prácticas perjudiciales que obstaculizan el uso de profilaxis ARV por las mujeres. d. Asesora sobre la adherencia teniendo en cuenta el temor a una revelación involuntaria. 3.2.2 <i>El proveedor ayuda de la siguiente manera a las mujeres en la planificación de nacimientos:</i> a. Instruye a las parejas de las mujeres con VIH y a las comunidades acerca de la necesidad de apoyar a las mujeres para que tengan acceso a una atención capacitada durante el parto. b. Ayuda a las mujeres y sus parejas a hacer previsiones para el parto antes de comenzar el trabajo de parto.			2,4,5,7 4,5,7 4,6,8 4,5,7 4,5,7 4,5,7	

ANEXO 2: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO				
Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
3.2.3 <i>El proveedor apoya de la siguiente manera prácticas menos riesgosas de alimentación de lactantes:</i> a. Aborda con las mujeres y sus parejas los riesgos de transmisión de VIH por la leche materna y los riesgos asociados a la alimentación mixta. b. Suministra a las mujeres y sus parejas información completa sobre los beneficios, las dificultades y la viabilidad de cada opción. c. Presta apoyo a las mujeres para que opten con conocimiento fundamentados y basados en una evaluación realista de la propia situación. d. Sensibiliza a las comunidades sobre las prácticas menos riesgosas de alimentación de lactantes para crear un entorno favorable a las mujeres. e. Asesora continuamente a las mujeres sobre la alimentación del lactante y las apoya en la adherencia a su opción. f. Deriva a las mujeres a programas comunitarios que puedan ayudarlas en sus opciones sobre la alimentación del lactante.			4,5,7 4,5,7 2,4,5,7 4,6,8 4,5,7 4,5,7	
3.2.4 <i>El proveedor apoya de la siguiente manera a las mujeres con VIH para que elijan con conocimiento fundamentado entre opciones reproductivas:</i> a. Ayuda a las mujeres con VIH a optar entre alternativas reproductivas y a tomar decisiones fundamentadas, y suministra información completa sobre los posibles resultados de los embarazos asociados al VIH, todos los métodos anticonceptivos apropiados para quienes deseen retrasar o prevenir los embarazos, y las intervenciones de PTMI para quienes deseen tener hijos/as. b. Promueve y respeta los derechos reproductivos de las mujeres con VIH, incluido el derecho a un aborto seguro donde éste no sea ilegal. c. Apoya a las mujeres con VIH para que consulten a la pareja acerca de sus decisiones reproductivas y les suministra la información necesaria. d. Sensibiliza a las comunidades sobre la importancia de prevenir los embarazos no deseados si uno de los integrantes de la pareja o ambos están con VIH.			2,4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,6,8	
3.2.5 <i>El proveedor ofrece de la siguiente manera consejería nutricional a las mujeres con VIH:</i> a. Determina las causas de la inseguridad alimentaria de la familia y colabora con la comunidad y la familia para abordarla.			4,5,6,7,8	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
b. En el marco del suministro de información acerca del régimen alimentario apropiado para las mujeres VIH positivas, incluidas las embarazadas, identifica y aborda con las mujeres y comunidades las pautas socioculturales relacionadas con la alimentación de las mujeres. c. Deriva a programas de asistencia alimentaria o administración de suplementos a las embarazadas que no puedan aumentar de peso durante el embarazo, estén perdiendo peso o experimenten inseguridad alimentaria aguda. d. Asesora a las mujeres con VIH y sus familias en materia de inocuidad, preparación y almacenamiento de los alimentos a fin de reducir al mínimo sus riesgos de contraer infecciones relacionadas con los alimentos. e. Asesora a las mujeres que toman ARV para que sobrelleven los efectos colaterales de éstos y las consecuencias para la alimentación, por ejemplo náuseas, diarrea y vómitos, y sobre las necesidades de alimentos y agua según las pautas medicamentosas.			4,5,6,7,8 4,5,7 4,5,7 4,5,7	
4. Tratamiento y atención del VIH 4.2.1 El proveedor determina de la siguiente manera la admisibilidad de los usuarios/as para iniciar TARV: a. Determina alternativas para administrar TARV a las mujeres que pueden beneficiarse pero quedan excluidas por ciertos criterios sociales (por ejemplo requisitos de revelación del estado serológico y capacidad para cumplir el tratamiento). b. Proporciona orientación previa al TARV y organiza consejería sobre la adherencia mediante el apoyo de pares a fin de facilitar el acceso al TARV a quienes puedan tener dificultades para satisfacer los criterios de admisibilidad. c. Donde las políticas lo permitan, proporciona TARV gratuito o deriva a los usuarios/as a programas que puedan prestar apoyo financiero para cubrir los costos del tratamiento y otros gastos relacionados con éste. d. Sensibiliza a las comunidades e informa a las personas con VIH acerca de la disponibilidad de las pruebas para determinar la admisibilidad para el TARV y acerca de los criterios de admisibilidad, a fin de que sepan si cumplen los requisitos para recibir tratamiento y si deben solicitar los servicios.			3,4,5 4,5,7 3,4,5 4,5,6,8	

ANEXO 2: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO				
Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
4.2.2 <i>El proveedor inicia la profilaxis o el tratamiento de las infecciones oportunistas de la siguiente manera:</i>				
a. Informa a las mujeres con VIH sobre los beneficios y la necesidad de profilaxis para las infecciones oportunistas, el momento de realizarla y otros elementos clave de la atención temprana al VIH.			4,5,7	
b. Suministra información a las mujeres con VIH para que reconozcan y soliciten oportunamente tratamiento de síntomas y afecciones asociadas al aparato reproductor y se hagan regularmente la prueba de Papanicolau para la detección de cáncer cervicouterino.			4,5,7	
c. Pregunta a las mujeres con VIH por síntomas del aparato reproductor a fin de identificar a las que no los hayan mencionado por vergüenza pero necesiten tratamiento.			4,5,7	
d. Suministra información acerca de las prácticas de higiene sexual y reproductiva para prevenir, mitigar y controlar los síntomas ginecológicos de las mujeres con VIH.			4,5,7	
4.2.3 <i>El proveedor inicia TARV de la siguiente manera:</i>				
a. Evalúa la disposición para iniciar TARV y la disponibilidad de redes de apoyo antes de iniciar el tratamiento.			4,5,7	
b. Ayuda a las mujeres a revelar con seguridad su estado serológico a quienes puedan ayudarlas a obtener acceso al tratamiento y proseguirlo.			4,5,7	
c. Ayuda a quienes tengan dificultades para acudir regularmente a las visitas de seguimiento en los servicios y los remite a programas y apoyo comunitarios.			4,5,7	
d. Suministra en un lenguaje sencillo no especializado información sobre los medicamentos, la medicación, los efectos colaterales, el tratamiento de los efectos colaterales, el cumplimiento terapéutico, las necesidades alimentarias y las posibles interacciones medicamentosas; utiliza medios visuales para responder a las necesidades de las mujeres no alfabetizadas.			2,4,5,7	
e. Ayuda a las mujeres a tener acceso a los servicios de tratamiento y atención previendo medios de transporte, cuidado de niños y respuestas a otras necesidades, inclusive mediante arreglos con servicios comunitarios donde estén disponibles.			4,5,6,8	
f. Ayuda a establecer planes de tratamiento que se incorporen en el modo de vida y trabajo cotidiano de las mujeres.			4,5,7	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
4.2.4 El proveedor apoya el cumplimiento del TARV de la siguiente manera: a. Solicita información sobre la pérdida de dosis, reconociendo las dificultades para el cumplimiento terapéutico sin emitir juicio alguno. b. Detecta dificultades y procura detectar factores relacionados con los roles y normas socioculturales de las mujeres que podrían afectar la adherencia. c. Ofrece consejos prácticos para sortear los obstáculos a la adherencia de los protocolos de tratamiento, teniendo en cuenta las funciones y normas de las mujeres. d. Sensibiliza a las comunidades acerca de las creencias y prácticas culturales asociadas a la alimentación de la embarazada que podrían perjudicar la ingesta nutricional y la adherencia del tratamiento. e. Ayuda a las mujeres a ajustar la ingesta de medicamentos si se advierte cambios en su vida cotidiana. f. Recalca la importancia de no compartir ARV con nadie, ni siquiera con familiares. g. Ofrece medios para apoyar el cumplimiento terapéutico protegiendo al mismo tiempo la confidencialidad (por ejemplo calendarios, pastilleros marcados, diarios o relojes despertadores y sugerencias para el almacenamiento discreto de ARV en el hogar o el trabajo). h. Aborda las preocupaciones y experiencias de las mujeres respecto de los efectos colaterales de los ARV en el cuerpo, incluidos efectos sobre la fecundidad, el embarazo, la sexualidad y el ciclo menstrual.			4,5,7 4,5,7 4,5,7 4,6,8 4,5,7 4,5,7 2, 3,4,5,7 4,5,7	
5. Asistencia en el hogar a personas con VIH 5.2.1 El proveedor hace participar a los hombres y las comunidades en la atención y el apoyo de la siguiente manera: a. Imparte a hombres con VIH, hombres jóvenes y personalidades masculinas influyentes sesiones de educación de la comunidad sobre la importancia de su participación en las funciones de prestación de cuidados. b. Invita a trabajadores de extensión comunitaria, consejeros de pares y otros agentes de salud, incluidos hombres y compañeros sexuales de mujeres, a desplegar actividades de asistencia y apoyo en el hogar y respaldar a los prestadores de cuidados. c. Suministra información sobre la prestación de cuidados y aborda con los hombres de la comunidad obstáculos, desafíos, experiencias y soluciones para promover su participación.			4,6,8 4,6,8 4,6,8	

ANEXO 2: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO				
Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
d. Incentiva a los hombres y las parejas con VIH a que formen grupos de apoyo para compartir información y experiencias sobre la prestación de cuidados.			4,5,7	
e. Refuerza la noción de responsabilidad compartida entre hombres y mujeres en la prestación de atención y la realización de actividades tales como bañar a los enfermos o cocinar para familiares enfermos.			2,4,5,7	
5.2.2 <i>El proveedor apoya los cuidados paliativos de la siguiente manera:</i>				
a. Al impartir a los trabajadores de extensión comunitaria y los prestadores de cuidados enseñanza sobre las precauciones universales, el tratamiento de síntomas, los efectos colaterales del TARV y la atención al final de la vida, reconoce y aborda las funciones múltiples y las limitaciones de las mujeres.			4,6,8	
b. Incentiva a los familiares y trabajadores de extensión comunitaria a que ayuden a las mujeres o niñas prestadores de cuidados en la familia a levantar y mover a los pacientes, así como a bañarlos y ayudarlos a ir al inodoro.			4,5,6,8	
c. Suministra a los prestadores de cuidados información sobre los síntomas específicos de mujeres y hombres con VIH y la forma de ocuparse de ellos.			4,5,6,8	
d. Enseña a los prestadores de cuidados a determinar la intensidad del dolor y administrar medicamentos para aliviarlo, y los sensibiliza respecto de las diferencias culturales y de otro tipo existentes entre hombres y mujeres en cuanto a la experiencia y la expresión del dolor.			4,5,6,8	
e. Dispone que los prestadores de cuidados obtengan suministros esenciales, por ejemplo guantes, botiquines de primeros auxilios básicos, productos de limpieza y utensilios de cocina, para ayudarlos a cuidar a los familiares enfermos.			3,4,5,6,8	
5.2.3 <i>El proveedor apoya a los prestadores de cuidados de la siguiente manera:</i>				
a. Deriva a las familias que experimentan insuficiencia alimentaria grave a grupos o programas comunitarios que proporcionan asistencia alimentaria e intervenciones con micronutrientes.			4,5,6,8	
b. Ofrece u organiza consejería para que los prestadores de cuidados reconozcan los signos de desgaste y aprendan a hacerles frente.			4,5,7	
c. Estimula a los prestadores de cuidados y los trabajadores comunitarios a que formen grupos de apoyo para compartir e intercambiar experiencias e ideas sobre las mejores prácticas con los familiares enfermos y cómo cuidarlos.			4,5,6,8	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS A FIN DE DETERMINAR SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE GÉNERO

Preguntas para determinar las características de respuesta a las necesidades de género en la prestación de servicios	No (Puntaje=0)	Sí (Puntaje=1)	Fuentes de datos*	Observaciones/Desafíos/Limitaciones
d. Para apoyar a los prestadores de cuidados que atiendan a quien esté al final de la vida, organiza visitas al hogar adicionales de proveedores de asistencia de salud, consejeros/as o trabajadores comunitarios, según corresponda.			4,5,6,8	
5.2.4 <i>El proveedor apoya de la siguiente manera a los niños/as de los hogares afectados:</i>				
a. Se ocupa de que consejeros/as con habilidades especializadas en el trabajo con los niños/as de hogares afectados los preparen para hacer frente a la enfermedad y la muerte de sus padres.			3,4,6,8	
b. Apoya a los niños/as de los hogares afectados suministrando información y enseñando habilidades específicas a fin de ayudarlos a prepararse para hacer frente a la enfermedad y la muerte de familiares adultos.			2,3,4,5,6	
c. Ayuda a los hogares encabezados por huérfanos a encontrar recursos comunitarios que les presten asistencia para el alquiler, los gastos de escolaridad y el aprovisionamiento de comidas.			3,4,5	
5.2.5 <i>El proveedor ayuda a los usuarios/as a hacer frente al estigma y la discriminación de la siguiente manera:</i>				
a. Pregunta por el estigma que afecta a sus usuarios/as y sus familias y ofrece sugerencias sobre la manera enfrentarlo.			4,5,7	
b. Ofrece u organiza apoyo psicosocial continuo, inclusive mediante consejería impartida por grupos comunitarios o de apoyo, grupos religiosos, grupos de mujeres, grupos juveniles y otros recursos de la comunidad.			4,5,6,7	
c. Sensibiliza a los líderes comunitarios, familiares y prestadores de cuidados sobre la importancia de manifestar comprensión a las personas con VIH y sobre las normas y prácticas perjudiciales que discriminan a las personas con VIH y sus familias.			4,5,6,8	

[Puntaje máximo: 119]

ANEXO 3

Comentarios sobre el uso de esta herramienta

Esta herramienta, elaborada con aportes de diversas instituciones y personas que trabajan en el área del género y el VIH, se revisará sobre la base de la retroalimentación recibida de los usuarios/as. El anexo 3 brinda a éstos la oportunidad de ofrecer una retroalimentación que contribuya a la actualización de la herramienta a fin de responder mejor a la evolución continua de las necesidades de los interesados directos intervinientes en el diseño, la planificación y la ejecución de programas y servicios sobre VIH.

Contamos con su evaluación veraz de los aspectos de esta herramienta que hayan sido útiles y eficaces en su entorno, así como de los que no hayan dado resultado, y con sus sugerencias concretas para mejorar el documento. También apreciaríamos una descripción breve de la manera en que usted ha integrado la perspectiva de género en su programa y de las enseñanzas extraídas al usar el documento. Esto nos proporcionará ejemplos prácticos que podremos compartir con otros usuarios/as. Solicitamos responder a las siguientes preguntas y formular observaciones adicionales en los aspectos indicados.

1. Esta herramienta se divide en cinco secciones: medidas básicas de una programación con perspectiva de género; consejería y pruebas de detección del VIH; prevención de la transmisión materno infantil del VIH; tratamiento y atención del VIH, y atención y cuidado en el hogar a personas con VIH. ¿Le resultó útil la estructura general del documento? ¿De qué manera?
2. Cada sección se divide en temas clave de la programación y en relación con cada tema clave se describen aspectos centrales relativos al género y se sugieren intervenciones para abordarlas. ¿Qué le resultó útil en este enfoque? ¿Qué no resultó útil?
3. ¿Le fue útil el contenido de la herramienta? En los siguientes aspectos:
 - a. ¿Claro?
 - b. ¿Conciso?
 - c. ¿Técnicamente exacto?
 - d. ¿Práctico?
 - e. ¿Relevante para su entorno?
 - f. ¿Aplicable para su trabajo cotidiano?
4. ¿Fueron útiles los anexos 1 y 2? En caso afirmativo, por favor describir su utilidad.
5. ¿Fueron útiles los ejemplos y los estudios de casos de todo el documento? En caso afirmativo, describir cómo.
6. Solicitamos describir brevemente su programa.
 - a. ¿Qué tipo de programa sobre VIH/sida es?
 - b. ¿Quiénes son los beneficiarios del programa? Por favor, indique las características sociodemográficas de los usuarios/as de los programas o servicios.
 - c. Describa el entorno en el cual trabaja usted (país, región, zona rural o urbana, riesgos asociados al VIH y perfiles de vulnerabilidad).
 - d. ¿Pertenece usted a una institución gubernamental, una organización no gubernamental o una organización de la comunidad?
 - e. ¿Cuáles son las principales características de la desigualdad entre los géneros que afectan a la vulnerabilidad al VIH en las poblaciones a las que usted atiende?
 - f. ¿Cuáles son las principales características de la desigualdad entre los géneros que afectan la aceptabilidad de sus programas o servicios?

ANEXO 3: COMENTARIOS SOBRE EL USO DE ESTA HERRAMIENTA

- g. ¿Qué secciones y qué intervenciones sugeridas priorizó usted para integrar en su programa?
 - h. ¿Qué desafíos experimentó al adoptar o adaptar las diversas sugerencias ofrecidas en este documento?
 - i. ¿Qué enseñanzas se extrajeron al adoptar en su programa las intervenciones sugeridas?
7. ¿Qué sugerencias haría usted para mejorar esta herramienta con respecto a lo siguiente:
- a. la estructura,
 - b. el contenido técnico,
 - c. la relevancia,
 - d. las herramientas?
 - e. ¿Qué falta?
8. Observaciones o comentarios adicionales.

Gracias por responder este cuestionario y comunicar su opinión. Sírvase enviar la retroalimentación a: geh@paho.org

O a:

Manual: Integración de la perspectiva de género en programas de VIH del sector de la salud – Retroalimentación

Atención: Funcionario técnico

Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Organización Panamericana de la Salud

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

Referencias

1. Royal Tropical Institute (KIT), Southern Africa AIDS Information Dissemination Service and World Health Organization. *Facing the challenges of HIV/AIDS/STDs: A gender-based response*. Amsterdam, Harare, Geneva, 1995.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA*. Ginebra, 2006.
3. *Situación de la epidemia de VIH/sida. Diciembre de 2007*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, 2007.
4. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and United Nations Children's Fund. *Towards universal access: Scaling up priority interventions in the health sector: Progress report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
5. Asamblea General de las Naciones Unidas. *Resolución aprobada por la Asamblea General en su sexagésimo período de sesiones: Declaración política sobre el VIH/SIDA*. Nueva York, Naciones Unidas, 2006.
6. *En-gendering the Millennium Development Goals (MDGs) on health*. Geneva, World Health Organization, 2003.
7. Sen G, Ostlin P, George A. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, 2008, 3(S1):1-12.
8. AIDSCAP Women's Initiative. *A Transformation Process: Gender Training for Top-Level Management of HIV/AIDS Prevention*. Arlington VA, Family Health International, 1997.
9. The Nordic Institute for Women's Studies and Gender Research. *Gendering Prevention Practices: A practical guide to working with gender in sexual safety and HIV/AIDS awareness education*. Oslo, 2003.
10. The World Bank. *Integrating gender issues into HIV/AIDS programs: An operational guide*. Washington DC, 2004.
11. Interagency Gender Working Group. *A manual for integrating gender into reproductive health and HIV programs: From commitment to action*. Washington DC, Population Reference Bureau, 2003.
12. Interagency Gender Working Group and United States Agency for International Development. *How to integrate gender into HIV/AIDS programs: Using lessons learned from USAID and partner organizations*. Washington DC, 2004.
13. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Interagency Task Team on Gender and HIV/AIDS and Royal Tropical Institute. *Resource pack on gender and HIV/AIDS: Operational guide on gender and HIV/AIDS: A rights-based approach*. Amsterdam, 2005.
14. *What do we mean by "sex" and "gender"?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
15. United Nations Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women. *Concepts and definitions for gender mainstreaming: Gender equality*. New York, 2001.
16. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC): *Conclusiones acordadas por el ECOSOC en julio de 1997*. Documento E/1997/L.30, §4, p. 2.
17. *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach*. Geneva, World Health Organization, Forthcoming.
18. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
19. Llkkaracan P, Jolly S. *Gender and sexuality: Overview report. BRIDGE cutting edge pack*. Brighton, United Kingdom, Institute for Development Studies, University of Sussex, 2007.
20. Moser C. *Gender planning and development: Theory, practice and training*. London, Routledge, 1993.
21. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 1990, 21:61-91.

REFERENCIAS

22. Jain AK. Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning*, 1989, 20:1–16.
23. Creel LC, Sass JV, Yinger NV. Overview of quality of care in reproductive health: Definitions and measurements of quality. *New Perspectives on Quality of Care No. 1*, Washington DC, Population Reference Bureau and Population Council, 2002.
24. *Integrating gender into HIV/AIDS programmes: A review paper*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
25. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. *Manual para evaluar la calidad de atención desde una perspectiva de género*. Nueva York, 2000.
26. United Kingdom Department for International Development. *Gender training: Key issues. Siyanda mainstreaming gender equality – online database of gender and development materials*. Londres, 1999.
27. *Transforming health systems: Gender and rights in reproductive health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
28. *Intimate partner violence and HIV/AIDS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (Information Bulletin Series, No. 1).
29. *Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: Rates, barriers and outcomes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
30. Kim J and Motsei M. “Women enjoy punishment”: Attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science & Medicine*, 2002, 54(8):1243–1254.
31. *Guidelines on medico-legal care of victims of sexual violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
32. World Health Organization and International Labour Organization. *Post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection: Joint WHO/ILO guidance and policies for the use of occupational and non-occupational post-exposure prophylaxis to prevent human immunodeficiency virus (HIV) infection*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
33. Jewkes R, et al. *Vezimfhlo! A training manual for addressing gender-based violence in VCT*. Pretoria, Medical Research Council, 2007.
34. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? *Patient Education and Counselling*, 2005, 56(2):139–146.
35. Ringheim K. When the client is male: Client-provider interaction from a gender perspective. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(3):170–175.
36. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *El Estado Mundial de la Infancia 2007: La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género*. Nueva York, 2006.
37. Fonn S et al. Health providers' opinions on provider-client relations: Results of a multi-country study to test Health Workers for Change. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(Suppl. 1):19–23.
38. Bingham A et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica de México*, 2003, 45(Supl. 3):408–416.
39. Vlassoff C, Fonn S. Health Workers for Change as a health systems management and development tool. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(Suppl. 1):47–52.
40. Public Health Department of Municipal Corporation of Greater Mumbai, Society for Health Alternatives and Royal Tropical Institute. *Counselling services in the gynaecology clinic of a municipal hospital in Mumbai: Women-centred health project*. Vadodara, India, Society for Health Alternatives, 2004.
41. de Zoysa I, Sweat M, Denison J. Faithful but fearful: Reducing HIV transmission in stable relationships. *AIDS*, 1996, 10 (Suppl. A):197–203.
42. Rivers K, Aggleton P. *Adolescent sexuality, gender and the HIV epidemic*. Nueva York, United Nations Development Programme, 1999.
43. Nyblade L and Field ML. *Women, communities and the prevention of mother-to-child transmission of HIV: Issues and findings from community research in Botswana and Zambia*. Washington DC, International Center for Research on Women, 2000.
44. Khan A. Mobility of women and access to health and family planning services in Pakistan. *Reproductive Health Matters*, 1999, 7(14):39–48.
45. Interagency Gender Working Group and United States Agency for International Development. *How to integrate gender into HIV/AIDS programs: Using lessons learned from USAID and partner organizations*. Washington DC, 2004.
46. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs and Center for Development and Population Activities. *The gender guide for health communication programs*. Baltimore, MD, Washington DC, 2003.

47. Delivery of Improved Services for Health Project, Pathfinder International, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs and Ministry of Health Uganda. *Let's face it. Video discussion guide*. Baltimore, MD, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, 1999.
48. Tallis V. *Gender and HIV/AIDS: Overview report. BRIDGE cutting edge pack*. Brighton, United Kingdom, Institute for Development Studies, University of Sussex, 2002.
49. Hardon A et al. *From access to adherence: The challenges of antiretroviral treatment: Studies from Botswana, Tanzania and Uganda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
50. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 1994, 38(8):1091–1110.
51. Rutenberg N et al. *HIV voluntary counseling and testing: An essential component in preventing mother-to-child transmission of HIV*. Washington DC, Population Council, 2003.
52. Ouma W et al. The impact of Health Workers for Change in seven settings: A useful management and health system development tool. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(Suppl. 1):24–32.
53. Feldman R, Manchester J, Maposphere C. *Positive women: Voices and choices – Zimbabwe report*. Harare, International Community of Women Living with HIV, 2002.
54. Paxton S et al. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 2005, 17(4):413–424.
55. Reis C et al. Discriminatory attitudes and practices by health workers towards patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine*, 2005, 2(8):e246, doi:10.1371/journal.pmed.0020246.
56. Academy for Educational Development and International Center for Research on Women. *Understanding and challenging HIV stigma: Toolkit for action*. Washington DC, Change Project, Academy for Educational Development, 2007.
57. Oanh KTH et al. *Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination (Horizons final report)*. Washington DC, Population Council, 2008.
58. Mahendra VS, Gilborn L, George B et al. *Reducing AIDS-related stigma and discrimination in Indian hospitals (Horizons final report)*. New Delhi, Population Council, 2006.
59. *Aide-Memoire: Health care worker safety*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/EHT/03.11).
60. World Health Organization and Centers for Disease Control and Prevention. *Prevention of mother-to-child transmission of HIV: Generic training package wall charts*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
61. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. *Plataforma de Acción. La mujer y la salud. Objetivo estratégico C.1*. Naciones Unidas. Nueva York, 1996.
62. World Health Organization and the United Nations Population Fund. *Global consultation on strengthening the linkages between reproductive health and HIV/AIDS: Family planning and HIV/AIDS in women and children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
63. Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Federación Internacional de Planificación de la Familia y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *Salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA: un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
64. Federación Internacional de Planificación de la Familia. *Proyecto Modelos de Atención: Vincular el tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA en establecimientos de atención de salud sexual y reproductiva*. Londres, 2005.
65. Family Health International. *Establishing referral networks for comprehensive HIV care in low-resource settings*. Arlington, VA, Family Health International, 2005.
66. Ogden J, Nyblade L. *Common at its core: HIV-related stigma across contexts*. Washington DC, International Center for Research on Women and CHANGE Project, Academy for Educational Development, 2005.
67. Weiser S et al. Food insufficiency is associated with high-risk sexual behaviour among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 2007, 4(10):e301, doi:10.1371/journal.pmed.0040301.
68. Hargreaves J, Boler T. *Girl power: The impact of girls' education on HIV and sexual behaviour*. Johannesburg, South Africa, ActionAid International, 2006.
69. Myer L et al. Focus on women: linking HIV care and treatment with reproductive health services in the MTCT-Plus Initiative. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13(15):136–146.
70. Rutenberg N, Baek C. Field experiences integrating family planning into programs to prevent mother-to-child transmission of HIV. *Studies in Family Planning*, 2005, 36(3):235–245.
71. Pathfinder International. *Community home-based care for people and communities affected by HIV/AIDS: A handbook for community health workers*. Watertown, MA, 2006.

72. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA*. Ginebra, 2006.
73. International HIV/AIDS Alliance. *All together now! Community mobilization for HIV/AIDS*. Brighton, Reino Unido, 2006.
74. Bell E. Advocacy training by the International Community of Women Living with HIV/AIDS. *Gender and Development*, 2005, 13:70–79.
75. Mullany BC. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Kathmandu, Nepal. *Social Science & Medicine*, 2006, 62(1):2798–2809.
76. Rutenberg N et al. *Programme recommendations for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: A practical guide for managers*. New York, United Nations Children's Fund, 2003.
77. United Nations Population Fund and EngenderHealth. *HIV prevention in maternal health services: Training guide*. Nueva York, 2004.
78. Farquhar C et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency*, 2004, 37:1620–1626.
79. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA. *Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Informe 2008*. Ginebra, 2007 (UNAIDS/07.12E /JC1318E).
80. Amin A, Simbakalia C, Erhardt S. *Summary report of the field-testing of the WHO guidance on integrating gender into HIV/AIDS programmes in Tanzania*. Informe sin publicarse, 2007.
81. CORE Initiative. *Participatory monitoring and evaluation of community- and faith-based programs: A step-by-step guide for people who want to make HIV and AIDS services and activities more effective in their community*. Washington DC, 2004.
82. World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Ensuring equitable access to antiretroviral treatment for women: WHO/UNAIDS policy statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
83. Standing H. Gender – a missing dimension in human resource policy and planning for health reforms. *Human Resources for Health Development Journal*, 2000, 4(1):27–42.
84. Mumtaz Z et al. Gender-based barriers to primary health care provision in Pakistan: The experience of female providers. *Health Policy and Planning*, 2003, 18(3):261–269.
85. Zaidi SA. Gender perspectives and quality of care in underdeveloped countries: Disease, gender and contextuality. *Social Science & Medicine*, 1996, 43:721–730.
86. George A. *Human resources for health: A gender analysis*. [Review paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on the Social Determinants of Health]. Trabajo sin publicarse, 2007.
87. Govender V, Pen n-Kekana L. *Gender biases and discrimination: A review of health care interpersonal interactions*. [Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
88. Nigenda G et al. Women's opinions on antenatal care in developing countries: Results of a study in Cuba, Thailand, Saudi Arabia and Argentina. *BMC Public Health*, 2003, 3:17.
89. Iyer A, Jesani A. Barriers to quality of care: The experience of auxiliary nurse-midwives in rural Maharashtra. In: Koenig MA, Khan ME, eds. *Improving quality of care in India's family welfare programme: The challenge ahead*. New York, The Population Council, 1999.
90. *The practice of charging user fees at the point of service delivery for HIV/AIDS treatment and care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
91. Nanda P. Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10(20):127–134.
92. Silvester L et al. *Analysis of the gender dimension in the scale-up of antiretroviral therapy and the extent to which free treatment at point of delivery ensures equitable access for women*. [Paper presented at the meeting on “Ensuring universal access: user fee and free care policies in the context of HIV treatment”]. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization and the World Bank, Ginebra, 21 al 23 de marzo del 2005.
93. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. *El trabajo no remunerado de las mujeres en salud* [Hoja informativa]. Washington DC, 2002.
94. Budlender D, Hewitt G. *Engendering budgets: A practitioners' guide to understanding and implementing gender-responsive budgets*. London, Commonwealth Secretariat, 2003.
95. United Nations Development Fund for Women. *Transforming the national AIDS response: Mainstreaming gender equality and women's human rights into the “three ones”* [Executive Summary]. Nueva York, 2006.
96. Higgins D, Hieber-Girardet L. *Enabling people to safely know their HIV status through confidential HIV testing and counselling*. [Presentation to the World Health Organization, Strategic and Technical Advisory Committee (STAC)]. Ginebra, 2006.

97. World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Ginebra, 2007.
98. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization. *UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004.
99. Obermeyer C, Osborn M. The utilization of testing and counseling for HIV: A review of the social and behavioural evidence. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(10):1762–1774.
100. Mahendra VS et al. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 2007, 4(2):61–625.
101. Shaikh BT et al. Gender sensitization among health providers and communities through transformative learning tools: Experiences from Karachi, Pakistan. *Education for Health*, 2007, 20(3):118, epub, Oct 19 (www.educationforhealth.net, sitio consultado el 20 de junio del 2008).
102. Delva W et al. Quality and quantity of antenatal HIV counselling in a PMTCT programme in Mombasa, Kenya. *AIDS Care*, 2006, 18(3):189–193.
103. Bharat S. *India: HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial*. Ginebra, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2001.
104. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Towards universal access: Recommendations for a public health approach – 2006 version*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
105. Gruskin S, Ahmed S, Ferguson L. Provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities – what does this mean for the health and human rights of pregnant women? *Developing World Bioethics*, 2008, 8(1):23–32.
106. EngenderHealth and International Community of Women Living with HIV/AIDS. *Sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls: Manual for trainers and programme managers*. Nueva York, Londres, 2006.
107. Yoder PS, Konate MK. *Obtaining informed consent for HIV testing: The DHS experience in Mali*. Calverton, MD, ORC Macro, 2002.
108. Weiser SD et al. Routine HIV testing in Botswana: A population-based study on attitudes, practices, and human rights concerns. *PLoS Medicine*, 2006, 3(7):e261, doi:10.1371/journal.pmed.0030261.
109. Abdool Karim Q et al. Informed consent for HIV testing in a South African hospital: Is it truly informed and truly voluntary? *American Journal of Public Health*, 1998, 88(4):637–640.
110. Macklin R. Informed consent for research: International perspectives. *Journal of the American Medical Women's Association*, 2000, 55(5):290–293.
111. Rajalakshmi. Reducing reproductive rights: Spousal consent for abortion and sterilization. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2007, IV(3):102–103.
112. División de las Naciones Unidas para el Adelanto de la Mujer. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 1979.
113. Murakumi J. Gender and depression: Explaining the different rates of depression between men and women. *Perspectives in Psychology*, 2002, Spring:27–34.
114. Parsey K et al. Why the urgency for earlier diagnosis of HIV Infection in women? *Medscape General Medicine*, 1999, 1(1) (www.medscape.com/viewarticle/408811, sitio consultado el 12 de junio del 2008).
115. *Flipchart for patient education: HIV prevention, treatment and care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
116. Besser MJ. *Mothers-to-mothers-to-be: Peer counselling, education and support for women in pregnancy in Cape Town, South Africa*. Presentado en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, 2002 (Abstract MoOrF1031).
117. Khan H et al. *From mother-to-mother (Horizons Report)*. Washington DC, Population Council, 2007.
118. *Addressing violence against women in HIV testing and counselling: A meeting report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
119. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA y Organización Mundial de la Salud. *Poner al descubierto la epidemia de VIH/SIDA: orientaciones para fomentar la revelación beneficiosa, el asesoramiento ético de la pareja y el uso apropiado de la notificación de casos de VIH*. Ginebra, 2000.
120. *Chronic HIV care with ART and prevention: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness, Integrated Management of Childhood Illness interim guidelines for health workers at health centre or district hospital outpatient clinic*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

121. UCSF Center for HIV information. *HIV InSite: Sex and sexuality*, 2005 (<http://hivinsite.ucsf.edu/hiv?page=pb-daily-sex#S3X>, sitio consultado el 15 de agosto del 2007).
122. Dworkin SL, Ehrhardt AA. Going beyond "ABC" to include "GEM": Critical reflections on progress in the HIV/AIDS epidemic. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(1):13–18.
123. Schwandt M et al. Anal and dry sex in commercial sex work, and relation to risk for sexually transmitted infections and HIV in Meru, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82:392–396.
124. Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: An overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reproductive Health Matters*, 2007, 15(S29):4–26.
125. Smith EJ. Discussing sexuality fosters sexual health. Network, 2002, 21(4) (http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v21_4/NWvol21-4sexhelth.htm, sitio consultado el 12 de junio del 2008).
126. Gray RH et al. Increased risk of incident HIV during pregnancy in Rakai, Uganda: A prospective study. *The Lancet*, 2005, 366(9492):1182–1188.
127. World Health Organization. Condoms: Dual purpose barriers. *Progress in Reproductive Health Research*, 2002, 59:5 (<http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/59/news59.pdf>, sitio consultado el 12 de junio del 2008).
128. Family Health International and YouthNet. *HIV counseling and testing for youth: A manual for providers*. Arlington, VA, Family Health International, 2005.
129. Centers for Disease Control and Prevention. *The couples HIV counseling and testing (CHCT) intervention and training curriculum: Participant manual (module 2)*. Atlanta, 2007 (<http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/CHCTintervention/default.html#Participants%20Manual>, sitio consultado el 12 de junio del 2008).
130. Dunkle K et al. New heterosexually transmitted infections in married or cohabitating couples in urban Zambia and Rwanda: An analysis of survey and clinical data. *The Lancet*, 2008, 371:2183–2191.
131. Abrams EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission services as a gateway to family-based human immunodeficiency virus care and treatment in resource-limited settings: Rationale and international experiences. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007, 197(3 S1):101–106.
132. Strickland R. *To have and to hold: Women's property and inheritance rights in the context of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Washington DC, International Center for Research on Women, 2004.
133. World Health Organization and 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*. Ginebra, 2006.
134. *Reproductive choices and family planning for people living with HIV: Counselling tool*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
135. Rutenberg N et al. *Evaluation of the United Nations-supported pilot projects for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: Overview of findings*. New York, United Nations Children's Fund, 2003.
136. Wang A, Wang L, Su S. *Gender inequalities, and the use of prevention of mother-to-child transmission of HIV services in Xingjiang, China*. In: Conference Proceedings, XVIth International AIDS Conference, Toronto, 2006 (Abstract No. CDD0053).
137. *Strategic approaches to the prevention of HIV infection in infants: Report of a meeting, Morges, Switzerland, 20–22 March 2002*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
138. Willard S. The need for sociocultural awareness to maximize treatment acceptance and adherence in individuals initiating HIV therapy. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 2008, 7(Suppl. 1):17–21.
139. Blake BJ et al. Experiences of women in obtaining human immunodeficiency virus testing and health care services. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2008, 20(1):40–46.
140. Nguyen TA et al. Barriers to access prevention of mother-to-child transmission for HIV positive women in a well-resourced setting in Vietnam. *AIDS Research Therapy*, 2008, 5(7) (<http://www.aidsrestherapy.com/content/5/1/7>, sitio consultado el 12 de junio del 2008).
141. Gage A. Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Social Science & Medicine*, 2007, 65(8):1666–1682.
142. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Actualización sobre VIH y alimentación infantil: basada en la Reunión Consultiva Técnica realizada en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención de las Transmisión del VIH en Embarazadas, Madres y Niños, Ginebra, 25-27 de octubre de 2006*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

143. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA y Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El VIH y la alimentación infantil: una guía para gerentes y supervisores de la atención en salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
144. Rutenberg N et al. *Infant feeding counseling within Kenyan and Zambian PMTCT services: How well does it promote good feeding practices? (Horizons Research Summary)*. Washington DC, Population Council, 2003.
145. dePaoli MM, Manongi R, Klepp KI. Are infant-feeding options that are recommended for mothers with HIV acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe? Pregnant women's perspectives. *Public Health Nutrition*, 2004, 7(5):611–619.
146. Karemba M, Origo D, Serima E. *HIV-affected couples in a support group addressing issues of alternative infant feeding without disclosing their HIV status*. Presentado en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, 2002 (Abstract WePeF6834).
147. Cooper D et al. "Life is still going on": Reproductive intentions among HIV-positive women and men in South Africa. *Social Science & Medicine*, 2007, 65(7):274–283.
148. *Nutrition counselling, care and support for HIV-infected women: Guidelines on HIV-related care, treatment and support for HIV-infected women and their children in resource-constrained settings*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
149. Hyder A et al. The pervasive triad of food security, gender inequity and women's health: Exploratory research from sub-Saharan Africa. *African Health Sciences*, 2005, 5(4):328–334.
150. Gittelsohn J, Thapa M, Landman T. Cultural factors, caloric intake and micronutrient sufficiency in rural Nepali households. *Social Science & Medicine*, 1997, 44(11):1739–1749.
151. Coon K et al. *Transcending boundaries to improve the food security of HIV-affected households in rural Uganda: A case study (Horizons Final Report)*. Washington, DC, Population Council, 2007.
152. Manderson L. Hot-cold food and medical theories overview and introduction. *Social Science & Medicine*, 1987, 25(4):329–330.
153. Ninuk T et al. The importance of eating rice: Changing food habits among pregnant Indonesian women during the economic crisis. *Social Science & Medicine*, 2005, 61(1):199–210.
154. Johansson E et al. Gender and tuberculosis control: perspectives on health-seeking behaviour among men and women in Viet Nam. *Health Policy*, 2000, 52:33–51.
155. Hudspeth J et al. Access to and early outcomes of a public South African antiretroviral clinic. *The Southern African Journal of Epidemiology and Infection*, 2004, 19:48–51.
156. *Guidance on ethics and equitable access to HIV treatment and care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
157. *Un enfoque de salud pública para la ampliación del acceso al tratamiento antirretrovírico (ARV): carpeta de información para administradores de programas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
158. Bennett S, Chanfreau C. Approaches to rationing antiretroviral treatment: ethical and equity implications. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(7):541–547. [Resumen en español: Criterios de racionamiento de la medicación antirretroviral: implicaciones éticas y en materia de equidad, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2005, 83(7):546]
159. *Antiretroviral therapy in primary health care: Experience of the Khayelitsha programme in South Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
160. Rosen S et al. Hard choices: Rationing antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Africa. *The Lancet*, 2005, 365:354–356.
161. Rosen S et al. Rationing antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Africa: Choices and consequences. *PLoS Medicine*, 2005, 2(11):1098–1103.
162. Center for Health and Gender Equity. *Gender, AIDS, and antiretroviral therapies: Ensuring that women gain equitable access to drugs within U.S. funded treatment initiatives*. Takoma Park, MD, CHANGE, 2004.
163. Southern Africa HIV/AIDS Information Dissemination Service. *Women's treatment literacy toolkit*. Harare, 2005.
164. *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults and adolescents: Recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
165. *Política interina sobre actividades colaborativas TB/VIH*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
166. National Institute of Allergy and Infectious Disease. *Fact sheet: HIV infection in women*. Bethesda, MD, National Institutes of Health, United States Department of Health and Human Services, 2007.

REFERENCIAS

167. Gittelsohn J et al. *Listening to women talk about their health: Issues and evidence from India*. New Delhi, Har-Anand Publications, 1994.
168. Jejeebhoy S, Koenig MA. Social context of gynaecological morbidity: consequences and health-seeking behaviour. In: Jejeebhoy S, Koenig MA, Elias C, eds. *Reproductive tract infections and other gynaecological disorders: A multidisciplinary research approach*. Cambridge, Cambridge University Press and World Health Organization, 2003.
169. *Side-effects of anti-HIV medications – lipodystrophy*. Bethesda, MD, National Institutes of Health, United States Department of Health and Human Services, 2005.
170. Zulu KP. *Fear of HIV serodisclosure and ART success: The agony of HIV-positive married women in Zambia*. In: Conference Proceedings, The 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Rio de Janeiro, 2005 (Abstract No. TuPe11.9Co3).
171. Saloner K. *Adherence resource pack for anti-retroviral treatment (ART) adherence, counselling and support*. Johannesburg, University of Pretoria, Centre for the Study of AIDS, University of Witwatersrand, Perinatal HIV Research Unit, and United States Agency for International Development, 2005.
172. Uys L. Guest editorial: Longer-term aid to combat AIDS. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44:1–2.
173. John Snow International and Southern Africa AIDS Information Dissemination Service. *Involving men in community home-based care for HIV and AIDS toolkit: Information manual*. Harare, Southern Africa AIDS Information Dissemination Service, 2005.
174. Johnson CA et al. *Man enough to care: Involving men in home-based care services for people living with HIV/AIDS in rural Zimbabwe*. Washington DC, AFRICARE, 2004.
175. *Home-based long-term care: Report of a study group*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
176. *Community home-based care: Action research in Kenya*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
177. *Community home-based care: Family caregiving. A Botswana case study*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
178. Miller C, Newton SE. Pain perception and expression: The influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. *Pain Management Nursing*, 2006, 7(4):148–152.
179. Greenspan JD et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain*, 2007, 132(Suppl. 1):S26–45.
180. National Institutes of Health. *Gender and pain: Overview*. NIH Pain Consortium, 1998 (<http://painconsortium.nih.gov/genderandpain/summary.htm>, sitio consultado el 5 de diciembre del 2007).
181. *Palliative care: Symptom management and end-of-life care, Integrated Management of Adolescent and Adult Illness. Interim guidelines for first-level facility health workers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
182. *A guide for caregivers*. [Versión preliminar para el análisis, mayo del 2006]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, de próxima publicación.
183. International Center for Research on Women. *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. Washington DC, 2003.
184. Human Rights Watch. *Women's rights in the fight against HIV/AIDS*. Nueva York, 2005.
185. Newman C. *Gender sensitivity assessment tools for RH service providers and managers. Better practices in gender sensitivity*. Chapel Hill, North Carolina, IntraHealth International/PRIME II, 2003.
186. International Planned Parenthood Federation / Western Hemisphere Region. *How gender-sensitive are your HIV and FP services?* Nueva York, 2002.
187. Cardich R et al. *Manual para evaluar la calidad de atención desde una perspectiva de género*. Nueva York, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, 2000.



DATOS DE CONTACTO PARA MÁS INFORMACIÓN

Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Organización Panamericana de la Salud

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

Correo electrónico: geh@paho.org

www.paho.org/genero_etnicidad

ISBN 978-92-75-33114-9

