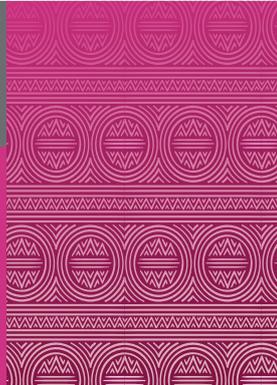


Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH

Resumen ejecutivo

El esfuerzo por garantizar la dignidad y el bienestar de las mujeres que viven con VIH se centra en un enfoque integrado de la salud y los derechos humanos.



No es solo que el VIH sea impulsado por la desigualdad de género, sino que también afianza esa desigualdad, haciendo a las mujeres más vulnerables a su impacto. Las intervenciones de salud sexual y reproductiva basadas en principios de igualdad de género y derechos humanos dirigidas a las mujeres que viven con VIH pueden tener una repercusión positiva en su calidad de vida; además, constituyen un paso hacia la mejora de la salud y la equidad a largo plazo.

Introducción

Se calcula que 17,8 millones de mujeres de 15 años o más vivían con el VIH en 2015, lo que constituye 51% de todos los adultos que viven con VIH. Las adolescentes y las jóvenes se ven particularmente afectadas; en 2015 constituían 60% de los jóvenes de 15 a 24 años que vivían con VIH y también representaban 58% de las nuevas infecciones por VIH entre los jóvenes de ese grupo de edad. En muchos países las mujeres que viven con VIH no tienen acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad y enfrentan múltiples formas de estigmatización y discriminación que se entrecruzan. Además, las mujeres que viven con VIH son desproporcionadamente vulnerables a la violencia, incluida la violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

En los 10 años transcurridos desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006 publicara *Salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH/SIDA: directrices para la atención, el tratamiento y el apoyo a las mujeres que viven con VIH/SIDA y sus hijos en contextos de recursos limitados* se han producido muchos cambios significativos en las políticas, la investigación y las prácticas relacionadas con el VIH. Estos cambios incluyen la rápida expansión de la terapia antirretrovírica (TAR) y la emisión de las recomendaciones de la OMS en 2015 de ofrecer TAR

inmediatamente a todas las personas que viven con VIH, y ofrecer una profilaxis previa a la exposición (PPRE) a individuos con un riesgo considerable de infección por VIH como una opción de prevención adicional. Dada la importante diferencia de alcance, en lugar de verla como una actualización de las directrices de 2006, el Comité de Revisión de Directrices de la OMS consideró a esta guía como una presentación nueva. Esta guía responde a solicitudes de organizaciones, instituciones e individuos que reclaman una orientación que consolide las recomendaciones existentes específicas para las mujeres que viven con VIH, junto con nuevas recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas. Se espera que sirva de respaldo a los trabajadores de salud que están en la primera línea, a los directores de programas y a los responsables de las políticas de salud pública de todo el mundo, permitiéndoles mejorar su enfoque de la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres que viven con VIH.

El punto de partida de esta guía es el momento en que una mujer se entera que vive con el VIH y, por ende, abarca cuestiones clave para proporcionar servicios integrales de salud sexual y reproductiva y derechos afines (SSRD) y apoyo a las mujeres que viven con VIH. Dado que las mujeres que viven con VIH enfrentan desafíos singulares y sufren violaciones de sus derechos humanos en materia de sexualidad y reproducción en el

seno de sus familias, comunidades y en las dependencias sanitarias donde consultan, se hace especial hincapié en la creación de un entorno propicio que apoye intervenciones de salud más eficaces y mejore los resultados sanitarios.

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

Esta guía tiene como objetivo proporcionar:

- **recomendaciones basadas en la evidencia** para SSRD de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad, con especial atención a los contextos en los que el sistema de salud tiene capacidad y recursos limitados; y
- **declaraciones de buenas prácticas** sobre cuestiones clave relacionadas con la prestación de servicios que es preciso abordar para: i) aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), su aceptación y la calidad de sus resultados; ii) mejorar los derechos humanos y iii) promover la igualdad de género para las mujeres que viven con VIH.

Un enfoque centrado en la mujer

Los servicios de salud centrados en la mujer se basan en un enfoque de la atención de la salud que adopta conscientemente las perspectivas de las mujeres, sus familias y comunidades. Esto significa que los servicios de salud consideran a las mujeres como beneficiarias y participantes activas de sistemas de salud confiables que responden a las necesidades, derechos y preferencias de las mujeres de manera humana y holística. El cuidado se presta respetando la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud; los servicios deben incluir la presentación de información y opciones que permitan a las mujeres tomar decisiones informadas. Las necesidades y perspectivas de las mujeres, sus

familias y comunidades son fundamentales para la prestación de atención y para el diseño y la implementación de programas y servicios. Un enfoque centrado en la mujer se sustenta en dos principios rectores: la promoción de los derechos humanos y la igualdad de género.

Principios rectores

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

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

Métodos para elaboración de directrices

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

1. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M; Salamander Trust. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2016/09/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINALreport190115.pdf>).

de la encuesta se incluyen a lo largo de la misma.

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

Creación de un entorno propicio

La implementación de programas integrales e integrados de SSRD y VIH que busquen satisfacer las necesidades y derechos de salud del grupo heterogéneo de mujeres que viven con VIH exige la puesta en práctica de intervenciones que permitan superar las barreras a la aceptación y el uso del servicio y el compromiso continuo con él. En todos los contextos epidémicos, estas barreras se producen a nivel individual, interpersonal, comunitario y social. Pueden incluir desafíos tales como exclusión social y marginación, criminalización, estigma, violencia basada en género y desigualdad de género, entre otros. Se necesitan estrategias para mejorar la

accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad, captación, cobertura equitativa, calidad, eficacia y eficiencia de los servicios destinados a las mujeres que viven con VIH. De no abordarse, estas barreras socavan las intervenciones de salud y los SSRD de las mujeres que viven con VIH.

Implementación y actualización de la guía

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

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

Los cuadros 1 y 2 presentan las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas nuevas y ya existentes, respectivamente. La figura 1 presenta un marco visual que reúne todos los elementos de la guía, con las mujeres que viven con VIH (y sus valores y preferencias expresados) en el centro.

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

Nota: Cuando las recomendaciones se aplican a "poblaciones clave", el término incluye a las mujeres que viven con VIH, por lo que se las ha incluido en esta guía.

A. Creación de un ambiente propicio	
Recomendación (REC)	Fuerza de la recomendación, calidad de la evidencia
Sexualidad sana a lo largo de la vida	
REC A.1: Para la atención del VIH se deben implementar servicios de salud que resulten amigables a los adolescentes para asegurar su participación y mejorar los resultados. ¹	Recomendación firme, evidencia de calidad baja
Integración de SSRD y servicios para el tratamiento de VIH	
REC A.2: En lugares con condiciones epidémicas, la terapia antirretrovírica (TAR) debe iniciarse y mantenerse en mujeres embarazadas y púerperas elegibles y en lactantes en centros de atención de salud materno-infantil, estableciéndose la vinculación y derivación para continuar con la atención del VIH y TAR, cuando corresponda.	Recomendación firme, evidencia de calidad muy baja
REC A.3: Los servicios de atención a infecciones de transmisión sexual (ITS) y de planificación familiar pueden integrarse en los centros de atención del VIH.	Recomendación condicional, evidencia de calidad muy baja
REC A.4, A.5 y A.6: La descentralización del tratamiento y la atención del VIH debe verse como una forma de aumentar el acceso y mejorar la retención en el cuidado:	
– inicio del tratamiento antirretrovírico en el hospital y mantenimiento en dependencias sanitarias;	Recomendación firme, evidencia de calidad baja
– inicio y mantenimiento del tratamiento antirretrovírico en centros de salud periféricos;	Recomendación firme, evidencia de calidad baja
– inicio del tratamiento antirretrovírico en centros de salud periféricos y mantenimiento a nivel comunitario.	Recomendación firme, evidencia de calidad moderada
REC A.7: Los proveedores legos capacitados y supervisados pueden distribuir TAR a adultos, adolescentes y niños que viven con VIH.	Recomendación firme, evidencia de calidad baja
REC A.8: Los clínicos no médicos, el personal de enfermería y de partería capacitados pueden iniciar el tratamiento ARV de primera línea.	Recomendación firme, evidencia de calidad moderada
REC A.9: Los clínicos no médicos, el personal de enfermería y de partería capacitados pueden mantener el tratamiento antirretrovírico.	Recomendación firme, evidencia de calidad moderada
REC A.10: Trabajadores sanitarios comunitarios capacitados y supervisados pueden dispensar TAR entre las visitas clínicas periódicas.	Recomendación firme, evidencia de calidad moderada
Protección contra la violencia y creación de seguridad	
REC A.11: Se debe ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que relaten cualquier forma de violencia por parte de una pareja íntima (u otro miembro de la familia) o que manifiesten ataque sexual por parte de cualquier perpetrador. Cuando las mujeres revelan violencia, el personal sanitario debe, como mínimo, ofrecer apoyo de primera línea. Si el personal de salud no puede proporcionar ese tipo de apoyo, debe asegurarse de que haya alguien más (dentro de su centro de salud u otra dependencia fácilmente accesible) que esté disponible inmediatamente para hacerlo. ²	Recomendación firme, evidencia indirecta
REC A.12: Los profesionales de salud deben preguntar acerca de la exposición a violencia por parte de la pareja al evaluar las condiciones que pueden ser provocadas por la violencia de la pareja o complicadas por dicha violencia, con el fin de mejorar el diagnóstico.	Recomendación firme, evidencia indirecta

1. Referencia para esto y todas las recomendaciones existentes en la siguiente sección sobre la integración de servicios: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

2. Referencia para esto y para el resto de las recomendaciones existentes en esta sección sobre violencia y seguridad: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf).

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

Empoderamiento de la comunidad

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

B. Intervenciones en materia de salud

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

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

4. Ibid.

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

6. Ibid.

Servicios de apoyo a las mujeres víctimas de violencia

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

7. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf).

8. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf).

9. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf).

10. Ibid.

11. Ibid.

Servicios de planificación familiar y de infertilidad

<p>REC B.11: En los países donde haya transmisión del VIH entre parejas serodiscordantes, donde se pueda identificar a esas parejas serodiscordantes y donde se necesiten más opciones de prevención del VIH para atender a esa población, se puede considerar a la PrEP oral diaria (en particular tenofovir o la combinación de tenofovir y emtricitabina) como una posible intervención adicional para el miembro de la pareja no infectado.¹²</p> <p>REC B.12: La TAR debe iniciarse en todos los adultos que viven con VIH, independientemente de la etapa clínica de la OMS en que se encuentren y de su recuento de células CD4.¹³</p>	<p>Recomendación condicional, evidencia de calidad alta</p> <p>Recomendación firme, evidencia de calidad moderada</p>
<p>REC B.13: Se recomienda el uso correcto y consistente de condones con lubricantes compatibles con el material de los condones en todas las poblaciones clave para prevenir la transmisión sexual del VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS).¹⁴</p>	<p>Recomendación firme, evidencia de calidad moderada</p>
<p>REC B.14: Las mujeres que viven con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) pueden utilizar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricción: píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), parches y anillos anticonceptivos, píldoras anticonceptivas de progestina sola (APS), inyectables de progestina sola (IPS; acetato de medroxiprogesterona depósito (DMPA, por su sigla en inglés) y enantato de noretisterona [NET-EN]), e implantes con levonorgestrel (GNL) y etonogestrel (ETG) (Categoría CME 1). Las mujeres que viven con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) generalmente pueden utilizar el DIU-LNG (Categoría CME 2) (sección 12b de la Parte I).¹⁵</p> <p>REC B.15: Las mujeres que viven con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) pueden utilizar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos anticonceptivos, AOC, IPS (DMPA y NET-EN) e implantes con GNL y ETG (Categoría CEM 1). Las mujeres que viven con una enfermedad clínica por VIH severa o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (Categoría CME 3 para el inicio) hasta que su enfermedad haya mejorado a una enfermedad clínica asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS). Sin embargo, las mujeres que ya se han colocado un DIU-LNG y que desarrollan una enfermedad clínica por VIH severa o avanzada no necesitan quitarse el DIU (Categoría CME 2 para continuar). Las usuarias de DIU LNG con enfermedad clínica por VIH severa o avanzada deben ser controladas atentamente por si presentan infección pélvica (Parte I, sección 12c).</p> <p>REC B.16: Las mujeres que toman cualquier inhibidor de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIN/ITINT) pueden usar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción: AOC, parches y anillos anticonceptivos, AIC, APS, IPS (DMPA y NET-EN) e implantes con LNG e ETG (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p> <p>REC B.17: Las mujeres que reciben TAR que contenga efavirenz o nevirapina pueden usar AOC, parches, anillos, AIC, APS, NET-EN e implantes (Categoría CME 2). Sin embargo, las mujeres que usan efavirenz o nevirapina pueden usar el DMPA sin restricción (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p>	<p>La fuerza de la recomendación está indicada por la categoría de CME descrita en el texto.¹⁶</p> <p>Evidencia de calidad moderada a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad moderada a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad baja a muy baja</p> <p>Evidencia de calidad baja a muy baja</p>

12. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/).

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

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

15. Referencia para esto y para el resto de las recomendaciones existentes en esta sección sobre anticoncepción, y para la próxima nota a pie de página: Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf).

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

1: Una condición para la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo

2: Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados

3: Una condición en la que los riesgos teóricos o probados suelen superar las ventajas de usar el método

4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa ese método anticonceptivo.

<p>REC B.18: Las mujeres que utilizan los nuevos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIN), etravirina y rilpivirina, pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p>	Evidencia de calidad baja a muy baja
<p>REC B.19: Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa (p. ej. ritonavir y antirretrovíricos [ARV] potenciados con ritonavir) pueden usar AOC, parches y anillos anticonceptivos, AIC, AOC, NET-EN, e implantes con GNL y ETG (Categoría CME 2) (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p>	Evidencia de calidad baja a muy baja
<p>REC B.20: Las mujeres que usan el inhibidor de la integrasa raltegravir pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (Categoría CME 1) (Parte I, sección 12d).</p>	Evidencia de calidad baja a muy baja
<p>REC B.21: Dispositivo intrauterino (DIU): Las mujeres que usan medicación antirretrovírica generalmente pueden usar el DIU-LNG (Categoría CME 2), siempre que su enfermedad clínica sea asintomática o leve (estadio 1 ó 2 de la OMS). Las mujeres que viven con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (Categoría CME 3 para inicio) sino hasta que su enfermedad haya mejorado hasta asintomática o leve. Sin embargo, las mujeres que ya se hayan colocado el DIU-LNG y que desarrollen una enfermedad clínica por VIH severa o avanzada no tienen por qué retirarse el DIU (Categoría CME 2 para continuar). Las usuarias de DIU-LNG con enfermedad clínica grave o avanzada del VIH deben ser monitoreadas de cerca para detectar la aparición de infección pélvica (Parte I, sección 12d).</p>	Evidencia de calidad baja a muy baja

Servicios de cuidados prenatales y de salud materna

<p>REC B.22 (NUEVO): La OMS recomienda que no se recomiende la cesárea electiva de rutina a las mujeres que viven con VIH.</p>	Recomendación firme, evidencia de calidad baja
<p>REC B.23: Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado aproximadamente entre 1 y 3 minutos después del nacimiento) para todos los nacimientos, y el inicio simultáneo de los cuidados esenciales del recién nacido.¹⁷</p>	Recomendación firme, evidencia de calidad moderada
<p>REC B.24: Debe iniciarse TAR en todos los adolescentes que vivan con el VIH, independientemente de la fase clínica de la OMS y del recuento de células CD4.¹⁸</p>	Recomendación condicional, evidencia de calidad baja
<p>REC B.25: Como prioridad, debe iniciarse el tratamiento antirretrovírico en todos los adolescentes con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio clínico 3 o 4 de la OMS) y adolescentes con un recuento de CD4 \leq 350 células/mm³.¹⁹</p>	Recomendación firme, evidencia de calidad moderada
<p>REC B.26: El tratamiento antirretrovírico debe iniciarse en todas las mujeres embarazadas y que estén amamantando que vivan con el VIH, independientemente de la fase clínica de la OMS y del recuento de células CD4, y debe mantenerse de por vida.²⁰</p>	Recomendación firme, evidencia de calidad moderada
<p>REC B.27: Las madres que viven con VIH deben amamantar durante al menos 12 meses y pueden continuar amamantando hasta 24 meses o más (similar a la población general), al tanto que se les da un pleno apoyo para que cumplan con TAR.²¹</p>	Recomendación firme, evidencia de calidad baja para 12 meses, evidencia de calidad muy baja para 24 meses

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

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

19. Ibid.

20. Ibid.

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

REC B.28: No se recomienda el uso de amniotomía sola para prevenir el retraso en el parto. ²²	Recomendación débil, evidencia de muy baja calidad
REC B.29: Se recomienda el uso de amniotomía y ocitocina para el tratamiento del retraso de parto confirmado. ²³	Recomendación débil, evidencia de muy baja calidad

Servicios de aborto seguro

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

Servicios de infecciones de transmisión sexual y cáncer de cérvix

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

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

23. Ibid.

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

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

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

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

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

Apoyo psicosocial

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

Sexualidad sana a lo largo de la vida

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

Empoderamiento económico y acceso a los recursos

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

Integración de SSRD y servicios de HIV

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

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

*Según la definición en la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS,²⁶

Protección contra la violencia y creación de seguridad

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

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

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

Inclusión social y aceptación

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

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

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

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

27. Referencia para esto y para el resto de las declaraciones de buenas prácticas existentes en la sección A de este cuadro: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>).

Empoderamiento de la comunidad

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

Legislación y políticas de apoyo y acceso a la justicia

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

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

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

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

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

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

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

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

Comunicación breve sobre la sexualidad (CBS)

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

Anticoncepción

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

Prevención de la transmisión perinatal del VIH

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

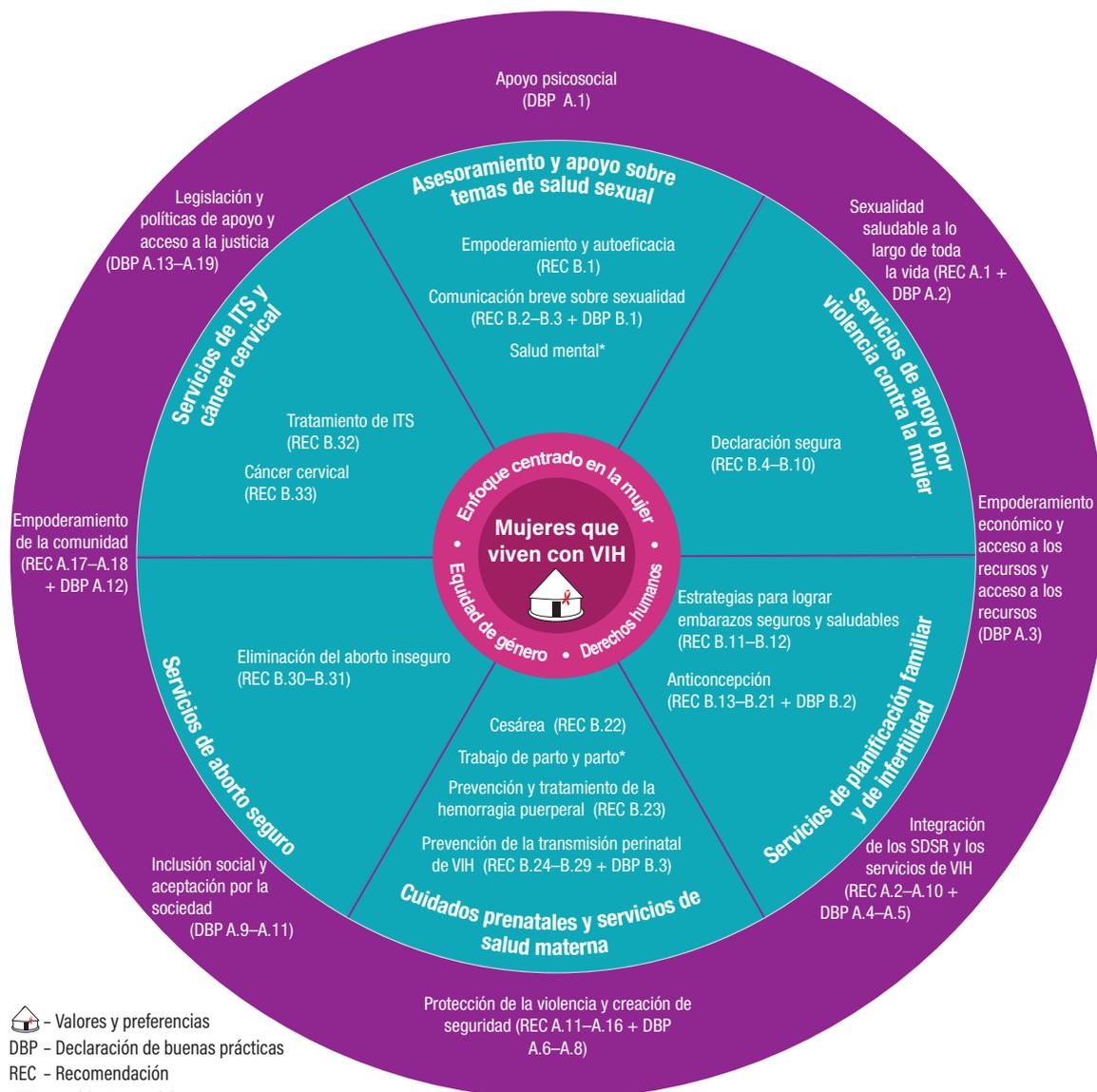
28. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf).

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

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

Figura 1: Marco de recomendaciones de la OMS y declaraciones de buenas prácticas para avanzar en la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres que viven con VIH

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



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

SSRD: Salud sexual y reproductiva y derechos afines; ITS: Infección de transmisión sexual.

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



WHO/RHR/17.03 © Organización Mundial de la Salud 2017

Algunos derechos reservados. Este documento está disponible bajo la licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Para más información agradecemos contactar con: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
 Email: reproductivehealth@who.int Web: www.who.int/reproductivehealth

La traducción e impresión de este documento fue posible gracias al apoyo financiero del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud CLAP/SMR - OPS/OMS.