

Una Guía Práctica

para la integración de la salud reproductiva y el VIH/SIDA en las propuestas de subvenciones del Fondo Mundial

Karen Hardee

Jill Gay

Elisha Dunn-Georgiou

Population Action
INTERNATIONAL
HEALTHY FAMILIES HEALTHY PLANET

Septiembre de 2009

Reconocimientos

Este documento fue preparado por Population Action International como parte de su trabajo en la Iniciativa de movilización para la integración de la salud reproductiva y el VIH (Mobilizing for RH/HIV Integration Initiative). La Iniciativa de movilización para la integración de la salud reproductiva y el VIH (la Iniciativa) es una coalición de asociados, entre ellos, Friends of the Global Fund en África, Global AIDS Alliance, Interact Worldwide, International HIV/AIDS Alliance, la oficina regional en África de la Federación Internacional de Planificación de la Familia y Population Action International. La Iniciativa ayuda y apoya a las organizaciones de la sociedad civil en la elaboración y presentación de propuestas al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) que incluye la salud de la reproducción como un componente crítico de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo destinados al VIH. Esta guía fue revisada por varios colegas asociados con la Iniciativa de movilización para la integración de la salud reproductiva y el VIH, entre ellos, Elisha Dunn-Georgiou de PAI; Sunita Grote de la International AIDS Alliance; Lawrence Oteba, Adam Gardner y Kevin Osborne de la IPPF. La Dra. Karen Hardee, Vicepresidente de Investigación de PAI, y Jill Gay, Asesora, redactaron el documento.

Índice

1	Introducción	3
2	¿En qué consiste la integración?	5
3	¿Cuál es la evidencia de que la integración influye en los resultados del VIH?	8
4	Según el contexto de un país, ¿qué políticas y programas podrían integrarse?	17
5	¿Qué se necesita para una integración satisfactoria?	32
6	¿Cómo se puede controlar y evaluar la integración?	42
7	Conclusiones	45
8	Apéndice: Manuales y documentos seleccionados para la integración de servicios	47
9	Referencias	44

Acrónimos

TAR	Tratamiento antirretroviral	MSM	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
APN	Atención prenatal	TMH	Transmisión de madre a hijo
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento	OGAC	Oficina del coordinador mundial de respuesta contra el SIDA, EE.UU.
ACEH	Atención comunitaria en el hogar	PPE	Profilaxis posterior a la exposición
MCP	Mecanismos de coordinación del país	PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (EE.UU.)
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE.UU.	PVVIH	Personas que viven con VIH
OSC	Organización de la sociedad civil	PTMH	Prevención de la transmisión de madre a hijo
DHS	Encuestas demográficas y de salud	SR	Salud reproductiva
PF	Planificación familiar	SSSR	Servicios de salud sexual y reproductiva
GF	Fondo Mundial	ITS	Infecciones de transmisión sexual
GFATM	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria	ETS	Enfermedades de transmisión sexual
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad	TS	Trabajador del sexo
FSS	Fortalecimiento de los sistemas de salud	TB	Tuberculosis
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
ICW	Comunidad internacional de mujeres que viven con VIH/SIDA	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
CDI	Consumidor o consumo de drogas intravenosas	USAID	Organismo de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
IEC	Información, educación y comunicación	SVAP	Servicios voluntarios de asesoramiento y prueba
IPPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia	OMS	Organización Mundial de la Salud
DIU	Dispositivo intrauterino		
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio		
C y E	Control y evaluación		

capítulo 1

Introducción

Todos los resultados deben estar dirigidos a “mitigar el efecto que causan el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en los países necesitados”. (Marco del Fondo Mundial, ND)

El Plan de acción de Maputo de 2006, adoptado por la Unión Africana, hace un llamado a los países para “fortalecer el compromiso de lograr acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, y reconocer y apoyar la contribución de estos servicios a las labores de prevención del VIH/SIDA”.

A partir de las recientes rondas de propuestas, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM, Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria) ha indicado más explícitamente que los países pueden incluir la salud reproductiva como parte de sus propuestas sobre SIDA, tuberculosis y malaria, siempre que presenten una justificación sobre los efectos de la salud reproductiva (SR) en la disminución de una de las tres enfermedades.¹ Este documento va dirigido a los países y organizaciones, incluidos los mecanismos de coordinación de los países, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y las organizaciones de la sociedad civil, para contribuir a la integración de la salud reproductiva, la planificación familiar y el VIH/SIDA en las propuestas presentadas al Fondo Mundial. Asimismo, el documento adopta el sistema del país para la integración, ya que el Fondo Mundial busca respaldar las propuestas que se basan en los programas nacionales y los fortalecen.

En los últimos años, varios organismos internacionales han exigido vínculos más fuertes entre los programas y servicios de salud reproductiva, planificación familiar y VIH/SIDA, entre ellos, la Organización Mundial de la Salud, UNFPA, ONUSIDA, UNGASS y la Unión Africana.² Muchas organizaciones han presentado guías sobre vínculos e integración, entre ellas, la OMS, UNFPA, IPPF, ONUSIDA y USAID. Varias conferencias y reuniones han tratado el tema de los vínculos y la integración.⁴

La vinculación y la integración de la SR y el VIH/SIDA aumentan el acceso de las personas a una variedad de información y servicios que influyen en los resultados del VIH. Esto es especialmente importante para las mujeres y los jóvenes, ya que las mujeres representan ahora cerca del 60% de las infecciones de VIH en el África subsahariana, y se estima que los jóvenes de 15 a 24 años de edad representan el 45% de las nuevas infeccio-

nes de VIH en todo el mundo.⁵ Asimismo, a pesar de los avances en el tratamiento, por cada persona que comienza un tratamiento antirretroviral, cerca de tres se infectan de VIH.⁶ Para ampliar las actividades de prevención, es crítico llegar a las personas en riesgo de VIH, por medio de todos los puntos de acceso apropiados, entre ellos, los programas de SR.

Basándose en investigaciones, programas y documentos de políticas sobre vínculos e integración, así como en las propuestas satisfactorias de los países que incluyen la integración, este documento busca responder a cuatro preguntas principales:

1. ¿En qué consiste la integración?ⁱ
2. Según el contexto de un país, ¿qué políticas y programas podrían vincularse e integrarse?
3. ¿Cuáles son los obstáculos de implementación para la integración que es necesario conocer cuando se redacta una propuesta?
4. ¿Cómo se puede controlar y evaluar la integración?

El documento proporciona también evidencia de que la integración con la salud reproductiva puede lograr un cambio en los resultados del VIH/SIDA. Esta evidencia es crítica debido al requisito del Fondo Mundial de que el financiamiento para programas integrados depende de su efecto en los resultados de la prevención, la atención y el tratamiento del VIH.

Este documento proporciona referencias y enlaces a muchos otros recursos disponibles sobre varios aspectos de la vinculación y la integración. También ofrece ejemplos de los programas de algunos países y de los componentes de la integración de propuestas satisfactorias de la Ronda 8.

i Nota sobre terminología: aun cuando este documento trata aspectos de la vinculación y la integración de la salud reproductiva y el VIH, en el texto usamos mayormente el término integración ya que el Fondo Mundial lo usa con mayor amplitud para incluir la vinculación también.

capítulo 2

¿En qué consiste la integración?

VINCULACIÓN E INTEGRACIÓN

La vinculación y la integración de la SR y el VIH pueden tener lugar en varios niveles y en grados diversos dentro de un sistema de salud. Además, para poder abordar la vinculación y la integración de la salud reproductiva y el VIH, puede ser necesario prestar atención a otros sectores, además del sector de la salud. Por ejemplo, a fin de ofrecer educación sexual a los adolescentes, pueden ser muy importantes el Ministerio de Educación y los grupos de la sociedad civil que trabajan con los jóvenes fuera de la escuela, así como los servicios de salud dirigidos a los jóvenes. La vinculación implica incluir problemas estructurales que dejan a las personas expuestas, mientras que la integración aborda la reorganización y reorientación de políticas, programas y servicios para garantizar el suministro de un conjunto de intervenciones esenciales, como parte de la escala de atención para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH que también cubra las necesidades de salud reproductiva de las personas (Cuadro 2.1).

COMPONENTES DE LA VINCULACIÓN

La vinculación de las políticas, programas y servicios de SR y VIH/SIDA puede contribuir a abordar problemas estructurales más amplios que afectan la capacidad de las personas para prevenir la transmisión del VIH. Por ejemplo, problemas estructurales muy arraigados como la desigualdad entre hombres y mujeres y la pobreza pueden dar lugar a estigmas y discriminación, violencia contra la mujer, matrimonios a temprana edad e incapacidad para negociar el uso del preservativo, entre otros resultados intermedios que afectan la capacidad de hombres y mujeres de todas las edades para protegerse ellos mismos contra el VIH. Como señaló el Fondo Mundial en 2008: “Las normas dañinas que rigen la conducta de hombres y mujeres, incluidas aquellas que refuerzan la sumisión de la mujer, las relaciones sexuales entre generaciones, las relaciones con varias parejas al mismo tiempo y la violencia contra la mujer, son promo-

Cuadro 2.1

Vinculación e integración

Vinculación: son las sinergias de políticas, programas, servicios y promoción entre la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar y el VIH/SIDA.

Integración: son diversos tipos de servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y VIH/SIDA, o programas operativos que pueden unirse para mejorar los resultados.

Fuente: OMS, UNFPA, ONUSIDA e IPPF, 2008a.

toras clave de la epidemia de VIH/SIDA. La discriminación económica, educativa, legal y política a la que se enfrentan las mujeres y las jóvenes contribuye a su vulnerabilidad”.⁷ Las leyes actuales que penalizan la transmisión del VIH pueden evitar que las mujeres que viven con VIH tengan a sus bebés mediante partos seguros, y que los hombres se sometan a pruebas de detección por temor a los riesgos de responsabilidad delictiva. La violencia contra la mujer o el temor a la violencia pueden evitar la divulgación del estado de VIH.⁸ Abordar estos problemas estructurales y legales, incluidos en la nueva Estrategia del Fondo Mundial para hombres y mujeres, es indispensable para mitigar los efectos del VIH.

COMPONENTES DE LA SALUD REPRODUCTIVA QUE DEBEN INTEGRARSE

El consenso de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo es la base de los llamados a forjar vínculos y promover la integración de la SR y el VIH/SIDA. Reiterado en el Llamado a la acción de Glion, la CIPD reconoce: “los derechos de las mujeres a decidir libremente sobre asuntos relacionados con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia, y la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de manera que las parejas y las personas puedan decidir con libertad, el número, espaciamiento y el momento de la concepción de sus hijos. Para poder garantizar

Como señaló el Fondo Mundial en 2008: “Las normas dañinas que rigen la conducta de hombres y mujeres, incluidas aquellas que refuerzan la sumisión de la mujer, las relaciones sexuales entre generaciones, las relaciones con varias parejas al mismo tiempo y la violencia contra la mujer, son promotoras clave de la epidemia de VIH/SIDA.”

el respeto a estos derechos, las políticas, los programas y las intervenciones deben promover la igualdad entre hombres y mujeres, y dar prioridad a las poblaciones pobres y menos atendidas.”⁹

Para lograr la integración, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, UN Population Fund) enumera tres áreas principales de la SR: servicios de anticonceptivos, servicios de salud materna y servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas VIH/SIDA y otros problemas ginecológicos y urológicos.¹⁰

MÉTODO DEL CICLO DE VIDA PARA LA INTEGRACIÓN

Además de fortalecer el entorno propicio para abordar la vinculación estructural, en las áreas comunes de la SR y el VIH/SIDA, los siguientes servicios e información podrían contribuir enormemente a mitigar los efectos del VIH/SIDA empleando un método de ciclo de vida desde la juventud hasta la edad adulta:

- **Educación para los jóvenes** acerca de la sexualidad y las consecuencias de la reproducción y las enfermedades, que incluya las normas que rigen la conducta de hombres y mujeres y que afectan la capacidad y las relaciones sexuales.
- **Disminución de los embarazos no planificados.**
- **Información precisa** acerca del VIH y una serie de problemas de salud, que incluya las consecuencias de la salud reproductiva.
- **Acceso a los servicios en varios puntos de entrada** que integren el VIH en la SR, y la SR en el VIH.

FORMAS DE INTEGRACIÓN: ADMINISTRATIVA Y DE SERVICIOS

La integración puede tener muchas formas y complementa las actividades para forjar vínculos más amplios entre la SR y el VIH/SIDA a fin de

abordar los problemas estructurales. Conviene pensar en ella como integración administrativa y de servicios. La integración administrativa une los componentes de políticas y programas, y la integración de servicios une los servicios en el punto de contacto con los clientes.¹¹

La determinación clara del tipo y nivel de integración que debe proponerse, y de los problemas relacionados con políticas y programas, es importante para lograr la integración tanto en las propuestas como en la implementación. Los niveles de integración pueden incluir:

- **Vinculación de políticas nacionales:** una política que rija la SR y el VIH/SIDA, o una política especial que guíe la integración y refuerce los vínculos entre SR y VIH/SIDA.
- **Vínculos entre sectores y ministerios:** pautas claras que unan el trabajo de integración de varios sectores (por ejemplo, educación, agricultura, justicia) y el trabajo de los diversos departamentos en los ministerios (por ejemplo, departamentos de salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual [ETS], VIH, etc.)
- **Integración subnacional:** la medida en que la integración administrativa de los programas ocurre a nivel provincial, distrital y local (o el nivel equivalente según el país).
- **Integración de servicios:** la medida en que la prestación de servicios en el punto de servicio necesitaría modificación de las funciones de los trabajadores, asignación de tiempo, requisitos de remisiones, etc. La integración de programas a nivel comunitario, incluida la movilización para SR y VIH, y las actividades para lograr un cambio social y de comportamiento.

En secciones posteriores, se proporcionan más detalles sobre la integración administrativa y de servicios.

capítulo 3

¿Cuál es la evidencia de que la integración influye en los resultados del VIH?

La integración de la SR y el VIH/SIDA aumenta el acceso de las personas a una variedad de información y servicios que influyen en los resultados del VIH. Esto es especialmente importante para las mujeres y los jóvenes, ya que las mujeres representan ahora casi el 60% de las infecciones de VIH en el África subsahariana, y se estima que los jóvenes de 15 a 24 años de edad representan el 45% de las nuevas infecciones de VIH en todo el mundo.¹² Asimismo, a pesar de los avances en el tratamiento, por cada persona que comienza un tratamiento antirretroviral, cerca de tres se infectan de VIH.¹³ Para ampliar las actividades de prevención, es crítico llegar a las personas en riesgo de VIH, por medio de todos los puntos de acceso apropiados, entre ellos, los programas de SR. El Apéndice 1 presenta pruebas contundentes de que la integración puede lograr cambios positivos en los resultados.

LA INTEGRACIÓN CONTRIBUYE A REDUCIR LA MORTALIDAD DEBIDO A VIH Y SIDA

El acceso oportuno a tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) puede prolongar la expectativa de vida y mejorar la calidad de vida de quienes viven con VIH. Para las mujeres embarazadas que viven con VIH, “se sigue subutilizando la intervención más importante que podría reducir la mortalidad materna, las tasas de transmisión de VIH a lactantes y su mortalidad, es decir, el ini-

cio oportuno del tratamiento antirretroviral de por vida. Las limitaciones principales no son ni el costo ni la disponibilidad de los fármacos, sino la disfunción en la prestación de servicios de salud.”¹⁴

- Integrar la atención por VIH en los cuidados prenatales de rutina, en lugar de ofrecerla como un programa aparte, puede salvar la vida de las mujeres. Mediante la capacitación adecuada de los proveedores de servicios de salud materna, la atención prenatal de las mujeres que viven con VIH, y que reciben el diagnóstico durante la atención prenatal, puede acelerar su acceso “a programas que proporcionen cuidados integrales, incluido el tratamiento retroviral de gran actividad...”¹⁵
- Las mujeres con enfermedad avanzada por VIH, definida por una alta carga viral, un conteo bajo de CD4 y SIDA, tienen el mayor riesgo de transmitir el virus durante el embarazo y el parto, y es en este subconjunto de mujeres embarazadas que tienen una enfermedad avanzada por VIH donde el TARGA puede lograr los mayores efectos en la reducción de la transmisión perinatal. Con el tratamiento antirretroviral de combinación, la transmisión perinatal de VIH puede reducirse a menos del 1%.¹⁶

Ejemplo de un país: **Gel acceso de las mujeres de Sudáfrica al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)**

En la Provincia del Cabo Occidental de Sudáfrica, las mujeres embarazadas con conteos positivos de CD4 de 200 células o menos son remitidas de inmediato a establecimientos separados para tratamiento de VIH con el fin de iniciar el TARGA, lo cual contribuye a un bajo índice de transmisión vertical del VIH. Otras opciones incluyen recibir el TARGA por medio de la prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) o de navegadores para pacientes. El acceso tardío a la atención para adultos se relaciona con resultados deficientes (Abrams et al., 2007). Cerca del 9 al 15% de las mujeres embarazadas que viven con VIH tienen conteos de CD4 inferiores a las 200 células por ml y deben recibir TARGA. “A pesar de esta marcada relación y de la oportunidad para mejorar los resultados de la salud materno-infantil, no se registran comúnmente datos sobre estadificación de VIH ni sobre morbilidad de VIH en los expedientes prenatales” (Rollins y Mphatswe, 2008: 182).



La planificación familiar “tiende a ser el secreto mejor guardado en la prevención del VIH”. (Ward Cates, Presidente de Family Health International).¹⁷

Ejemplo: el acceso a la anticoncepción contribuye a prevenir la transmisión de madre a hijo

Un modelo demostró que, para el mismo nivel de gastos, el aumento del uso de los anticonceptivos entre las mujeres que actualmente no los usan y que no desean quedar embarazadas, logrado mediante extensión y servicios de planificación familiar, evitará casi un 30 % más de nacimientos de bebés VIH positivos que los servicios de asesoramiento y prueba aunados a la profilaxis con nevirapina.

Fuente: Wilcher et al., 2008

Ejemplo de un país: planificación familiar en el tratamiento antirretroviral en Uganda

Un estudio reciente en Uganda demostró que, después de la introducción de la planificación familiar, el número de clientes del tratamiento antirretroviral (TAR) se triplicó. Muchos clientes observaron que los servicios de TAR habían mejorado con la introducción de la planificación familiar.

Fuente: Searing et al., 2008

LA INTEGRACIÓN CONTRIBUYE A REDUCIR LOS EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y LA TRANSMISIÓN PERINATAL

Se da mucha atención a la prevención del VIH en el bebé después de que las mujeres embarazadas saben que son VIH positivas, por medio de la promoción de pruebas, asesoramiento y tratamiento de los bebés durante el nacimiento. Estas tentativas han dado lugar a una reducción considerable de la transmisión del VIH de ‘madre a hijo’. Sin embargo, hay otra intervención que podría tener un efecto enorme en la reducción de la transmisión perinatal. Los embarazos no planificados representan del 14 al 58 por ciento de todos los nacimientos en los países donde el problema del VIH es mayor,¹⁸ y algunos estudios sugieren que los porcentajes de embarazos no planificados son mayores entre las mujeres que viven con VIH.¹⁹

- Garantizar que las mujeres tengan los medios para evitar un embarazo no planificado por medio de acceso a anticonceptivos es una intervención eficaz, y poco utilizada, para reducir la transmisión perinatal del VIH.²⁰⁻²¹ De hecho, la disminución de los embarazos no planificados es uno de los cuatro pilares de la estrategia Prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) de la Organización Mundial de la Salud; no obstante, no ha recibido la atención que se da a los demás pilares.²²
- Dado que los porcentajes de pruebas en muchos países son bajos, es crítico ampliar el acceso a la anticoncepción. Las mujeres en edad de procrear representan casi la mitad de las personas infectadas con VIH, y la mayoría desconoce su estado de VIH.²³ Por lo tanto, la anticoncepción para prevenir todos los embarazos no planificados también reducirá los embarazos no planificados en las mujeres infectadas con VIH (que desconocen que son VIH positivas) y puede tener un efecto importante en la reducción de los bebés que nacen VIH positivos y, por ende, en el número de huérfanos debidos al SIDA.²⁴
- El costo de reducir la transmisión perinatal disminuiría con la inclusión de la planificación familiar en los programas de VIH.²⁵⁻²⁶
- Los clientes de los programas de tratamiento de VIH aceptan el acceso a la anticoncepción.²⁷ La mayoría de las mujeres que viven con VIH son sexualmente activas²⁸ y necesitan acceso a anticoncepción y a atención integral de la salud reproductiva. Proporcionar estos servicios tendrá un efecto importante en los resultados del VIH y en la mitigación de los efectos del VIH/SIDA.



LOS SERVICIOS INTEGRADOS PUEDEN CONTRIBUIR A QUE MÁS PERSONAS SE SOMETAN A PRUEBAS DE DETECCIÓN DE VIH

Es necesario ampliar considerablemente el acceso a las pruebas para que más personas conozcan su estado. Para muchas mujeres en todo el mundo, el acceso a los servicios voluntarios de asesoramiento y prueba (SVAP) es por medio de la atención prenatal o en el momento del parto. El acceso a los servicios voluntarios de asesoramiento y prueba por otras vías que no sean los servicios de salud materna aumentará el número de mujeres adolescentes y adultas con acceso a SVAP.²⁹ Asimismo, debido a la necesidad de confidencialidad cuando las mujeres se someten a prueba solas, los SVAP para hombres y parejas pueden promoverse por medio de la integración proporcionando SVAP en distintos lugares (como clínicas para ITS, lugares de trabajo, etc.) con el fin de llegar tanto a los hombres como a las mujeres.

El estudio de un caso de integración en la organización no gubernamental Opciones de salud familiar de Kenia indicó que proporcionar servicios para VIH/SIDA en las clínicas de salud sexual y reproductiva atrae nuevos clientes al incluir servicios voluntarios de asesoramiento y prueba dirigidos a un grupo al que los SVAP no suelen llegar. Un estudio sistemático reciente demostró que la mayoría de los estudios analizados sobre integración de salud reproductiva y VIH indicaba un aumento o mejoramiento en los comportamientos relacionados con VIH, entre ellos, mayor uso de preservativos y mayor aceptación de pruebas de VIH.³⁰ Por ejemplo, al mejorar el acceso a anticonceptivos que no son de barrera entre las parejas que ya usan preservativos para prevenir el VIH, aumentó el uso del método doble en un estudio de parejas en una clínica de SVAP en Lusaka, Zambia.³¹ La integración de la planificación familiar en los SVAP y viceversa es aceptable tanto para proveedores como para clientes, y no parece afectar la calidad del servicio.³²

Ejemplo de un país: FGAE en Etiopía

Un estudio de los expedientes de servicios voluntarios de asesoramiento y prueba en la Asociación de guía familiar de Etiopía (FGAE, Family Guidance Association of Ethiopia) de clientes que asisten a clínicas de salud reproductiva demostró que los clientes cuyos asesores podían proporcionar SVAP y asesoramiento de planificación familiar, o en los lugares donde podían proporcionarse SVAP y planificación familiar en una misma sala, tenían más probabilidades de iniciar las pruebas de VIH que quienes asisten a establecimientos donde los servicios de VIH y planificación familiar se encontraban simplemente en el mismo lugar. La probabilidad de pruebas por iniciativa propia fue cuatro veces mayor para los hombres y más de siete veces mayor para las mujeres en los lugares donde los servicios se proporcionaron en la misma sala o con el mismo proveedor, en comparación con los servicios proporcionados en el mismo lugar. Los establecimientos con mayores y nuevas cargas de planificación familiar elevan la probabilidad de que las mujeres que acuden como clientes reciban SVCT por propia iniciativa. En el estudio, las mujeres casadas de mayor edad tuvieron una prevalencia de VIH sorprendente del 34%. Este es un grupo al que no suelen dirigirse los SVAP y, sin embargo, tiene una amplia necesidad no cubierta de atención y servicios de VIH. Aun cuando la política del gobierno de Etiopía apoya la integración de los servicios de VIH y salud reproductiva, dichos servicios siguen siendo predominantemente verticales en lo que se refiere a administración y financiamiento de programas, y a prestación de servicios.

Fuente: Bradley et al., 2008





Ejemplo de un país: **el aumento del uso de anticonceptivos entre las mujeres VIH positivas por medio de SVAP**

Un estudio reciente de las mujeres en Malawi acerca de los servicios voluntarios de asesoramiento y prueba reveló que, después de recibir los resultados positivos de las pruebas de VIH, el uso de anticonceptivos aumentó del 38% antes de los SVAP al 52% una semana después. A las mujeres VIH positivas que no estaban embarazadas se les proporcionó atención para VIH y acceso a servicios de planificación familiar. Durante un año de seguimiento, se preguntó a las mujeres en las visitas: “¿Desearía tener otro hijo o preferiría ya no tener más hijos?”. Al saber de su estado de VIH positivas, era menos probable que desearan un futuro embarazo, y la incidencia de embarazos fue menor entre las que no deseaban tener más hijos. Estas mujeres VIH positivas estaban usando planificación familiar para evitar embarazos no planificados..

Fuente: Hoffman et al., 2008..

LOS SERVICIOS INTEGRADOS PUEDEN AMPLIAR EL ALCANCE DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS A MÁS GRUPOS DE RIESGO

El alcance a los jóvenes se logra mejor mediante programas integrados. Los jóvenes tienden a estar más motivados a usar el preservativo para prevenir embarazos no planificados que para evitar el VIH; por lo tanto, los programas dirigidos a ambos fines pueden aumentar el uso del preservativo.^{33 34} El uso del preservativo, sea motivado por la prevención del embarazo o del VIH, reducirá tanto los embarazos no planificados como la transmisión y el contagio del VIH..

Las mujeres que acuden por primera vez a los servicios de salud, sea por planificación familiar, salud materna, violencia sexual o servicios voluntarios de asesoramiento y prueba, necesitan servicios integrados para poder cubrir sus diversas necesidades. Un estudio de integración de planificación familiar y VIH/SIDA demostró que las mujeres que reciben servicios VCT en Etiopía, Kenia, Ruanda, Sudáfrica y Uganda eran jóvenes con conocimiento limitado sobre planificación familiar. Si éste es su primer punto de entrada al sistema de salud, estas jóvenes necesitan información precisa sobre las opciones de anticonceptivos. Por más de diez años, ha habido pruebas de que en los países con servicios competentes de salud sexual y reproductiva dirigidos a los jóvenes, las incidencias de embarazos, abortos e infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes son con-

stantemente mucho más bajas que en los países que no cuentan con estos servicios.³⁵

Los adolescentes huérfanos y los menores vulnerables tienen una necesidad especial de acceso a servicios de salud reproductiva. Un estudio en Sudáfrica mostró que era considerablemente más probable que los huérfanos y las huérfanas adolescentes entre 14 y 18 años de edad fueran sexualmente activos, y a edades más jóvenes, que los jóvenes no huérfanos.³⁶ Un estudio en Zimbabue también demostró que las mujeres huérfanas entre los 15 y 18 años de edad tenían mayor incidencia de infección de VIH que las no huérfanas de su misma edad.³⁷

Los programas de Atención comunitaria en el hogar también pueden incorporar servicios integrados para hacerlos llegar a clientes, familiares y proveedores. Un estudio en Kenia reveló que un porcentaje importante de clientes y de personas responsables de los cuidados en los programas de atención en el hogar para VIH/SIDA tenía necesidades no cubiertas de planificación familiar, y algunos deseaban tener más hijos. Casi la mitad de ambos grupos tuvieron relaciones sexuales en los seis meses anteriores.³⁸

Llegar a las mujeres que necesitan cuidados por aborto o posteriores al aborto puede también ampliar el alcance de los programas y servicios a más grupos en riesgo. En Tanzania, un estudio

Los adolescentes huérfanos y los menores vulnerables tienen una necesidad especial de acceso a servicios de salud reproductiva.

de 706 mujeres que tuvieron acceso a cuidados posteriores al aborto recibieron asesoramiento acerca de anticoncepción, VIH e ITS, y más de la mitad convino en recibir servicios voluntarios de asesoramiento y prueba.³⁹

que cubran sus necesidades. Un estudio reciente indicó que 40 de 230 mujeres VIH positivas en Namibia habían sido esterilizadas contra su voluntad y sin su consentimiento en servicios de salud del gobierno, a pesar de las pautas emitidas por el

Ejemplo de un país: función clave de las OSC en los resultados del VIH y la salud sexual y reproductiva

En India, un proyecto realizado por la asociación HIV/AIDS Alliance logró resultados notables. El proyecto consistía en crear mayor consciencia sobre la salud reproductiva y el VIH, e incluía anticoncepción, embarazo y tratamiento antirretroviral; enseñanza de las técnicas para la negociación del uso del preservativo; conocimiento de las leyes y los derechos; fortalecimiento del liderazgo y las técnicas de negociación de las mujeres; un directorio de recursos de todos los servicios para VIH, servicios voluntarios de asesoramiento y prueba, servicios para el embarazo y otros servicios de salud reproductiva; y extensión por medio de compañeros instructores y promotores de servicios. Aun cuando la encuesta de 2,284 mujeres en cinco lugares de India tenía un punto de referencia del 86% de mujeres que sabían que hay métodos para evitar el VIH, después de un año de la intervención, el porcentaje aumentó al 96%. En el punto de referencia, el 54% de las mujeres afirmó que se justifica que las mujeres se nieguen a tener relaciones sexuales con sus esposos si éstos tienen una infección de transmisión sexual. Después de un año del proyecto, el 74% estuvo de acuerdo en que las mujeres pueden negarse a las relaciones sexuales en estas circunstancias. Asimismo, después de un año del programa, el 71% de las mujeres afirmaron que ellas deciden junto con sus esposos sus necesidades de anticonceptivos.

Fuente: International HIV/AIDS Alliance en India, 2007.



Debido a que, en todo el mundo, gran parte de las pruebas de VIH para mujeres se realiza durante el embarazo, es necesario vincular los servicios de salud materna con los servicios de VIH de manera que las mujeres que resulten VIH positivas puedan recibir seguimiento posparto de atención y tratamiento de VIH.⁴⁰

Los estudios demostraron que en algunos países, las mujeres que viven con VIH no reciben ninguna información acerca de la interacción entre los anticonceptivos y sus medicamentos antirretrovirales.⁴¹ En algunos países, las mujeres que ya saben de su estado serológico VIH positivo y acuden a recibir servicios de salud materna son muy estigmatizadas.⁴² Las mujeres que viven con VIH necesitan recibir servicios de salud reproductiva

Ministerio de Salud de garantizar la protección de los derechos humanos de las personas que viven con VIH. Las mujeres VIH positivas en Namibia hicieron notar que el temor a las esterilizaciones por la fuerza o por intimidación les impide buscar servicios de salud.⁴³ Además, “el uso generalizado y continuo de dosis únicas de nevirapina, a pesar de la recomendación de la OMS de emplear tratamientos de combinación más eficaces que no pongan en peligro potencial los resultados futuros de los tratamientos de las mujeres.”⁴⁴

Asimismo, las poblaciones clave que tienen mayor riesgo de contraer VIH, como los trabajadores del sexo, no suelen acudir a los servicios de salud reproductiva del gobierno, a pesar de que tienen gran necesidad de ellos. Un estudio de 2008 de

522 trabajadoras del sexo en cuatro estados de India indicó que las trabajadoras del sexo deseaban acceso a SVAP, servicios de salud materna, ITS, aborto, planificación familiar, y salud sexual y reproductiva en los principales establecimientos, pero que el comportamiento estigmatizador de los proveedores las disuadía de buscar dichos servicios.⁴⁵ Los trabajadores del sexo suelen pagar más por servicios que deberían ofrecerse gratuitamente en establecimientos del gobierno.⁴⁶ La ubicación de 1,545 trabajadores del sexo, jóvenes y personas que viven con VIH demostró que es necesario establecer pautas operativas sobre salud sexual y reproductiva, y que tanto los proveedores como las personas que viven con VIH tenían conocimientos insuficientes sobre los problemas de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con VIH. Estas personas desean acceso a servicios de planificación familiar e ITS en centros de tratamiento antirretroviral (TAR).⁴⁷ La extensión comunitaria de los grupos de la sociedad civil que proporcionan información y servicios relacionados con la salud reproductiva amplía el alcance de los programas y servicios a

quienes más los necesitan. Un estudio reciente reveló que, aunque la prevalencia del VIH es la más alta en poblaciones clave, como los trabajadores del sexo, la Evaluación en 2006 de 360 participantes del Fondo Mundial demostró que cubrir las necesidades de las poblaciones vulnerables y marginadas sigue siendo uno de los problemas más grandes del Fondo Mundial.⁴⁸ La falta de conocimiento entre los proveedores de atención médica acerca de las necesidades específicas de salud sexual de los trabajadores del sexo significa que la atención que reciben dichos trabajadores es con frecuencia inapropiada y fragmentada.⁴⁹

LOS SERVICIOS INTEGRADOS PUEDEN REDUCIR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN, Y AUMENTAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y EL USO DE LOS MISMOS.

La integración de servicios de VIH en los servicios de salud reproductiva y planificación familiar puede proporcionar a las mujeres una forma menos estigmatizada de acceso a los servicios de VIH

Ejemplo de un país: República Dominicana



La Clínica Evangelina Rodríguez de la ONG Profamilia en Santo Domingo, República Dominicana, proporciona una variedad de servicios, entre ellos, planificación familiar, SVAP, ecocardiogramas, profilaxis posterior a la exposición (PPE) y tratamiento y atención de VIH. Las personas en la sala de espera pueden encontrarse ahí debido a problemas de salud distintos, no sólo para recibir servicios de VIH. En un país donde el VIH sigue siendo sumamente estigmatizado, los pacientes infectados con VIH aprecian la oportunidad de recibir planificación familiar de alta calidad y servicios de VIH sin tener que divulgar su estado serológico a alguna persona que conozcan en la sala de espera. Además, se ponen en práctica las precauciones universales, y el personal cuenta con todo el equipo necesario. La capacitación para combatir el estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH es obligatoria y continua, y se han documentado casos de despidos de personal que ha discriminado a pacientes que viven con VIH. El tratamiento y la atención de los pacientes con VIH se integraron en los servicios de salud reproductiva, lo que dio lugar a conteos de CD4 mayores a los seis meses en 32 de 35 pacientes, y a tratamiento antirretroviral de gran actividad para 72 mujeres embarazadas que viven con VIH.

Fuente: Mir et al., 2006; Mir et al., 2008.

que acudir a un centro dedicado de servicios voluntarios de asesoramiento y prueba, o a un centro dedicado de apoyo y atención de VIH. Numerosas entrevistas a quienes viven con VIH revelan que cuando los servicios de VIH se encuentran en un establecimiento aparte, se sabe entonces que las personas que entran y salen del establecimiento son VIH positivas, y estas personas informan luego ser objeto de estigma y discriminación.⁵¹ Un estudio de 2008 de 522 trabajadoras del sexo en cuatro estados de India indicó que las trabajadoras del sexo deseaban acceso a SVAP, servicios de salud materna, ITS, aborto, planificación familiar, y salud sexual y reproductiva en los principales establecimientos, pero que el comportamiento estigmatizador de los proveedores las disuadía de buscar dichos servicios.⁵¹ De manera similar, proporcionar a hombres y mujeres acceso a salud reproductiva en establecimientos dedicados a VIH/SIDA puede disminuir el estigma y la discriminación que podrían afrontar cuando dan a conocer su estado al personal de salud reproductiva. Al mismo tiempo, es necesaria la capacitación de los proveedores de salud reproductiva, tanto por los conocimientos adicionales adecuados como por su contribución a disminuir el estigma y la discriminación en la prestación de servicios de SR para las personas que viven con VIH.

ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES REDUCE EL RIESGO DEL VIH.

Abordar los factores que aumentan la vulnerabilidad, lo cual se considera un problema de vinculación, es parte de una estrategia mundial para mejorar la salud reproductiva y los resultados del VIH. La violencia es un factor de riesgo para el VIH.⁵² Las relaciones sexuales por la fuerza con una persona infectada de VIH aumentan el riesgo de contraer el VIH. Las mujeres con compañeros violentos tienen menos probabilidades de negociar el uso del preservativo. El Fondo Mundial

apoya específicamente las propuestas que previenen o mitigan la violencia sexual, entre ellas, la promoción del cambio de las leyes y la aplicación de éstas.

Los estudios en todo el mundo han demostrado altos índices de violencia y violaciones,⁵³ y no es insólita la violencia durante el embarazo.⁵⁴ Si se inicia la profilaxis posterior a la exposición (PPE) 72 horas después de una violación, puede reducirse la probabilidad de que la mujer contraiga el VIH. Las mujeres que son víctimas de una violación necesitan saber sobre la PPE, la anticoncepción de emergencia y, en donde sea legal, el aborto. Un estudio en Sudáfrica mostró que la integración de pruebas de embarazo, anticoncepción de emergencia, tratamiento de ITS, SVAP y PPE en un hospital de un distrito rural dio lugar a aumentar la probabilidad de que los pacientes terminaran el tratamiento completo de 28 días y mejoró los servicios para todos los aspectos de la salud reproductiva. Hubo una disminución de 28 horas a 18 horas entre la agresión y la recepción de la primera dosis de PPE, con un aumento en el uso de los servicios.⁵⁵ La disponibilidad de PPE y de proveedores capacitados suelen ser factores decisivos para las mujeres cuando buscan servicios después de una violación.⁵⁶

La educación sexual que incluye la inaceptabilidad de la violencia contra las mujeres, como el programa de estudios de la African Youth Alliance (AYA) que adoptó Ghana en su propuesta satisfactoria sobre SIDA de la Ronda 8, puede abordar las normas que rigen la conducta de hombres y mujeres y que sancionan la violencia. Una evaluación del amplio programa de la AYA mostró un importante efecto positivo de esta alianza sobre algunas variables, entre ellas, el uso del preservativo y los anticonceptivos, y la disminución del número de parejas.⁵⁷

Cada vez es más clara la función que cumplen las normas que rigen la conducta de hombres y mujeres en la promoción de la violencia contra las mujeres y en la propagación de la pandemia de SIDA.⁵⁸ “Existe evidencia creciente de que el riesgo de VIH, de ITS y de violencia para los hombres y las mujeres jóvenes está vinculado con la socialización temprana que promueve ciertas funciones de cada sexo como normas. Estas normas incluyen respaldar que los hombres tengan varias compañeras o que mantengan el control del comportamiento de ellas.”⁵⁹ Los participantes en un estudio en Botsuana que poseían tres o más creencias discriminatorias acerca de hombres y mujeres, tuvieron 2.7 veces más probabilidades de mantener relaciones sexuales sin protección el año anterior con una pareja que no era la principal, que quienes poseían menos creencias discriminatorias.⁶⁰ Abordar las normas que rigen la conducta de hombres y mujeres y que afectan las relaciones sexuales está demostrando resultados sólidos en todo el mundo, en particular los programas de compañeros dirigidos a varones jóvenes.⁶¹

NOTA SOBRE EL VIH Y LAS ITS

Aun cuando el aumento de la prevalencia de las ITS tiene una correlación clara con el riesgo mayor de contraer el VIH⁶² y el tratamiento de las ITS es importante para la salud reproductiva, todavía se desconoce el efecto del tratamiento de las ITS en los resultados del VIH. Actualmente, se lleva a cabo más investigación.⁶³

capítulo 4

Según el contexto de un país,
¿qué políticas y programas
podrían vincularse e integrarse?

“No existe un método único para la vinculación de la planificación familiar y el VIH y la integración de los servicios.” (Grupo técnico de trabajo para la integración de la PF y el VIH, 2008).

El proceso de toma de decisiones sobre integración y el tipo de integración que se va a proponer dependerá de la epidemiología del VIH y de otros indicadores de salud reproductiva del país. Puede haber niveles distintos de integración apropiados para los diversos establecimientos de atención médica, según los recursos y la capacidad disponibles, y la organización de las instalaciones.

El Fondo Mundial está ampliando el apoyo a la integración de la salud reproductiva y el VIH/SIDA. Al mismo tiempo, ha organizado una estrategia para hombres y mujeres relacionada con la vinculación al alentar a los países a reforzar la atención que se da en sus programas a las desigualdades entre sexos.⁶⁴ Por medio de dicha estrategia, el Fondo Mundial brinda apoyo a los “programas que aseguran acceso equitativo e igualitario a prevención, tratamiento, atención y apoyo para las poblaciones más vulnerables, incluidas las mujeres jóvenes y adultas...”⁶⁵ Tanto la integración de los programas de SR y VIH/SIDA, como la atención a la vinculación estructural están estrechamente relacionadas con la estrategia para hombres y mujeres. Por ejemplo, esta estrategia exige abordar los problemas estructurales que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y las jóvenes..., entre ellas, las desigualdades socio-culturales, legales, políticas y económicas y la discriminación.”⁶⁶

TIPOS DE VINCULACIÓN E INTEGRACIÓN: SR→VIH Y VIH→SR

La integración puede ser bidireccional con la SR integrada con el VIH/SIDA y el VIH/SIDA integrado con la SR. En los últimos años, se han establecido varios marcos y pautas pertinentes que constituyen referencias útiles cuando se organizan programas integrados y se promueve la vinculación. Estos marcos y pautas se muestran en el Cuadro 3.2. Aun cuando se ha definido un nivel mínimo de integración o de vínculos entre la PF y el VIH/SIDA (ver Figura 4.1), esto no se ha realizado todavía para otras áreas de la salud reproductiva, como la educación sexual y el sumi-

Cuadro 4.1.

Pautas relacionadas con la integración

En términos de integración de la salud reproductiva y el VIH, las pautas del Fondo Mundial para la Ronda 9 indican apoyo a:

- “Actividades para disminuir la vulnerabilidad de las jóvenes y las mujeres a las tres enfermedades, por ejemplo,... prevención y mitigación de la violencia sexual, y promoción del cambio de las leyes y la aplicación de éstas”; e
- “Intervenciones relacionadas con las interacciones entre las tres enfermedades, que incluyen proporcionar acceso a los servicios de prevención por medio de servicios de salud integrados, en especial para las mujeres y las adolescentes mediante atención de la salud reproductiva.”

Fuente: Fondo Mundial, 2008c, Ronda 9, Anexo 3: 61

nistro de información y servicios, aunque existen sugerencias sobre lo que podría integrarse, por ejemplo, en las *Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. (Pautas para integrar la SSR en las propuestas coordinadas por el país del componente de VIH/SIDA para presentarlas al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria).

La integración puede ser vital en algunos lugares; sin embargo, es posible que no todas las propuestas de los países sean apropiadas para la integración. No se aconseja la integración si la descentralización da lugar a la competencia con otras prioridades. La integración de la salud reproductiva con otros servicios que son fundamentalmente débiles puede debilitar todos los servicios.⁶⁷ Además, la integración de los servicios de

Cuadro 4.2

Marcos y pautas principales para la integración y la vinculación

El documento *Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS: A Framework for Priority Linkages* (Salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA: un marco para los vínculos prioritarios), preparado por la OMS, el UNFPA, ONUSIDA y la IPPF en 2005, “propone una serie de políticas clave y acciones de programas para fortalecer los vínculos entre los programas de SSR y de VIH/SIDA”. El marco resalta cuatro áreas prioritarias en la intersección de la SSR y el VIH/SIDA, es decir: conocer el estado de VIH; promover las relaciones sexuales seguras; optimizar la conexión entre los servicios de VIH/SIDA y los de ITS; e integrar el VIH/SIDA con la salud materno-infantil. Este marco incluye una revisión sistemática de evidencia, un instrumento de evaluación y estudios de casos de los países.

En 2007, un consorcio compiló *Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (Pautas para integrar la SSR en las propuestas coordinadas por el país del componente de VIH/SIDA para presentarlas al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria). Estas pautas enumeran las posibilidades de integración de la SSR y el VIH/SIDA por medio de SVAP, prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) y tratamiento antirretroviral (TAR), programas dirigidos a los adolescentes, programas para las poblaciones vulnerables (consumidores de drogas intravenosas, trabajadores del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas que viven con VIH), programas para abordar la violencia contra las mujeres y estrategias para fortalecer los sistemas de salud y comunitarios. Para cada uno de estos componentes, las pau-

tas subrayan la necesidad de intensificar las actividades que logran buenos resultados relacionados con capacitación, servicios, suministros, promoción, generación de capacidad, control y evaluación. Las pautas se actualizaron para las Rondas 8 y 9 a principios de 2008.

En 2007, el Acquire Project, financiado por USAID, publicó un marco para integrar los servicios de planificación familiar y el tratamiento de VIH/SIDA, titulado *Family-Planning Integrated HIV Services: A Framework for Integrating Family Planning and Antiretroviral Therapy Services* (Servicios de VIH integrados con la planificación familiar: un marco para integrar la planificación familiar y los servicios de tratamiento antirretroviral). El marco proporciona una lista de posibles servicios de planificación familiar que pueden integrarse en cinco niveles de servicios de VIH.

Un grupo de trabajo para la integración de la PF y el VIH, formado por varios organismos y respaldado principalmente por USAID, está preparando el documento *Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between Family Planning and HIV/AIDS Policies, Programs and Services* (Consideraciones estratégicas para el fortalecimiento de vínculos entre la planificación familiar y las políticas, programas y servicios de VIH/SIDA) (Grupo técnico de trabajo para la integración de la PF y el VIH, 2008). Este documento describe los beneficios y obstáculos de los distintos tipos de integración, proporciona ejemplos de integración de los servicios de PF en los de VIH, y viceversa. La evidencia de los programas en todo el mundo sugiere que la integración de la PF y el VIH debe incluir al menos un nivel mínimo de servicios.

Figura 4.1**Nivel mínimo de integración de la SSR, y la PF con el VIH/SIDA****PF → VIH****Exámenes para embarazo no planificado****Asesoramiento sobre:**

- ▶ Protección doble y uso del preservativo

Ofrecer remisiones para:

- ▶ Clientes en riesgo de embarazo no planificado, remitir a servicios de planificación familiar.
- ▶ Clientes que desean el embarazo, remitir a servicios de PF para obtener información sobre el momento y espaciamiento seguros para el embarazo.
- ▶ Clientes VIH positivas que desean el embarazo, remitir a servicios de PTMH para obtener asesoramiento sobre el embarazo seguro y para reducir la transmisión de madre a hijo.

VIH → PF**Asesoramiento sobre:**

- ▶ Transmisión de VIH e ITS, y prevención y pruebas
- ▶ Opciones para embarazo y anticoncepción para clientes VIH positivas
- ▶ Protección doble y promoción del uso del preservativo
- ▶ Información sobre el momento y espaciamiento seguros del embarazo Exámenes para el riesgo de VIH e ITS

Ofrecer remisiones para:

- ▶ SVAP para clientes en riesgo de VIH
- ▶ Atención y tratamiento para clientes VIH positivos
- ▶ Importancia de la PTMH para las clientes que desean el embarazo
- ▶ Control de síndromes para los clientes de quienes se sospecha que padecen otra ITS

Fuente: Adaptado de Wilcher y Askew, 2008.

VIH en un programa de salud reproductiva puede no ser apropiada a nivel nacional si la epidemia está concentrada o es de nivel bajo. En este caso, tal vez la mayoría de los clientes de SR no estén en riesgo de contraer el VIH ni tengan necesidad de servicios relacionados con el VIH y, por lo tanto, la programación dirigida al VIH tendría un efecto mayor.⁶⁸ No obstante, es crítico para poblaciones clave, como los trabajadores del sexo, tener acceso a servicios integrales de salud reproductiva. Es poco probable que los trabajadores del sexo y otras poblaciones clave accedan a servicios de salud proporcionados por el gobierno debido al estigma y la discriminación que afrontan.⁶⁹ El Fondo Mundial “promoverá y financiará... actividades que... estén dirigidas a las mujeres que afrontan problemas de acceso a los servicios de salud... como las trabajadoras del sexo.”⁷⁰

CONOCIMIENTO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA Y DEL CONTEXTO DE LA SALUD REPRODUCTIVA DEL PAÍS

Las propuestas de VIH para el Fondo Mundial necesitan estar basadas en un conocimiento claro de la epidemiología del VIH en el país, lo que

ONUSIDA ha denominado *Know Your Epidemic* (Conozca su epidemia).⁷¹ Para las propuestas que incluyen la integración con la SR, también será importante conocer el contexto de la salud reproductiva del país, incluidas las políticas, los programas y los datos sobre rendimiento y resultados.

El Fondo Mundial exige que los países proporcionen algunos de estos datos epidemiológicos. Para planificar la integración de la SR y el VIH/SIDA, será importante contar con mayor variedad de datos para conocer el contexto de la salud reproductiva:

- ¿Cuál es la tasa total de fecundidad? Es decir, ¿cuántos hijos tienen las mujeres?
- ¿Cuál es la prevalencia de los anticonceptivos?
- ¿Cuál es el porcentaje de la necesidad no cubierta de planificación familiar?
- ¿Qué porcentaje de los embarazos no son planificados?
- ¿Qué porcentaje de embarazos en mujeres VIH positivas no son planificados?

Tanto la integración de los programas de SR y VIH/SIDA, como la atención a la vinculación estructural están estrechamente relacionadas con la estrategia para hombres y mujeres.

- ¿Qué porcentaje de mujeres ha sufrido violencia por parte de sus parejas íntimas?
- ¿Qué porcentaje de las mujeres embarazadas recibe atención prenatal?
- ¿Qué porcentaje de nacimientos son atendidos en establecimientos médicos?
- ¿Qué poblaciones clave están en riesgo de contraer VIH? ¿Cuál es la prevalencia del VIH y los porcentajes de incidencia entre las poblaciones clave? ¿Cuáles son los principales promotores de la epidemia de VIH en poblaciones específicas?
- La mediana de la edad en la primera relación sexual, el matrimonio y el primer embarazo.
- Las infecciones de transmisión sexual.ⁱⁱ

Además, al considerar la vinculación y la integración de programas, será importante abordar la disponibilidad de los servicios de SR:

- ¿Tienen los adolescentes acceso a educación, conocimientos y métodos integrales sobre sexualidad basados en habilidades para reducir el riesgo de contraer VIH y los embarazos no planificados? Y, si son VIH positivos, ¿cuentan con servicios que cubran sus necesidades?
- ¿Tienen las mujeres que viven con VIH acceso a anticoncepción? ¿Tienen las mujeres que viven con VIH acceso a información precisa sobre sus opciones de anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y acceso a atención para un aborto seguro o atención posterior al aborto? ¿Tienen las mujeres con estado serológico desconocido acceso a anticoncepción? ¿Se proporciona a las mujeres información y servicios que promueven el uso del método doble (preservativos y anticonceptivos)?
- ¿Tienen las mujeres acceso a atención prenatal? ¿Reciben atención especializada durante el parto? ¿Reciben planificación familiar posterior al parto? ¿Proporcionan

estos servicios pruebas y asesoramiento voluntarios? ¿Cuentan con servicios para la prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH)? ¿Existe acceso de las mujeres al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)?

- ¿Tienen las poblaciones clave, como los trabajadores del sexo y las mujeres marginadas, acceso a SVAP, anticoncepción, información sobre prevención de transmisión perinatal y acceso a TARGA?
- ¿Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres cuentan con acceso a control y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, SVAP, preservativos y TARGA?
- ¿Qué proporción de mortalidad materna se debe a abortos inseguros? ¿Abandonan las mujeres los servicios de aborto o la atención posterior al aborto habiendo tenido asesoramiento de planificación familiar y remisiones o prestación de SVAP con vínculos al tratamiento y la atención de VIH?
- ¿Cómo se hacen llegar los servicios y la prevención de VIH y salud reproductiva a los hombres? ¿Cómo se hacen llegar a las parejas?

Algunas buenas fuentes de datos sobre salud reproductiva relacionada con ambos sexos son:

- La Oficina Nacional de Estadística del país
- El proyecto Measure Demographic and Health Surveys por país:
- Encuesta principal por país: <http://www.measuredhs.com/countries/>
- Módulo de disponibilidad de servicios: Evaluaciones sobre la prestación de servicios: <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/spa.cfm>
- Módulo sobre violencia doméstica: http://www.measuredhs.com/topics/gender/archives/dv_publications.cfm

ii Aún se llevan a cabo investigaciones para evaluar cuáles ITS y tratamientos de las ITS podrían afectar la transmisión y el contagio del VIH; sin embargo, es importante incluir las ITS como parte de la salud reproductiva integral.

Ejemplo ilustrativo de un país: **alta prevalencia de VIH, fecundidad mediana**

Este país tiene un porcentaje de prevalencia de VIH del 15 al 30%. Las parejas simultáneas, en particular de los hombres pero también de las mujeres, dentro y fuera del matrimonio son comunes y ampliamente aceptadas e incluidas en las campañas del SIDA patrocinadas por el gobierno. Se ha implementado el tratamiento, pero existe poca distribución de preservativos, estigma contra las mujeres que viven con VIH y se embarazan, y ningún servicio voluntario, privado y confidencial de asesoramiento y pruebas para los jóvenes menores de 21 años. El acceso a la anticoncepción es insuficiente, y un poco más de la mitad (55%) de las mujeres usa algún método de anticoncepción. Las mujeres en este país tienen un promedio de tres hijos en su vida. Para un país con estas características, la integración podría incluir lo siguiente:

- Proporcionar educación integral sobre sexualidad y habilidades de vida con clínicas escolares en el lugar o clínicas cercanas para jóvenes en las que haya sesiones de grupo sobre educación sexual integral que incluyan la abstinencia y la disminución del número de parejas; formación entre compañeros; opciones de anticonceptivos; SVAP; y distribución de preservativos a hombres y mujeres.
- Proporcionar opciones voluntarias de anticonceptivos y promoción del método doble con preservativos para hombres o mujeres en los centros de SVAP; hacer llegar las opciones a las mujeres antes de que se embaracen, para disminuir los embarazos no planificados por medio de atención prenatal y programas para la prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) y programas para el tratamiento y la atención de VIH.
- Ampliar el acceso a la planificación familiar y, en las clínicas de planificación familiar y en los centros para jóvenes, proporcionar SVAP y opciones de anticonceptivos

vinculados al tratamiento y la atención de VIH para quienes resulten VIH positivos en las pruebas.

- Aumentar la disponibilidad de preservativos y anticonceptivos orales por medio de la promoción y distribución comunitaria.
- Proporcionar a las mujeres que viven con VIH y no desean embarazarse asesoramiento sobre la interacción entre las diversas opciones de anticonceptivos y tratamientos antirretrovirales, y asesoramiento sin crítica sobre la actividad sexual.
- Proporcionar a las mujeres que viven con VIH y desean embarazarse información sobre las maneras más seguras de reducir la transmisión perinatal.
- Garantizar que los proveedores reciban capacitación continua sobre VIH, salud reproductiva y planificación familiar, que incluya las opciones de anticonceptivos para las mujeres VIH positivas y asesoramiento sin crítica sobre la actividad sexual.
- Proporcionar estrategias de comunicación para cambio de comportamiento con el fin de aumentar el conocimiento sobre los riesgos de tener varias parejas simultáneas y sobre cómo reducirlos por medio del uso del preservativo, los SVAP, y de la disminución del número de parejas.
- Abordar las políticas sobre la edad para recibir SVAP de manera confidencial y sin consentimiento de los padres.

* "Los programas de prevención deben estar dirigidos a reducir el número de parejas sexuales, sean o no simultáneas, y a comunicar el probable riesgo adicional de tener parejas simultáneas, incluidas las que son a largo plazo y socialmente aceptadas. En los países del África subsahariana donde la prevalencia del VIH es sumamente alta, la probabilidad de que una pareja sexual esté infectada de VIH es alrededor de una en cuatro o seis, lo que hace muy arriesgado tener relaciones sexuales sin protección con cualquier persona de quien se desconozca su estado de VIH". (ONUSIDA, 2008: 45; Cassels et al, 2008 cita en ONUSIDA, 2008:119).

Ejemplo ilustrativo de un país: **baja prevalencia de VIH, fecundidad alta**

Este país tiene una prevalencia de VIH de menos del 2%, y la transmisión ocurre mayormente por medio de relaciones heterosexuales. Sin embargo, la prevalencia no es uniforme y en algunas zonas es del 20%. Las mujeres tienen un promedio de cinco hijos, lo cual es dos hijos más de lo que ellas informan que desearían tener. Menos de una de cada cinco mujeres usa anticoncepción, y existe una necesidad no cubierta de planificación familiar del 35%. Los datos no evalúan el número ideal de hijos que los hombres desearían tener. El aborto, legalizado recientemente, sigue siendo inseguro y totalmente desligado de atención posterior al aborto que incluya acceso a anticoncepción. Se estima que un tercio de la mortalidad materna se debe a abortos inseguros, y el aborto representa más de la mitad de las admisiones de ginecología.

Sólo una de cada tres mujeres que recibe servicios relacionados con el aborto sale del establecimiento con un método anticonceptivo. Además, a pesar de que existe una prevalencia de VIH más alta en los sitios con atención prenatal (un estudio reveló porcentajes superiores al 10% en las zonas urbanas con atención prenatal y del 3% en las zonas rurales), se lleva a cabo poca planificación familiar en los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) para reducir el número de embarazos no planificados y, por tanto, la transmisión perinatal. La baja condición jurídica y social de las mujeres intensifica el efecto del VIH/SIDA. Cerca de tres cuartos de las mujeres han sufrido alguna forma de violencia sexual, y casi un quinto indicó que su primera experiencia de relación sexual fue a la fuerza. En este contexto, la integración podría incluir:

- Ampliar el acceso a la anticoncepción para reducir el embarazo no planificado. Proporcionar opciones voluntarias de anticonceptivos y promoción del método doble con preservativos para hombres o mujeres en los centros de SVAP, por medio de programas para PTMH, atención prenatal y programas para el tratamiento y la atención de VIH.
- Ampliar el acceso a la planificación familiar y, en las clínicas de planificación familiar y en los centros para jóvenes, proporcionar SVAP, y opciones de anticonceptivos vinculados al tratamiento y la atención de VIH para quienes resulten VIH positivos en las pruebas.
- Para todos los servicios relacionados con el aborto, proporcionar asesoramiento sobre anticonceptivos, métodos dobles, profilaxis posterior a la exposición en casos de violación y remisión a SVAP. Crear servicios para abortos seguros, por medio de capacitación previa al servicio y durante el mismo, equipo óptimo y asesoramiento.
- Proporcionar PPE y anticoncepción de emergencia en casos de violación.
- Abordar la condición jurídica y social de las mujeres mediante reformas legislativas y comunicación para el cambio de comportamiento con el fin de hacer inaceptable la violencia contra las mujeres.
- Organizar actividades de movilización comunitaria y aprendizaje interactivo para jóvenes de ambos sexos y para hombres y mujeres, a fin de fomentar la igualdad entre los sexos.

Ejemplo ilustrativo de un país: **cobertura de las necesidades de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los trabajadores del sexo**

Este país tiene dos poblaciones con comportamientos que las coloca en un riesgo mayor de contraer VIH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que no tienen mujeres como pareja y que no son trabajadores del sexo pero que no usan el preservativo constantemente, y trabajadoras del sexo mayormente. El aborto es ilegal pero sí se ofrece atención posterior al aborto. Las trabajadoras del sexo desean tener acceso a SVAP, servicios de salud materna, ITS, atención posterior al aborto, planificación familiar y salud sexual y reproductiva en los principales establecimientos, pero el comportamiento estigmatizador de los proveedores las disuade de buscar dichos servicios. En este contexto, la integración podría incluir::

- La sociedad civil y las organizaciones comunitarias pueden llegar a los trabajadores del sexo y a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por medio de formación entre compañeros sobre salud reproductiva y VIH, con información sobre servicios no estigmatizadores.
- Clínicas móviles en el lugar en los hoteles frecuentados por los trabajadores del sexo; servicios integrales voluntarios de salud sexual y reproductiva para los trabajadores del sexo, que incluyan planificación familiar, exámenes voluntarios para la detección de ITS, remisiones a servicios legales en casos de violación y violencia, servicios en casos de violación y violencia que incluyan profilaxis posterior a la exposición, información y vinculación a servicios para PTMH, incluso para los trabajadores del sexo que viven con VIH. Al crear servicios en el lugar que cubran las necesidades de los trabajadores del sexo, estas personas podrán tener acceso a servicios donde sean bien recibidas sin sentirse estigmatizadas.
- En los servicios de atención posterior al aborto, en los casos de mujeres con embarazos no planificados, ofrecer SVAP conjuntos para las mujeres y sus parejas, SVAP sólo para las mujeres, opciones de anticonceptivos y vinculación con el tratamiento y la atención de VIH para quienes obtengan resultados VIH positivos en las pruebas.
- Para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, ofrecer acceso a servicios para ITS, asesoramiento sobre preservativos y programas para sensibilizar a la comunidad con el fin de reducir el estigma y la discriminación.
- Estudios correspondientes del país (por ejemplo, investigación de operaciones y programas, y evaluaciones de programas)
- Estudios del país sobre políticas, leyes y derechos
- Identifying What Works: Evidence on HIV and AIDS Interventions for Women and Girls (Identificación de lo que da resultado: evidencia de las intervenciones de VIH y SIDA dirigidas a mujeres jóvenes y adultas). Nueva York: Open Society Institute. (Disponible próximamente en www.osi.org).
- Estudio de la OMS de varios países sobre la salud y la violencia doméstica contra las mujeres. Hojas informativas del país: http://www.who.int/gender/violence/who_multi-country_study/fact_sheets/en/index.html
- El proyecto Women Stats Project, <http://www.womanstats.org>, con información sobre violencia doméstica, agresión sexual y violación
- Información generada por la participación de las comunidades y las poblaciones clave en la evaluación.

Ejemplo ilustrativo de un país: **abordar la violencia contra las mujeres**

En este país, una encuesta basada en la población reveló que el 50% de las mujeres en la capital del país habían sido víctimas de violencia, con informes frecuentes de violación en el matrimonio, aun cuando esto no se considera un delito. Las mujeres de parejas serodiscordantes que necesitan acceso a profilaxis posterior a la exposición o abortos debido a violación en el matrimonio no califican para recibir PPE ni servicios legales para aborto debido a que la violación en el matrimonio no “existe” en el marco legal. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) del país proporcionan atención integral a las víctimas de una violación, incluida profilaxis para ITS y VIH, PPE, anticoncepción de emergencia, asesoramiento y servicios médicos forenses. Mayormente, se carece de servicios fuera de la ciudad capital. La mayoría de las mujeres consideran la violencia una parte normal de la vida. Con frecuencia, no comunican su estado serológico VIH positivo a sus parejas por temor a la violencia. El aborto es ilícito excepto en casos de violación, pero no se ofrecen servicios para abortos legales seguros. Las mujeres no tienen acceso a servicios para ITS. Además, un estudio de 2006 reveló altos índices de violencia contra las mujeres en los programas de PTMH, en especial entre las mujeres con resultados positivos en las pruebas de VIH.*

Este país podría considerar un programa que incluya:

- Realizar una campaña pública para que la violencia sea inaceptable en todas las circunstancias, así como para aumentar la consciencia de que no existen las relaciones sexuales consensuales para ninguna persona menor a la edad de consentimiento.
- Implementar un foro de políticas para cambiar las leyes y permitir que las víctimas de una violación en el matrimonio tengan acceso a PPE.

- Proporcionar en todo el país servicios en casos de violación, que incluyan la PPE.
- Proporcionar SVAP, vinculación a los servicios de VIH, pruebas y tratamiento para la detección de ITS por medio de la atención prenatal, PTMH y planificación familiar para que los servicios sean menos estigmatizantes para las mujeres.
- Organizar programas de extensión para hombres y mujeres, destinados a reducir la aceptabilidad de la violencia por medio de información sobre los riesgos para la salud de ambos sexos debidos a la violencia y al VIH.
- Vincular los programas de PTMH con los servicios para las víctimas de una violación.
- Establecer opciones económicas para permitir que las mujeres que son víctimas de la violencia abandonen a sus parejas.
- Capacitar al sector judicial y a la policía, así como a los proveedores de salud con campañas públicas para que las mujeres tengan mayor conocimiento de sus derechos legales en caso de violación y aumentar la probabilidad de que busquen ayuda en esos casos.
- Movilizar a la comunidad para mejorar la comunicación y las habilidades de relación entre las parejas con el fin de reducir la violencia.
- Asesorar a las parejas con el permiso de la mujer primero para disminuir el estigma de los resultados positivos a la prueba del VIH.

*Basado en el estudio de Crichton et al., 2008.

Ejemplo de un país: : **integración del VIH y la salud reproductiva en Kenia; de la política a la práctica**



A fines de la década de los 90, el gobierno y la sociedad civil de Kenia obtuvieron datos epidemiológicos que indicaron que muchas mujeres en edad reproductiva vivían con VIH, eran víctimas de la violencia contra la mujer, tenían un gran número de embarazos no deseados y tasas muy altas de atención prenatal. Con frecuencia, las mujeres con VIH deseaban información sobre el mejor momento y la forma más segura de lograr un embarazo a término y tener un bebé sano que fuera VIH negativo. A nivel nacional, existían políticas separadas para planificación familiar, salud materna y VIH. No obstante, un número considerable de mujeres embarazadas vivían con VIH y, entre éstas, muchas deseaban información y servicios de anticonceptivos para cubrir sus necesidades. El cambio de las políticas nacionales era esencial para implementar programas integrados que influyeran en los resultados del VIH.

Kenia creó una Comisión, compuesta por funcionarios del Ministerio de Salud a cargo de planificación familiar, VIH, salud materna y violencia contra las mujeres, para que se reuniera periódicamente y formulara una política integrada. Las organizaciones de la sociedad civil, en particular los grupos de mujeres con experiencia en estos temas, formaron parte también del trabajo de la Comisión. Se asignó un presupuesto reducido al trabajo de la Comisión para cubrir los gastos de viaje destinados a la participación de los grupos de la sociedad civil. En dos años, se estableció una nueva política: "Estrategia para la integración de la planificación familiar y los servicios y asesoramiento voluntarios de VIH". La política modificada disponía un marco para VIH, salud materna, violencia contra las mujeres, planificación familiar y otras necesidades de la salud reproductiva. El gobierno de Kenia emitió normas y pautas modificadas (Ayisi et al., 2008). La Tabla 1 muestra los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y VIH/SIDA que se han integrado.

Tabla 1. Modelo de Kenia para la integración del VIH y la salud reproductiva: ¿Qué se está integrando?

SERVICIOS DE VIH/SIDA			SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		
SVAP	+	PF, TAR, CCC, ITS, preservativos	PF	+	VCT, ART, BCC, STI, condoms
PTMH	+	PF, TAR, CCC, ITS, preservativos	APN	+	PMTCT, ART, BCC, FP, STI, TB screening, condoms
TAR	+	CCC, ITS, PF, preservativos	Parto	+	STI, PMTCT...
CCC	+	PF, ITS, SVAP, preservativos	Atención posparto	+	VCT, ART, BCC, FP, STI, condoms
Note: SSVAP – servicios voluntarios de asesoramiento y prueba PTMH – prevención de la transmisión de madre a hijo TAR – tratamiento antirretroviral CCC – comunicación para el cambio de comportamiento PF – planificación familiar APN – atención prenatal APA – atención posterior al aborto ITS – infección de transmisión sexual.			Aborto y APA	+	VCT, ART, BCC, FP, STI, condoms
			Atención posterior a una violación	+	VCT, CT/PEP, ART, BCC, EC, condoms
			ITS	+	Condoms
			Detección de cáncer de cuello de útero	+	VCT, BCC, FP, condoms

Fuente: Ayisi et al., 2008.

Ejemplo de un país: **integración del VIH y la salud reproductiva en Kenia; de la política a la práctica** (continuación)

Un estudio de integración en Kenia en 2007 mostró que se han logrado avances, y ofreció varios pasos a seguir relacionados con las barreras operativas que existen para la integración. Estas recomendaciones son una guía útil para otros países que estén planificando la integración:

- Formular una política nacional clara, estrategias y pautas operativas, de servicio y de supervisión que apoyen las tentativas de integración.
- Fortalecer el Grupo técnico de trabajo entre organismos (ITWG, Interagency Technical Working Group), concediéndole más autoridad y un presupuesto para supervisar el proceso de integración.
- Fortalecer el Organismo de Kenia de suministros médicos (KEMSA, Kenyan Medical Supplies Agency) para que ofrezca apoyo logístico eficaz y seguridad de los productos.
- Aumentar el número de proveedores de servicios y sensibilizar y generar la capacidad del personal nuevo y existente, los directores de alto nivel y los participantes.
- Renovar y organizar las estructuras actuales de servicios de salud.
- Llevar a cabo campañas de educación pública para informar a los miembros de la comunidad de los servicios integrados disponibles.

Fuente: Okundi et al., 2008.

A continuación, se muestran ejemplos ilustrativos de países con prevalencias de VIH y tasas de fecundidad diversas. Estos estudios de casos se basan en mezclas de experiencias reales de países. En ellos, no se proporcionan los nombres de los países ya que ningún caso ilustrativo de país representa a un solo país. Las referencias usadas en la preparación de los estudios de casos de países se incluyen en la sección de referencias.

CONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS NACIONALES Y LA ESTRUCTURA DEL PROGRAMA PARA VIH Y SALUD REPRODUCTIVA DEL PAÍS

El Fondo Mundial apoya las propuestas que: “Se basan en los programas regionales y nacionales existentes, y los complementan y coordinan en apoyo a las políticas, prioridades y asociaciones nacionales”⁷³

Por lo general, existen políticas y programas separados para VIH/SIDA, planificación familiar y salud materna. Un análisis de 2004 del contenido de planificación familiar en las políticas de 16

países en vías de desarrollo sobre VIH, SVAP, y PTMH indicó que sólo la mitad incluía al menos alguna mención de la planificación familiar en sus políticas nacionales de VIH/SIDA.⁷⁴

Los ejemplos de países muestran la manera en que las estructuras verticales de los programas pueden impedir la integración y lo que los países pueden hacer para promover la integración que necesitan:

Algunos países están realizando acciones para promover la integración de las estructuras aplicables de los programas. Aun cuando la política sobre VIH del gobierno de Etiopía apoya la integración de los servicios de VIH y salud reproductiva, dichos servicios siguen siendo predominantemente verticales en lo que se refiere a administración y financiamiento de programas y prestación de servicios.⁷⁵ En la propuesta satisfactoria de la Ronda 7, el gobierno de Etiopía propuso: “Acelerar la integración de los servicios de PTMH con la atención de la salud materno-infantil y los servicios de planificación familiar”, y capacitar a más de 2,000 miembros del personal que

Ejemplo de un país: **GHESKIO en Haití**



Desde 1985 a 2000, el Grupo haitiano de estudio del sarcoma de Kaposi y las infecciones oportunistas (GHESKIO, Group Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes), una OSC con un centro de SVAP en Haití, aumentó la integración de servicios de salud adicionales. El número de personas nuevas que buscaban SVAP aumentó de 142 en 1985 a 8,175 en 1999, un aumento de 62 veces el número inicial. De los adultos nuevos que buscaban SVAP en 1999, GHESKIO proporcionó atención por SIDA al 17%, tratamiento para TB al 6%, control de ITS al 18% y un 19% se convirtió en nuevos usuarios de algún método anticonceptivo. De los 6,709 adultos que acudieron para recibir SVAP en 1999, el 36% se benefició con al menos una visita de servicio. De los 2,013 adultos que obtuvieron resultados positivos en la prueba de VIH, el 56% se benefició con al menos una visita de servicio y el 21% remitió a la pareja sexual para SVAP. Se detectaron 110 personas VIH negativas que eran parejas sexuales de personas VIH positivas y, de las 110, 85 personas regresaron para repetir las pruebas de VIH después de una mediana de 18 meses, y no hubo conversión serológica en ninguna de las 85. La prevalencia del VIH en los pacientes atendidos por GHESKIO fue del 30%, o seis veces el porcentaje de prevalencia en la población general de adultos en Haití.

En 1989, se añadió la detección, el diagnóstico y tratamiento de la TB; en 1991, el control de ITS; en 1993, los servicios de planificación familiar y el apoyo nutricional a las familias afectadas por VIH. En 1999, GHESKIO añadió los servicios para las mujeres VIH positivas embarazadas y sus bebés, incluida la zidovu-

dina y la fórmula para lactantes. Desde 1999, GHESKIO ha proporcionado anticoncepción de emergencia y profilaxis antirretroviral posterior a la exposición con tres fármacos a mujeres víctimas de violación y a trabajadores de la atención médica después de una exposición accidental al VIH. En su primera visita a GHESKIO, las personas reciben asistencia para organizar una estrategia personalizada de reducción del riesgo de VIH. A los pacientes que informan de antecedentes de tos por más de tres semanas se les proporciona exámenes de detección de TB en el lugar el mismo día, incluidos exámenes clínicos y análisis de muestras de expectoración. Los pacientes con síntomas de ITS reciben tratamiento basado en algoritmos. Todos los pacientes se someten a pruebas para detección de sífilis. Se realizan pruebas de embarazo con resultados el mismo día. Se proporcionan preservativos. Se recomienda a todos los pacientes recibir planificación familiar. Los pacientes con resultado negativo en la prueba de VIH reciben asesoramiento en grupos de cinco después de la prueba. Todos los pacientes VIH positivos reciben asesoramiento individual, se les recomienda que remitan a sus parejas sexuales y se les ofrece atención integral de VIH, incluido tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para todos los pacientes adultos, PTMH, acceso a largo plazo al TARGA cuando las mujeres dan a luz, tratamiento de infecciones oportunistas, atención en el hogar, capacitación a las personas que prestan cuidados en la familia y apoyo nutricional. La disponibilidad de otros servicios de salud reproductiva puede alentar el acceso de las personas a los SVAP, a pesar de la fuerte estigmatización que aún hoy afrontan las personas con diagnóstico de VIH en Haití. El estudio de un caso realizado en 2007 sobre la vinculación e integración en GHESKIO concluyó: el estigma y la discriminación son obstáculos para

Ejemplo de un país: **GHEKIO en Haití** (continuación)

la integración y exigen atención constante; proporcionar servicios bajo un solo techo aumenta la aceptación de los servicios de asesoramiento y prueba; las sesiones de asesoramiento para los clientes que buscan someterse a prueba son oportunidades excelentes para ofrecer asesoramiento más amplio sobre salud reproductiva; la

vinculación de los servicios amplía el alcance de la atención de SR a hombres, jóvenes y personas que viven con VIH; y contar con personal capacitado en VIH/SIDA y SR da flexibilidad a la organización de los servicios.

Fuentes: Peck et al., 2003; OMS et al., 2008a

trabajan en la salud materno-infantil en la PTMH dirigida a todas las mujeres en edad reproductiva, las mujeres embarazadas y sus parejas y familias. Se planifica que los trabajadores promotores de enfermería lleguen a las mujeres embarazadas que viven en zonas rurales; sin embargo, no se incluyó en la propuesta una asignación para planificación familiar.

En enero de 2008, Nigeria formuló una política para guiar la integración de los servicios de SR y de VIH/SIDA. Al preparar la política, el Ministerio Federal de Salud indicó que la necesidad no cubierta de anticoncepción era del 17%, y la prevalen-

cia serológica del VIH, del 4.4%. La prevalencia de los métodos anticonceptivos eficaces y modernos era del 8%. Sólo el 33% de las mujeres embarazadas recibía atención especializada durante el parto. La justificación de la integración proporcionada por el Ministerio es que: "Las mujeres que buscan servicios relacionados con el VIH... suelen ser sexualmente activas y fecundas, mientras que una proporción importante de las personas que buscan servicios de SR está expuesta al riesgo de contraer VIH o ya está infectada."⁷⁶ El gobierno reconoce que "actualmente, los servicios de prevención, asesoramiento, planificación familiar y demás servicios de la salud sexual y re-

Ejemplo de un país: **FHOK en Kenia**

La principal ONG de Kenia que proporciona planificación familiar, Opciones de salud familiar de Kenia (FHOK, Family Health Options Kenya), ha trabajado en la integración de los servicios desde 1999. Como parte del proyecto Modelos de atención, iniciado por la empresa de cooperación GTZ e implementado por la International Planned Parenthood Federation (IPPF), FHOK es precursora de los tratamientos antirretrovirales en establecimientos de salud reproductiva y planificación familiar. FHOK también ha buscado ampliar su base de clientes dirigiéndose a los hombres, jóvenes y adultos, y estableciendo asociaciones con otras ONG y organizaciones de apoyo comunitario. El estudio de un caso en 2007 indicó que los servicios de VIH y SR pueden vincularse e integrarse, y que es posible proporcionar tratamiento antirretroviral en un establecimiento de SR. El estudio de un caso ofreció varias recomendaciones que también son de utilidad a otros países y organizaciones de la sociedad civil que estén considerando la integración, entre ellas: la necesidad de financiamiento flexible de donantes; la necesidad de llegar a los hombres y considerar sus necesidades; que la mejor forma de promover la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes y de crear conciencia del VIH es ofrecer información y servicios como parte de un programa más amplio que incluya las necesidades sociales; y que al proporcionar espacio para que los grupos comunitarios se reúnan, o una base para sus actividades, las clínicas pueden fortalecer los vínculos con la población de sus clientes para beneficio mutuo..

Fuente: OMS, 2008b.

Ejemplo ilustrativo de un país: **el mecanismo de fortalecimiento de los sistemas de salud para la integración**

Este país tiene altas tasas de mortalidad materna y muchas mujeres entre las edades de 15 y 35 años viven con VIH. Las mujeres acuden para recibir atención prenatal, pero suelen dar a luz en casa debido a la mala calidad de la atención en los hospitales de salud materna. A pesar de la norma cultural de que las mujeres estén acompañadas de otras mujeres durante el parto, la mujer no debe estar acompañada en el hospital. Los pabellones de maternidad están sucios y no cuentan con alimentos, agua ni sábanas suficientes. Aun cuando las mujeres que obtienen resultados positivos en las pruebas de VIH se enteran de su estado durante la atención prenatal, y desean hacer todo lo posible para dar a luz a un bebé VIH negativo, no acuden al hospital para el parto.

El país califica esta situación como un punto débil y propone mejorar los pabellones de salud materna en los hospitales para lograr influir en la aceptación de la prevención de la transmisión de madre a hijo. Sin embargo, contar con pabellones separados para la PTMH aumentaría el estigma y la discriminación contra las mujeres embarazadas que viven con VIH. Por lo tanto, se mejoran los pabellones de maternidad de los principales hospitales, lo que da lugar no solo a un aumento de la aceptación de las intervenciones de PTMH, sino también al fortalecimiento del sistema de salud materna de este país para todas las mujeres embarazadas. De hecho, un estudio reciente de Costa de Marfil mostró que la implementación de un programa de PTMH en cinco establecimientos urbanos de salud mejoró en general la calidad de la atención prenatal y durante el parto (Delvaux et al., 2008).

Ejemplo de un país: **el fortalecimiento de los sistemas de salud y la integración en Camboya**

En la Ronda 5, Camboya sostuvo que los logros en materia de VIH han implicado una fragmentación mayor del sistema, indicando que Camboya se encuentra gravemente desviada del logro de los Objetivos de desarrollo del milenio 5 para salud materna. Camboya propuso la integración de los programas del Fondo Mundial con la planificación y adquisiciones del sector salud, además de los sistemas de distribución, con actividades que incluyan el fortalecimiento del pronóstico de fármacos, y de los sistemas de compra, almacenamiento y distribución (OMS, 2007b: 30).

Fuente: OMS, 2007b: 30.

productiva no se ofrecen de forma rutinaria como parte de los SVAP ni de los servicios para tratamiento de VIH", y que "habitualmente, se hace caso omiso de los derechos de las personas VIH positivas de tomar decisiones informadas sobre fecundidad". La meta de la política de 2008 es "aumentar el acceso a servicios de calidad de SR y VIH a fin de disminuir las oportunidades perdidas."⁷⁷ Los indicadores propuestos incluyen aumentar cada año la prevalencia de anticoncepti-

vos en un 2%; reducir cada cinco años un 25% la prevalencia del VIH en los adultos; reducir para el año 2010 la proporción de mortalidad materna a 125 por cada 100,000 recién nacidos vivos; y aumentar el número de establecimientos que ofrecen servicios integrados de SR y VIH.⁷⁸ Además, el Ministerio de Salud de Nigeria propone llevar a cabo capacitación sobre integración de la SR y el VIH durante el servicio y previa al servicio.



CONOCIMIENTO DE LO QUE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL PUEDEN HACER Y ESTÁN HACIENDO PARA LA INTEGRACIÓN

Por lo general, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) han sido las primeras en los países en integrar los servicios de SR y VIH/SIDA, y en contar con flexibilidad en la programación, en comparación con los programas del gobierno. Las OSC suelen tener alcance más limitado que los servicios de salud del gobierno. Los países deben considerar el fortalecimiento de las OSC y la colaboración del gobierno para proporcionar servicios integrados. Las OSC pueden proporcionar servicios, abordar las causas de la vulnerabilidad al VIH/SIDA (por ejemplo, realizar movilización y educación comunitarias sobre la inaceptabilidad de la violencia), facilitar la respuesta de la comunidad a la epidemia, educar a las comunidades acerca de su derecho a servicios de calidad para la atención de la salud y mejorar los resultados por medio del apoyo continuo de los usuarios. Estos son dos ejemplos de casos de cómo las OSC integraron los servicios de SR y VIH/SIDA.

Las organizaciones de la sociedad civil pueden desempeñar una función esencial en la prestación de servicios integrados fuera de establecimientos de salud. Las OSC suelen estar mejor situadas para llegar a las poblaciones clave marginadas. Por ejemplo, el programa que ha dado mejores resultados para reducir la prevalencia del VIH entre los trabajadores del sexo lo han llevado a cabo las organizaciones de trabajadores del sexo, movilizándolo a los compañeros instructores, combatiendo el estigma, aumentando las oportunidades educativas y empleando otras intervenciones no clínicas.⁷⁹ Aun cuando es importante que los programas de reducción del estigma sean llevados a cabo por proveedores de atención médica, también funcionan en las intervenciones comunitarias que suelen ser dirigidas por OSC.

LA INTEGRACIÓN COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Siguiendo el mecanismo de fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS), el Fondo Mundial apoya los programas que incluyen las tres enfermedades de manera que contribuyan al FSS.⁸⁰ De acuerdo con la OMS, la meta del FSS es abordar los “obstáculos de los sistemas de salud de forma que se alcancen resultados de salud específicos, se logren efectos en todo el sistema y se vean beneficiados otros programas.”⁸¹ De acuerdo con la hoja informativa de 2008: “El Fondo Mundial reconoce la importancia de apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud públicos, privados y comunitarios en los que las deficiencias y los puntos débiles limitan el logro de resultados mejorados en la reducción del problema del VIH, la tuberculosis y la malaria”.

El fortalecimiento de los servicios de salud incluye: intervenciones de salud eficaces, seguras y de buena calidad para quienes las necesitan, donde y cuando las necesitan, con un mínimo de derroche de recursos; personal de salud suficiente, con buen desempeño y bien distribuido, y con los mejores resultados de salud posibles; acceso equitativo a los productos de la medicina y las tecnologías médicas científicamente fundamentadas y económicas; financiamiento de la salud para garantizar que las personas puedan usar los servicios necesarios; liderazgo y dirección; y buen funcionamiento del sistema de información sobre la salud (OMS, 2007). El FSS es importante para la integración porque exige atención a la organización del sistema de salud y a la consideración de las barreras de políticas y programas a la prestación de servicios conjuntos de SR y VIH/SIDA o, como mínimo, por medio de remisiones. Los problemas de políticas relacionados con la integración y la vinculación descritos en esta guía, entre ellos, la integración de las iniciativas de suministros y los sistemas logísticos, se aplican a las actividades de FSS.

El fortalecimiento de la respuesta comunitaria dentro del fortalecimiento de los sistemas de salud contribuye a la capacidad del país para responder al VIH/SIDA, aumenta los recursos humanos dedicados al VIH/SIDA e integra la respuesta comunitaria en el sistema de salud en general.

LA IMPORTANCIA DE LOS PRODUCTOS DE CONSUMO

Los programas de SR y VIH/SIDA dependen de los productos de consumo para la prevención, entre ellos, preservativos y anticonceptivos. Como parte de sus propuestas integradas, los países pueden solicitar dinero al Fondo Mundial para adquirir suministros destinados a la salud reproductiva, incluidos anticonceptivos orales, inyectables, DIU y preservativos; sin embargo, no muchos países lo están haciendo. Un análisis realizado en 2007 mostró que, aun cuando 47 países han adquirido preservativos masculinos con dinero del Fondo Mundial, sólo un número reducido de países ha hecho la mayor parte de las adquisiciones. En realidad, Tanzania (28%), Namibia (25%) y la República Democrática del Congo (9%) representan en conjunto el 62% del total. Dos países, Namibia (64%) y Yibuti (27%), representan más del 90% de los preservativos femeninos comprados con dinero del Fondo Mundial.⁸²

En 2008, Ruanda se convirtió en el primer país en financiar la compra de anticonceptivos por medio de su subvención del Fondo Mundial. “En un paso importante para la seguridad de los anticonceptivos y la prevención del VIH en Ruanda, los participantes locales del Fondo Mundial decidieron financiar anticonceptivos mediante un compromiso de tres años con valor de más de US\$2.4 millones de los fondos de la Ronda 7. El financiamiento del Fondo Mundial se ha empleado en el pasado para costear preservativos en varios países, pero se considera que Ruanda es el primer país en financiar preservativos como parte de sus tentativas para combatir el VIH/SIDA.”⁸³ Los países pueden subrayar la necesidad de ad-

quirir suministros para la salud reproductiva tanto en sus propuestas de VIH como en las de fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS).

El Fondo Mundial ha concedido subvenciones para el fortalecimiento de los sistemas de salud a los países que incluyeron a las organizaciones de SR en los mecanismos de coordinación del país y como beneficiarias. Por ejemplo, la propuesta mundial concedida a Azerbaiyán incluyó a la Oficina Nacional para Salud Reproductiva y Planificación Familiar como miembro de los mecanismos de coordinación del país, así como al grupo de la sociedad civil, Instituto de la Sociedad Abierta de Azerbaiyán, que proporciona servicios integrales de salud sexual y reproductiva, servicios de VIH y reducción de daños para las mujeres que consumen drogas intravenosas. Aun cuando es útil incluir organizaciones de la sociedad civil con experiencia en salud reproductiva en los mecanismos de coordinación del país, es necesario pero no suficiente para elaborar una propuesta integrada y lograr que las OSC dedicadas a la salud reproductiva sean las beneficiarias principales o secundarias de las subvenciones del Fondo Mundial. El aspecto crítico es la integración que se propone.

Para obtener más información sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud, consulte *Fact-sheet: The Global Fund's Approach to Health Systems Strengthening* (Hoja informativa: el mecanismo del Fondo Mundial para el fortalecimiento de los sistemas de salud) del Fondo Mundial. Otros recursos incluyen:

- OMS. 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. (Interés de todos: el fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los resultados de sanidad; marco de acción de la OMS). Ginebra, Suiza.

Los grupos comunitarios pueden ser muy valiosos para los mecanismos de coordinación del país debido a su experiencia en el diseño de programas integrados de SR y VIH, con un amplio alcance a los beneficiarios de los programas.

- OMS. 2007. *The Global Fund Strategic Approach to Health Systems Strengthening; Report from WHO to the Global Fund Secretariat*. (El mecanismo estratégico del Fondo Mundial para el fortalecimiento de los sistemas de salud: informe de la OMS a la Secretaría del Fondo Mundial). Ginebra, Suiza.
- Organización Physicians for Human Rights. 2009. *Toolkit for Using Round 9 of the Global Fund for Health Systems Strengthening*. (Instrumentos para usar la Ronda 9 del Fondo Mundial para el fortalecimiento de los sistemas de salud).

LA INTEGRACIÓN COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS COMUNITARIOS

Los países también pueden abordar la integración por medio de los mecanismos de fortalecimiento de los sistemas comunitarios (FSC) respaldados por el Fondo Mundial. El FSC consiste en iniciativas destinadas a ampliar el apoyo a las organizaciones comunitarias con el fin de aumentar el acceso a los programas. En este contexto, las organizaciones comunitarias que proporcionan servicios integrados de SR y VIH podrían ser las beneficiarias de este apoyo. Además de la prestación de servicios, el Fondo Mundial reconoce la importante función que desempeñan las organizaciones comunitarias en la promoción y la movilización, apoyando con ello la vinculación y la integración de la SR y el VIH.

El Fondo Mundial estipula que parte de los fondos para el fortalecimiento de los sistemas de salud debe dirigirse al fortalecimiento de la comunidad, y que todas las propuestas de la Ronda 8 deben incluir dicho fortalecimiento. Los grupos comunitarios pueden ser muy valiosos para los mecanismos de coordinación del país debido a su experiencia en el diseño de programas integrados de SR y VIH, con un amplio alcance a los beneficiarios de los programas. Con frecuencia, las organizaciones de la sociedad civil pueden ser

los mecanismos más eficaces para llegar a las poblaciones clave más vulnerables a la epidemia de SIDA de un país, pero es posible que necesiten generar capacidad para lograr ampliarse. También puede ser eficaz el fortalecimiento de las comunidades para abogar por políticas, leyes y recursos financieros dedicados a la integración de la SR y el VIH.

Para obtener más información sobre el fortalecimiento de los sistemas comunitarios, consulte *Factsheet: The Global Fund's Approach to Community Systems Strengthening* (Hoja informativa: el mecanismo del Fondo Mundial para el fortalecimiento de los sistemas comunitarios) del Fondo Mundial, y una serie de estudios de casos titulada *Civil Society Success on the Ground. Community Systems Strengthening and Dual-Track Financing: Nine Illustrative Case Studies* (Logros de la sociedad civil en el lugar. Fortalecimiento de los sistemas comunitarios y financiamiento en dos vías: nueve estudios de casos ilustrativos).

RECURSOS PARA EVALUAR EL CONTEXTO Y LA FACTIBILIDAD DE LA INTEGRACIÓN DE LA SR Y LA PF CON EL VIH/SIDA

Se han preparado dos recursos para ayudar a los países y las organizaciones a evaluar las políticas y los programas relacionados con SR y VIH/SIDA, y la factibilidad de vinculación e integración.

- IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW y Young Positives. 2008. *Rapid Assessment Tool for Sexual & Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide* NY: UNFPA.
- Population Council. N.D. *Assessing Integration Methodology* (Evaluación de la metodología de integración). Washington, DC: Frontiers, Population Council.

capítulo 5

¿Qué se necesita para una integración satisfactoria?

El principal obstáculo para lograr la integración es el conocimiento del entorno de políticas y programas y el diseño de estrategias de integración que sean factibles dentro de la estructura de políticas y programas, o la inclusión de estrategias para cambiar políticas, estructuras de programas y pautas operativas, según sea necesario, para adaptar los programas y servicios integrados. La experiencia en todo el mundo sugiere que los obstáculos para la integración se encuentran en diversas áreas operativas, entre ellas, políticas, capacitación, productos básicos y logística, supervisión y sensibilización del personal, cambios de tareas y de cargas de trabajo a los proveedores, material destinado a la comunicación para el cambio de comportamiento e información, educación y comunicación, espacio, remisiones, programas comunitarios, sistemas de información sobre salud y mantenimiento de registros, y control y evaluación.⁸⁵

Cada organización y cada país son únicos; sin embargo, ciertos problemas comunes para la implementación y el sostenimiento de la integración más allá de los proyectos piloto incluyen la necesidad de:

- **Pautas de políticas** que cubran la integración y mejoren la coordinación, logren que los participantes y las personas a quienes se destinan colaboren en el diseño de políticas y programas; es decir, los ministerios, organismos u organizaciones que tienen la autoridad y la responsabilidad de diseñar pautas, y los participantes que necesitan estar involucrados.
- **Asignación de recursos** para la integración; es decir, los ministerios, organismos u organizaciones que asignan los recursos y la manera en que los recursos se distribuyen en el sistema de salud o la organización.
- **Diseño de la prestación de servicios.** Determinar la forma y el lugar donde se proporcionarán servicios integrados (por ejemplo, en clínicas, centros comunitarios, etc.), y los ministerios, organismos u organizaciones que tienen la autoridad y la responsabilidad de aprobar el diseño.
- **Diseño de programas de información.** Determinar la manera y el lugar en que se proporcionará información integrada y educación, y los ministerios, organismos u organizaciones que tienen la autoridad y la responsabilidad de aprobar el plan (por ejemplo, el Ministerio de Educación para la educación sexual en las escuelas) y de elaborar los materiales.
- **Productos básicos y logística.** El fortalecimiento de los sistemas de productos que incluya la variedad de productos para la salud reproductiva, entre ellos, preservativos y otros anticonceptivos orales, inyectables, DIU, etc., de manera que los programas puedan enfatizar la protección doble mediante el uso de preservativos, y el uso del método doble que incluye el acceso a preservativos y otro tipo de anticoncepción.
- **Recursos humanos.**
 - Considerar **cuáles proveedores pueden prestar cuáles servicios integrados y dónde**, y considerar el cambio de tareas para contratar instructores entre compañeros, personas que viven con VIH y otros.
 - Diseñar e implementar **capacitación** para la integración; es decir, lo que incluye la capacitación actual para proveedores acerca de SR y VIH/SIDA, y los ministerios, organismos u organizaciones responsables de la reforma del plan de estudios para servicios previos

y en el momento, y para crear un mínimo de capacitación necesaria para los proveedores de servicios de SR y VIH.

- Creación de sistemas de **supervisión de apoyo** para que los proveedores reciban refuerzo para la integración y ayuda para la implementación.
- Aumentar la capacidad de los sistemas de **remisiones**; es decir, qué mecanismos de remisión existen y cómo pueden fortalecerse las remisiones, así como determinar los ministerios, organismos u organizaciones responsables de aprobar e implementar sistemas modificados de remisiones.
- **Control y evaluación.**
 - Modificar los datos epidemiológicos recopilados para que indiquen las necesidades de integración (los ministerios, organismos u organizaciones que tienen la autoridad y la responsabilidad de los datos epidemiológicos).
 - Modificar los archivos y registros de clientes, y los sistemas de control y evaluación (los ministerios, organismos u organizaciones que tienen la autoridad y la responsabilidad de los sistemas de control y evaluación).

En el Apéndice 3, se incluyen recursos sobre problemas de implementación práctica relacionados con la integración. Dos ejemplos de estos recursos, ambos centrados en problemas operativos, incluyen:

- Grupo de trabajo para la integración de la PF y el VIH. 2008. *Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between*

Family Planning and HIV/AIDS Policies, Programs, and Services. A Tool for Planning and Implementation. (Consideraciones estratégicas para el fortalecimiento de los vínculos entre políticas, programas y servicios de PF y VIH/SIDA. Un recurso para la planificación y la implementación). PROYECTO.

Este documento se enfoca a la planificación familiar; sin embargo, la guía se aplica a todos los demás aspectos de la salud reproductiva.

- Mitchell, M., S. Mayhew y I. Haivas. 2004. *Integration Revisited* (Integración modificada). Documento de antecedentes del informe *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (Opciones públicas, decisiones privadas: la salud sexual y reproductiva, y los Objetivos de desarrollo del milenio). NY: Proyecto del Milenio de la ONU.

Este documento, escrito para el Proyecto del Milenio, resalta los problemas de la integración que necesitan tomarse en cuenta en el diseño y la implementación de políticas y programas que logren introducir y sostener la integración de la SR y el VIH/SIDA.

Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para la Ronda 8: **Madagascar**

¿Por qué se propone la integración?

El Plan de acción de Madagascar 2007-2012 exige atención inmediata, colaboración entre los ministerios y recursos dedicados con el fin de contar con asesoramiento sobre anticonceptivos y planificación, y garantizar que la prevalencia del VIH/SIDA se mantenga en un 1%. El Plan de acción de Madagascar declara también un compromiso para lograr los Objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas, que incluya la promoción de la igualdad entre los sexos y de la capacidad de decisión de las mujeres; el mejoramiento de la salud materna; y la lucha contra el VIH/SIDA. La prevalencia de los anticonceptivos en Madagascar es del 27%.

Contexto, obstáculos y los mecanismos de coordinación del país

Para entender mejor los factores determinantes de la epidemia de VIH, Madagascar llevó a cabo un análisis de las comunidades vulnerables. Los datos epidemiológicos mostraron que los trabajadores del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los prisioneros, los clientes de los trabajadores del sexo, los consumidores de drogas intravenosas, los jóvenes y las personas que viven con VIH/SIDA deben ser las poblaciones a las cuales se dirija la propuesta presentada al Fondo Mundial. Más de la mitad de las personas que viven con VIH/SIDA son mujeres. Se recopiló información que mostró las zonas geográficas que tienen el menor acceso a información, preservativos y servicios de salud, además de los grupos que deben ser priorizados en la programación. Las operaciones de minería donde se congregan los trabajadores del sexo; los mercados de ganado donde hay movimiento de hombres acaudalados que contratan trabajadores del sexo; las actividades turísticas y las festividades tradi-

cionales favorecen las relaciones sexuales de riesgo. Además, las adolescentes con edades entre los 10 y los 15 años son sometidas a abuso sexual y a matrimonio antes de la edad adulta, y se registran embarazos en jóvenes hasta de 13 años. Algunos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres y son trabajadores del sexo que hacen poco uso del preservativo y tienen parejas múltiples. Una encuesta de inspección del comportamiento en 2007 reveló que la mayor parte del trabajo del sexo no es considerado como tal por quienes lo practican. Además, los datos de inspección mostraron que la edad mediana de la primera relación sexual es inferior a los 17 años para los jóvenes de ambos sexos; no obstante, sólo el 16% de ellos usaron preservativos en la última relación sexual. La información también indicó una proporción alta de sexo pagado.

Sólo el 30% del país tiene acceso geográfico a SVAP. La discriminación que los trabajadores de la salud hacen de los grupos clave, como los trabajadores del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que viven con VIH, crea obstáculos para el acceso a los servicios de salud. No se habla de la reducción del riesgo cuando se entrega un resultado positivo de la prueba de VIH. Los SVAP se proporcionan sólo a los mayores de 18 años, aun cuando los adolescentes también corren riesgo. Son necesarias las políticas de reducción de riesgo para los consumidores de drogas intravenosas. Los servicios del sector privado no proporcionan datos. La distribución comunitaria de anticonceptivos y preservativos es escasa, y la falta de integración de los servicios en la comunidad representa una limitación.



La discriminación que los trabajadores de la salud hacen de los grupos clave, como los trabajadores del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que viven con VIH, crea obstáculos para el acceso a los servicios de salud.

Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para la Ronda 8: **Madagascar** (continuación)

Madagascar incluyó varios asociados de los mecanismos de coordinación del país con experiencia en salud reproductiva, entre ellos, el Ministerio de Salud y Planificación Familiar y organizaciones de la sociedad civil, como la asociación FISA, pionera en planificación familiar con experiencia en la integración de la PF con el VIH/SIDA y una perspectiva dirigida a los jóvenes y a personas de ambos sexos, y el departamento SAF que promueve la salud reproductiva y materna con experiencia en capacitación en las áreas de salud reproductiva y VIH

Componentes de la integración propuesta

Madagascar propuso servicios de prevención dirigidos a los trabajadores del sexo y sus clientes, reclusos, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas intravenosas, jóvenes marginados y las parejas sexuales habituales de las poblaciones clave expuestas al riesgo, así como a la población en general que vive en las zonas de concentración y entradas de los grupos clave. La programación también se diseñó para cubrir las necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA.

La propuesta incluyó lo siguiente:

- Formación entre compañeros y servicios de salud integrados por medio de la prestación de los servicios de rutina en centros públicos y privados.
- Servicios clínicos apropiados para las personas que viven con VIH/SIDA, además de proteger los derechos de dichas personas.

- Un plan de estudios de capacitación para la salud reproductiva de los adolescentes varones.
- Formación entre compañeros para las poblaciones clave sobre la salud sexual y reproductiva, así como la prevención del VIH y las ITS.
- Proyecto piloto de un sitio web que responda a las preguntas sobre salud sexual y reproductiva.
- Fomento del diálogo participativo entre los padres y los jóvenes acerca del VIH y la salud reproductiva.
- Promoción entre los padres para evitar el trabajo del sexo en las jóvenes.
- Disponibilidad de servicios de prevención que incluyan SVAP, planificación familiar y preservativos.

Control y evaluación propuestosⁿ

- Solicitar fondos al Fondo Mundial para mejorar la vigilancia epidemiológica.
- Disminuir la tasa de nuevas infecciones entre las poblaciones más expuestas a los riesgos de infección.
- Mantener la baja prevalencia en la población general.
- Informar del número de personas en los grupos de alto riesgo que hayan recibido formación entre compañeros.
- Informar del número de centros de salud con operaciones dirigidas a los jóvenes.

Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para la Ronda 8: **Ghana**

¿Por qué se propone la integración?

Los datos de las Encuestas de demografía y salud (DHS, Demographic and Health Surveys) de 2003 acerca de Ghana mostraron que la proporción mujer-hombre de prevalencia serológica era de 1.8 a 1. Además, el 69% de las mujeres tuvieron al menos cuatro visitas de atención prenatal, y otro 17% tuvo de dos a tres visitas de atención prenatal con un profesional de la salud con experiencia; sin embargo, sólo el 10% de las mujeres embarazadas se sometieron a la prueba de detección de VIH. En Ghana, existen normas que rigen la conducta de hombres y mujeres y que sancionan las relaciones extramaritales para los hombres; no obstante, la falta de poder de las mujeres para tomar decisiones sobre sexo aumenta el riesgo del VIH. En su informe de avance de 2008 a UNGASS, Ghana indicó que la prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 24 años aumentó del 1.9% en 2005, al 2.5% en 2006.

Contexto, obstáculos y los mecanismos de coordinación del país

Ghana informó que una de las deficiencias en la respuesta del país al VIH era: “una integración muy lenta del VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva, a pesar de las oportunidades únicas que ofrece la prevención de la transmisión de madre a hijo (y) de las ITS...” (página 22, Ronda 8).

Los miembros de los mecanismos de coordinación del país incluyeron el Ministerio de Asuntos de Mujeres y Niños, la Sociedad para las Mujeres y el SIDA en África (SWAA, Society for Women and AIDS in Africa), el Consejo Nacional de Población y la Asociación de Planificación Familiar de Ghana (PPAG, Planned Parenthood Association of Ghana). La PPAG proporciona atención para la salud reproductiva y es la organización no gubernamental de ese tipo más grande en Ghana. Asimismo, ha

sido precursora de la educación sobre la vida para los jóvenes, las clínicas para hombres y la integración de la planificación familiar en los proyectos de desarrollo. En 1999, la PPAG transformó la organización de planificación familiar a SR integrada, dirigida a los jóvenes por medio de formación entre compañeros y servicios integrales de SR en establecimientos. La PPAG se asoció con la red de organizaciones no gubernamentales de VIH de Ghana para formar una coalición nacional de promoción y abordar los problemas nacionales de SR y VIH. Además, se establecieron las Comisiones distritales para SIDA (D A C, District AIDS Committees) en los 170 distritos, las cuales incluyen asociaciones para los jóvenes y las mujeres. Las organizaciones asociadas para servicios en casos de violación incluyen la Federación de Mujeres Abogadas, así como el Servicio de Policía de Ghana.

Componentes de la integración propuesta

En su propuesta sobre VIH para la Ronda 8, Ghana señaló la integración de SR y VIH como una meta importante. Las actividades propuestas incluyeron:

- Capacitar a las parteras sobre los servicios de asesoramiento y prueba de VIH y de ITS mediante la integración de éstos con la planificación familiar. Establecer pautas y estándares para facilitar la integración en colaboración con la Asociación de Parteras Certificadas de Ghana. Aumentar el asesoramiento sobre VIH a las parejas, dirigido a los varones de las parejas y a las parejas discordantes. Capacitar al personal en las maternidades privadas sobre el tratamiento antirretroviral de combinación en consonancia con las pautas naciona-



Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para la Ronda 8: **Ghana** (continuación)

les actuales. Implementar prácticas estándar para la prevención de infecciones durante y después del parto, por medio de la obtención y distribución de equipos, productos y suministros de consumo.

- Disponer de la prevención de VIH y los servicios de asesoramiento y prueba en los lugares de prestación de servicios de planificación familiar.
- Proporcionar educación y servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres que viven con VIH y sus parejas, empleando a los compañeros como instructores que ofrezcan información.
- Integrar los servicios de SR y VIH en los puntos de prestación de servicios de salud.
- Lograr la comunicación para cambio de comportamiento dirigida a modificar las normas dañinas que rigen la conducta de hombres y mujeres.
- Proporcionar servicios a las víctimas de violaciones.
- Promocionar por medio de compañeras a las trabajadoras del sexo para insistir en el uso correcto y constante del preservativo con parejas que no sean clientes, como esposos, amantes y novios.
- Capacitar a los proveedores comunitarios de servicios para jóvenes sobre los servicios integrados de SR y VIH que incluyan asesoramiento y prueba.
- Capacitar al personal de prisiones, reclusos y policías para prepararlos como in-

structores compañeros en la integración de la SR y el VIH.

- Capacitar a 1,200,000 jóvenes (pertenecientes a la African Youth Alliance de Ghana que proporciona educación sexual integral, con temas sobre salud reproductiva, VIH/SIDA, promoción de la igualdad entre ambos sexos y violencia contra la mujer) en la integración de SR y VIH por medio del plan de estudios sobre habilidades para la vida de la organización PATH. La Asociación de Planificación Familiar de Ghana (PPAG) llevará a cabo la capacitación.
- Establecer 28 centros para jóvenes con el fin de ofrecer educación sobre la integración de la SR y el VIH, con proveedores capacitados de servicios de extensión comunitaria. Capacitar a los clubes de fútbol para divulgar información sobre SR y VIH

Control y evaluación propuestos

- Para el año 2013, se capacitará a 4,200 proveedores y se ofrecerá asesoramiento y prueba a 1,150,000 mujeres embarazadas.
- Informar el número de clientes de clínicas de planificación familiar que reciban servicios de asesoramiento y prueba.
- Obtener datos cualitativos para comunicar decisiones con el fin de mejorar el desempeño.
- Informar del número de jóvenes que recibió educación sobre habilidades de vida para la integración de la SR y el VIH.

Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para la Ronda 8: **Burundi**

¿Por qué se propone la integración?

La política nacional de salud reproductiva de Burundi está integrada en el “Marco estratégico para combatir la pobreza y el Programa nacional para el desarrollo de la salud” del país, e incluye embarazo seguro; planificación familiar; esterilidad, disfunción sexual y manejo de casos; prevención del aborto y manejo de casos; prevención de ITS, VIH y SIDA, y manejo de casos; promoción de la salud reproductiva entre los jóvenes y los adolescentes varones; prevención del abuso sexual y manejo de casos; prevención del cáncer de mama, de cuello de útero y de otros cánceres ginecológicos, y manejo de casos.

Contexto, obstáculos y los mecanismos de coordinación del país

En Burundi existe una epidemia generalizada, con alta prevalencia en los grupos vulnerables. Es más común demorar las pruebas de VIH en los hombres que en las mujeres. En la propuesta de Burundi para la Ronda 8, se hizo notar como un problema clave la débil integración de la prevención de la transmisión de madre a hijo en los servicios de salud reproductiva. La escasa promoción de la PTMH a nivel comunitario y en los servicios de salud ha dado lugar a poca demanda de estos servicios. La falta de participación de la pareja también ha creado problemas en los programas de PTMH. Dichos programas carecen de cobertura geográfica. Pocos servicios de salud cuentan con ambulancias para transportar a las mujeres embarazadas al hospital. El inicio de la atención gratuita por embarazo y parto en 2006 ha aumentado la asistencia especializada durante el parto del 22.9% en 2005 al 41% en 2007 (Informe de avance de la República de Burundi al Banco Mundial, 2008). Un informe de la organización Human Rights Watch indicó que en 2006, las mujeres que habían dado a luz mediante cesárea rep-

resentaban un 35% aproximadamente de las pacientes indigentes de hospital que estaban detenidas (HRW, 2006). No obstante, el 60% de los nacimientos aún tiene lugar en casa sin atención especializada. Sólo el 66% de los centros de salud tienen un pabellón de maternidad y sólo el 12% del personal recibe capacitación práctica en atención obstétrica básica (Informe de avance de la República de Burundi al Banco Mundial, 2008). En 2005, la mortalidad materna era de 615 por cada 100,000 (Informe de avance de la República de Burundi al Banco Mundial, 2008). El porcentaje de prevalencia de anticonceptivos en Burundi es del 4.7% (Informe de avance de la República de Burundi al Banco Mundial, 2008). Un estudio del UNFPA reveló que el 19% de las mujeres adolescentes y adultas informa de violencia sexual (UNFPA, 2004). Los sistemas de remisiones no son eficaces, y los recursos dedicados al sector de salud son insuficientes: menos del 3%, en comparación con el porcentaje recomendado del 15%.

Los mecanismos de coordinación del país incluyeron representantes de UNFPA, la red de Burundi de asociaciones para hombres y mujeres, y las ONG (CAROB), así como representantes del gobierno para asuntos de derechos humanos, hombres y mujeres, jóvenes, salud pública y mujeres.

Componentes de la integración propuesta

Burundi tiene planes de fortalecer el programa de infecciones de transmisión sexual y VIH mediante la integración de la salud reproductiva y el mejoramiento de las intervenciones de prevención directa, atención y apoyo entre la población en general y las poblaciones clave en riesgo.



Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para la Ronda 8: **Burundi** (continuación)

- Los servicios de extensión se llevarán a cabo por medio de representantes comunitarios para llegar a las poblaciones vulnerables con el fin de promover SVAP que incluyan a las madres jóvenes, consumidores de drogas, prisioneros, trabajadores del sexo, ex combatientes, personal uniformado y sus cónyuges, conductores de camiones y personas que hayan sido desplazadas y repatriadas.
- Las estrategias de comunicación se organizarán en colaboración con estos grupos. Las actividades de comunicación para cambio de conducta serán realizadas por instructores compañeros y dirigidas por supervisores.
- Los SVAP se integrarán en los servicios de salud reproductiva.
- La descentralización continua de la prevención de la transmisión de madre a hijo con capacitación adicional debe aumentar la aceptación de los programas de PTMH. "El acceso de las personas que viven con VIH/SIDA a los tratamientos antirretrovirales aumenta la expectativa de vida y da a las parejas el derecho legítimo de convertirse en padres y madres en condiciones seguras... El fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de las intervenciones de salud reproductiva son necesarios para tomar en cuenta las necesidades específicas de las personas que viven con VIH/SIDA, en particular, en el caso de las parejas VIH positivas o las parejas con estado diferente de VIH para prevenir embarazos no deseados, si corresponde. Para fortalecer las técnicas de los proveedores de salud..., 600 proveedores de los centros de manejo de casos de personas que viven con VIH/SIDA recibirán 12 días de capacitación sobre planificación familiar." (página 40 de la propuesta de Burundi a la Ronda 8).
- En total, 425 miembros de la comunidad pertenecientes a 85 organizaciones de la sociedad civil proporcionarán información sobre las opciones de planificación familiar y los lugares de servicio a las mujeres en edad reproductiva y a las personas que viven con VIH/SIDA.
- Se propone un estudio sobre la participación de los hombres en la PTMH.
- Se proponen organizaciones especializadas en la atención de las víctimas de abuso sexual, en especial para las jóvenes, con capacitación destinada a 60 proveedores sobre salud sexual y reproductiva en los jóvenes y sobre el manejo de casos de personas víctimas de abuso sexual.
- Las asignaciones del presupuesto definen los gastos en salud reproductiva y profilaxis posterior a la exposición.
- Burundi propuso contar con preservativos femeninos accesibles y disponibles a los grupos vulnerables. Cabe señalar que el preservativo femenino puede ser un medio de mejorar las comunicaciones sexuales, compensar la desigualdad en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre sexo y prepararlas para protegerse del VIH (Gaddi et al., 2008; Barbosa et al., 2007).
- Se promoverán los preservativos para hombres y mujeres con el fin de prevenir el VIH y los embarazos no deseados

Control y evaluación propuestos

- El número de preservativos distribuidos.

Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para l a Ronda 8: **Zambia**

¿Por qué se propone la integración?

Una meta general de Zambia es fortalecer el sistema de salud para cumplir mejor los Objetivos de desarrollo del milenio y las prioridades de salud del país.

Contexto, obstáculos y los mecanismos de coordinación del país

Zambia detectó los siguientes problemas para la integración:

- Falta de una estrategia de prevención del VIH basada en evidencia para proporcionar datos para la programación.
- Escasez de recursos humanos preparados e incapacidad para retenerlos.
- Debido al estigma, pocas mujeres comunican su estado de VIH, y los hombres evitan el asesoramiento y las pruebas.
- Integración insuficiente de la PTMH en los servicios de salud reproductiva.
- Uso incorrecto de la profilaxis posterior a la exposición (PPE) y de sus pautas.
- Vinculación débil entre la PTMH y los tratamientos antirretrovirales.
- Pocas opciones de sustento para hacer frente a los efectos del SIDA.
- Políticas para ambos sexos que no están institucionalizadas en la mayoría de las organizaciones.
- Falta de datos separados por sexo, y falta de análisis e indicadores de los efectos en ambos sexos.
- Práctica común de tener varias parejas. En los grupos de edad de 15 a 49 años, más del 14% de los hombres tiene varias parejas, en comparación con menos del 2% de las mujeres. En las encuestas de salud y demografía (DHS) de 2007 para Zambia, el 20% de los hombres y el 2%

de las mujeres tuvo relaciones sexuales con dos o más parejas en los 12 meses anteriores a la encuesta, y el 38% de los hombres y el 17% de las mujeres informó haber tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores con alguien que no era su cónyuge.

- Las mujeres tienen 1.4 veces más probabilidades que los hombres de vivir con VIH: 16% a 12%. Las mujeres no unidas a una pareja tienen un porcentaje de prevalencia de VIH del 18%, mientras que los hombres tienen el mismo porcentaje de prevalencia del 15% independientemente de que estén o no unidos a una pareja, o en una relación polígama.
- Sólo el 34% de los jóvenes puede identificar correctamente las maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH.
- La planificación familiar y la maternidad segura, incluida la atención prenatal y posparto carecen de recursos suficientes debido al impacto de la epidemia de SIDA. La integración es débil.
- Las mujeres aceptan la violencia como una norma. Una encuesta en 2005 muestra que más del 15% de las mujeres ha tenido relaciones sexuales a la fuerza.
- Entre el 60 y 70% de las mujeres en edades de 15 a 49 años saben leer y escribir, en comparación con el 70 a 80% de los hombres. Sólo el 48% de las mujeres rurales saben leer y escribir, en comparación con el 75% de los hombres.
- Las mujeres son las principales proveedoras de cuidados, y en el 16% de los hogares hay una viuda al frente que carece de acceso a alimentos y servicios básicos.
- La práctica del sexo seco.



Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para la Ronda 8: **Zambia** (continuación)

- Las mujeres no tienen capacidad de negociación durante las relaciones sexuales.

En el Grupo técnico de trabajo del Ministerio de Salud que redactó la propuesta participaron la Sociedad para las Mujeres y el SIDA en Zambia, y Las Mujeres y el Derecho en el sur de África.

Componentes de la integración propuesta

- Proporcionar cada año a 200,000 jóvenes, dentro y fuera de la escuela, educación sobre habilidades de vida y mejorar la reafirmación entre las jóvenes en edades entre los 15 y 24 años con educación sobre habilidades de vida y VIH.
- Apoyar la integración de la PTMH en los servicios de salud reproductiva y planificación familiar en 800 centros de PTMH cada año, que incluya adquisición y suministro de productos para la planificación familiar y PTMH “que llegue hasta el padre” (página 24).
- Llevar a cabo investigación para establecer las mejores prácticas y estrategias para la integración.
- Dar capacitación sobre integración a los trabajadores de la salud.
- Proporcionar al personal clínico pautas para la profilaxis posterior a la exposición; adquirir y distribuir paquetes de PPE; suministrar PPE a 1,800 personas cada año; y dedicar presupuesto en la propuesta para PPE.
- Capacitar a 220 oficiales de policía cada año para que ayuden correctamente a las víctimas de abuso y violencia sexual.
- Contar con refugios de protección para las mujeres, niñas y niños que hayan sido víctimas de la violencia, y proporcionar una oficina para las víctimas de delitos que brinde protección contra abusos.
- Aumentar la participación de los hombres en las actividades de cuidados en el hogar.
- Preparar a las mujeres y las jóvenes en las habilidades de negocios.
- Permitir a las mujeres el uso de los servicios sin aprobación del cónyuge.
- Capacitar a 1,200 trabajadores de salud comunitaria con un plan de estudios actualizado para dar educación de salud sobre prevención de la transmisión del VIH, violencia doméstica y planificación familiar con el fin de reducir la prevalencia del VIH y la mortalidad materna.
- Aumentar el gasto en salud y contratar trabajadores de la salud, a pesar de los acuerdos presupuestarios del FMI. Dar subsistencia a los trabajadores de salud comunitaria y a las oficinas de víctimas de delitos por más del 33% del presupuesto.
- Solicitar un 30% del presupuesto para productos de planificación familiar, además de los productos necesarios para un parto seguro.

Fortalecimiento de sistemas de salud específicos e integración de la SR y el VIH:

- Zambia propuso integrar los servicios de SR y de PTMH.
- Crear vínculos entre la PTMH y los tratamientos antirretrovirales.
- Hacer prevalente el análisis para hombres y mujeres.
- Mejorar al personal de salud para abordar los problemas de la mortalidad materna y la PTMH.

Propuesta satisfactoria de un país presentada al Fondo Mundial para la Ronda 8: **Zambia** (*continuación*)

- Capacitar a los trabajadores de salud comunitaria para que brinden educación de salud básica sobre planificación familiar, violencia doméstica, VIH, toxicomanía y vacunación infantil
- Mejorar los sistemas de vigilancia demográfica, lo cual contribuirá al control y la evaluación de la SR y el VIH, así como otros indicadores, aumentando las estadísticas confiables sobre nacimientos, defunciones y detalles sobre causa de la

muerte, a fin de proporcionar información empírica y amplia de salud basada en la población sobre VIH, TB y malaria.

Control y evaluación propuestos

- Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con profilaxis posterior a la exposición

capítulo 6

¿Cómo se puede controlar
y evaluar la integración?

Un plan sólido de control y evaluación es un componente importante de las propuestas del Fondo Mundial. Para poder controlar y evaluar los resultados de las actividades de integración, las propuestas deben incluir los indicadores correspondientes con sus objetivos apropiados. Los países deben asegurarse de que los indicadores sean medibles y de que los datos puedan ser recopilados e informados por medio del sistema de control y evaluación y de manejo de datos del país. Como parte de esta nueva estrategia dirigida a hombres y mujeres, el Fondo Mundial solicitó a los países separar los datos obtenidos para medir los indicadores correspondientes por sexo.

El Fondo Mundial cuenta con varios recursos relacionados con el control y la evaluación, entre ellos, la edición de 2006 de los instrumentos de control y evaluación, *Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria*. (Instrumentos de control y medición: VIH/SIDA, tuberculosis y malaria) que está siendo actualizada actualmente. ONUSIDA, por medio de su Grupo de referencia para control y evaluación (MERG, Monitoring and Evaluation Reference Group), está al frente de la organización de un registro de indicadores, que estará disponible en 2009.

A continuación, se citan ejemplos de indicadores para el control de la integración en las propuestas de SIDA seleccionadas, que lograron buenos resultados con el Fondo Mundial. Los que se muestran en letra cursiva son otros indicadores posibles para medir la integración. Estos son indicadores ilustrativos; las propuestas deben incluir indicadores que midan los resultados propuestos.

INDICADORES DE COBERTURA:

■ Personas que recibieron productos y servicios

- Número de estudiantes con educación sobre vida familiar
- Número de jóvenes que recibieron educación sobre VIH/SIDA basada en habilidades de vida en la escuela
- Número de jóvenes que recibieron educación sobre habilidades de vida para la integración de la SR y el VIH
- Número de mujeres embarazadas que recibieron asesoramiento y pruebas
- Número de clientes de clínicas de planificación familiar que recibieron asesoramiento y pruebas
- Número de clientes que recibieron servicios de planificación familiar
- Número de mujeres con acceso a PTMH, y mujeres con estado serológico desconocido que recibieron pruebas de detección y tratamiento de sífilis
- Número y porcentaje de personas con acceso a tratamiento gratuito de sífilis
- Número y porcentaje de clientes de PF que recibieron asesoramiento y pruebas de VIH
- Porcentaje de trabajadores del sexo que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan conceptos equivocados sobre dicha transmisión
- *Número de las poblaciones identificadas con mayor riesgo que recibieron servicios integrales adecuados de salud reproductiva (por ejemplo, anticoncepción, salud materna, ITS y VIH)*

■ Puntos de servicio que recibieron apoyo

- Número de establecimientos que prestan servicios de PTMH para mujeres embarazadas, con servicios integrados de SR y VIH
- Número de sitios que proporcionan servicios de asesoramiento y prueba para SR y VIH
- Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con profilaxis posterior a la exposición
- Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios integrados de PF y VIH
- Número de centros de salud con operaciones dirigidas a los jóvenes

■ Personas capacitadas para prestar servicios (de acuerdo con las pautas nacionales)

- Número de proveedores capacitados para ofrecer asesoramiento y pruebas a mujeres embarazadas
- *Número de proveedores de servicios de VIH/SIDA capacitados para ofrecer asesoramiento y remisiones para servicios de SR*
- *Número de proveedores de servicios de SR capacitados para ofrecer asesoramiento y remisiones para servicios de VIH/SIDA*

■ Productos distribuidos

- Número de preservativos femeninos distribuidos

INDICADORES DE LOS EFECTOS

- *Porcentaje de reducción de la proporción de embarazos no planificados en el total de las mujeres*
- Porcentaje de reducción de la proporción de embarazos no planificados en las mujeres que viven con VIH
- Porcentaje de reducción de la tasa de prevalencia serológica de sífilis

INVESTIGACIÓN DE OPERACIONES

El Fondo Mundial financiará la investigación de operaciones para estudiar estrategias de implementación. Debido a que la implementación de la integración de SR y VIH/SIDA es nueva, los países deben considerar añadir la investigación de operaciones en sus propuestas. Un país con una propuesta satisfactoria indicó que recopilaría datos cualitativos para comunicar decisiones con el fin de mejorar el desempeño relacionado con la integración. Otro señaló un plan para realizar investigaciones con el objeto de establecer las mejores prácticas y estrategias para la integración. Los ejemplos de estudios detallados de investigación de operaciones pueden obtenerse de Population Council (www.popcouncil.org) y de Family Health International (www.fhi.org). La fundación Tides financió recientemente proyectos que integran la planificación familiar y la atención médica de VIH en seis países del África subsahariana, con documentación disponible próximamente de programas modelo.

CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS DATOS

El Fondo Mundial ha implementado auditorías de la calidad de los datos de sus subvenciones. Los beneficiarios de subvenciones cuentan con recursos para evaluar y fortalecer sus sistemas de control y evaluación, que incluyen lo siguiente:

- Proyecto MEASURE Evaluation (del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, y varias organizaciones). 2008. *Routine Data Quality Audit Tool* (Recurso para la auditoría de rutina de la calidad de los datos). Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.
 - Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, PEPFAR, MEASURE Evaluation, USAID, Health Metrics Network, OMS, ONUSIDA, Banco Mundial y Roll Back Malaria. 2006. *Monitoring and Evaluation Systems Strengthening Tool* (Recurso para el fortalecimiento de los sistemas de control y evaluación). Chapel Hill, NC: UNC, MEASURE Evaluation.
 - Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. 2008. *Carrying Out an M&E Self Assessment* (Realización de una autoevaluación del control y la evaluación) Monitoring and Evaluation Manual 4 (Manual de control y evaluación 4).
- 

capítulo 7

Conclusiones

Después de llevar a cabo la integración, para garantizar los buenos resultados, son fundamentales el control y la evaluación aunados a la investigación de operaciones.

La integración de la salud reproductiva y el VIH puede contribuir enormemente a mitigar la pandemia de SIDA reduciendo el número de embarazos no planificados, previniendo la transmisión perinatal, ampliándose a más grupos de riesgo, disminuyendo la violencia contra la mujer, cubriendo las necesidades de las personas que viven con VIH y proporcionando a nuestros jóvenes los conocimientos y servicios que necesitan. La decisión de integrar, la forma de integrar y exactamente lo se debe integrar dependerá del perfil epidemiológico del país, sus políticas y las estructuras de sus programas.

La experiencia con las iniciativas de implementación para la integración en países de todo el mundo muestra que la intensificación y sostenibilidad exigen atención a los problemas de operaciones de políticas y programas. Después de llevar a cabo la integración, para garantizar los buenos resultados, son fundamentales el control y la evaluación aunados a la investigación de operaciones.

Las organizaciones de la sociedad civil han estado con frecuencia al frente de las tentativas para integrar la SR y el VIH/SIDA, y están en la posición ideal para trabajar con el gobierno y otros miembros de los mecanismos de coordinación del país con el fin de proponer políticas, programas y proyectos de integración que se incluyan en las propuestas de los países al Fondo Mundial. De hecho, muchos mecanismos de

coordinación del país que cuentan con organizaciones de la sociedad civil como una parte indispensable han recibido subvenciones del Fondo Mundial para propuestas de integración de VIH/SIDA, especialmente en la Ronda 8.

Este documento, que incluye enlaces a varios recursos, ayudará a los mecanismos de coordinación del país, a las organizaciones de la sociedad civil y a otros organismos a elaborar propuestas para el Fondo Mundial que contribuyan a prevenir el VIH y a mitigar los efectos de la pandemia de SIDA por medio de programas que vinculen e integren la SR y el VIH/SIDA.

capítulo 8

Apéndice: Manuales y
documentos seleccionados
para la integración de servicios

- African Youth Alliance. 2003. *Life Planning Skills: A Curriculum for Young People in Africa*. Washington, DC: PATH. [http://www.ayaonline.org/CDWebDocs/AYAResources/Toolbox/ProgramAreas/LPS/LPS\(GH\)Facilitator.pdf](http://www.ayaonline.org/CDWebDocs/AYAResources/Toolbox/ProgramAreas/LPS/LPS(GH)Facilitator.pdf)
- Bott, S., A. Guedes, A. Gueznes and C. Claramunt. 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals*. NY, NY: International Planned Parenthood Federation: Western Hemisphere Region. http://www.ippfwhr.org/atf/cf/%7B4FA48DB8-CE54-4CD3-B335-553F8BE1C230%7D/gbv_guide_en.pdf
- Bruce, L., W. Liamila, M. Menziwa, and D. Khoza. 2008. *Balanced Counseling Strategy Plus Trainer's Guide*. Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Manuals/BCS-Plus/BCSPlus_TrainersGuide.pdf
- Duvvury, N., N. Prasad and N. Kishore. 2006. *HIV & AIDS – Stigma and Violence Intervention Manual*. Washington, DC: International Center for Research on Women. http://www.icrw.org/docs/2006_SVRI-Manual.pdf
- Colombini, C., S. Mayhew, and C. Watts. 2008. "Health-sector Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-income Settings: A Review of Current Models, Challenges and Opportunities." *Bulletin of the World Health Organization* 86 (8): 635-642. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/07-045906.pdf>
- Cooley, L. and R. Kohl. 2006. *Scaling Up – From Vision to Large-Scale Change: A Management Framework for Practitioners*. Washington, DC: Management Systems International. <http://www.msiworldwide.com/files/scalingup-framework.pdf>
- Engenderhealth and ICW. 2006. *Sexual and Reproductive Health for HIV-Positive Women and Adolescent Girls*. NY, NY. Website: http://www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/SRH_for_HIV_Positive_Women_English.pdf
- Farrell, B. 2007. "Family Planning-Integrated HIV Services: A Framework for Integrating Family Planning and Antiretroviral Therapy Services." NY: Engenderhealth, The Acquire Project. http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Publications/FP-HIV-Integration_framework_final.pdf
- Foreit, K, K Hardee and K Agarwal. 2002. "When Does it Make Sense to Consider Integrating Family Planning and STD/HIV Services?" *International Family Planning Perspectives*. 28(2): 105-107. www.guttmacher.org/pubs/journals/2810502.html
- IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW and Young Positives. 2008. *Rapid Assessment Tool for Sexual & Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide*. NY: UNFPA. Printed in Mexico. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/815_filename_Inkages_rapid_tool.pdf
- Interact Worldwide, International HIV/AIDS Alliance, Global AIDS Alliance, Population Action International, IPPF, and Friends of the Global Fund Africa. 2008. "Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Round 8 and Beyond." http://www.globaidsalliance.org/page/-/PDFs/Round_8_GFATM_SRH-HIV_Proposal_Guidelines.pdf
- Kivulini Women's Rights Organization. 2008. *Strategies for Addressing HIV/AIDS & Gender based Violence from a Community Perspective, Based on experiences of Kivulini Women's Rights Organization Specifically for Use with Organizations in Sub-Saharan Africa*. Mwanza, Tanzania. <http://www.kivulini.org/Downloads/STRATEGIES%20FOR%20ADDRESSING%20HIVAIDS.pdf>
- Mitchell, M., S. Mayhew and I. Haivas. 2004. "Integration Revisited." Background paper to the report, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. NY: UN Millenium Project. www.unmillenniumproject.org/documents/Mitchell_Mayhew_and_Haivas-final.pdf
- Mullick et al. 2008. *The Balanced Counseling Strategy Plus: A Toolkit for Family Planning Service Providers Working in High STI/HIV Prevalence Settings*. Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Manuals/BCS-Plus/BCSPlus_TrainersGuide.pdf

Pathfinder International. 2003. *Quality of Care for Integrated Series: A Clinic Assessment Guide*.

Pathfinder International, Save the Children, Advocates for Youth, CARE and UNFPA. 2007. *Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators*. Washington, DC and NY.

Paxton, S., A. Welbourn, P. Kousalya, A. Yuvaraj, S. Mall and M. Seko. 2004. *'Oh! This One is Infected!': Women, HIV and Human Rights in Asia*. www.icw.org

Physicians for Human Rights. 2009. *Toolkit for Using Round 9 of the Global Fund for Health Systems Strengthening*.

Population Council. N.D. *Assessing Integration Methodology*. Washington, DC: Frontiers, Population Council. www.popcouncil.org/frontiers/projects_pubs/topics/SLR/AIM_Manual.html
Population Council.

Population Council. 2008a. *Sexual and Gender Based Violence in Africa: Key Issues for Programming*. http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_KeyIssues.pdf

Population Council. 2008b. *Sexual and Gender Based Violence in Africa: A Literature Review*. http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_Lit-Review.pdf

Senderowitz, J., C. Solter and G. Hainsworth. 2002. *Clinic Assessment of Youth Friendly Services: A Tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service, Oxfam Canada and Oxfam America. 2008. *Linkages between Culture, Gender Based Violence, HIV and AIDS and Women's Rights Training Manual*. Harare, Zimbabwe. http://www.preventgbvafrica.org/images/publications/books/dvcounseling.tool.saf aids.pdf

UNAIDS. 2007. *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*. Geneva: UNAID. http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf .

UNFPA and Engenderhealth. 2004. *HIV Prevention in Maternal Health Services Programming Guide*. NY. http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/hiv-prevention-in-maternal-health.php

UNFPA and IPPF. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. NY, NY. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/245_filename_hiv_publication.pdf

Velzeboer, M., M. Ellsberg, C. Arcas and C. Garcia-Moreno. 2003. *Violence against Women: The Health Sector Responds*. Washington, DC: PAHO. http://www.paho.org/English/AD/GE/VAW-Health-SectorResponds.pdf

World Health Organization (WHO). 2008. *Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-limited Settings*. Geneva: WHO. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/OMS_EPP_AFF_en.pdf

WHO. 2008. "Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: 2008 Update." Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec_update_2008.pdf

WHO. 2006. *Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and their Children in Resource-constrained Settings*. Geneva, WHO. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf

WHO. 2005. *Toolkit for Targeted HIV/AIDS Prevention and Care in Sex Work Settings*. Geneva. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/sexworktoolkit.pdf

capítulo 9

Referencias

REFERENCES

- WHO, UNFPA, UNAIDS and IPPF. 2008. "Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to Integration: A Case Study from Kenya". Geneva: WHO and UNAIDS, London: IPPF, New York: UNFPA. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/ippf_linkages_kenya.pdf
- Abrams, E., L. Myer, A. Rosenfield and W. El-Sadr. 2007. "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 & Gynecology* Supplement, September: S101-S106.
- Adamchak, S., H. Reynolds, B. Janowitz, T. Grey and E. Keyes. 2008. "FP and HIV/AIDS Integration: Findings from Five Countries." PowerPoint presentation to: USAID and FHI. 2008. "FP/HIV Integration Workshop." Washington, DC. Oct. 21-22, 2008. Dr. Adamchak and colleagues are researchers at FHI: www.fhi.org
- Addis Ababa University, Gates Institute at the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, David and Lucile Packard Foundation, Ethiopian Public Health Association, UNAIDS, UNFPA, IPPF, and WHO. 2006. *Linking Reproductive Health, Family Planning and HIV/AIDS in Africa*, Addis Ababa, October 9-10, 2006. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/FP-HIV/Presentations/Addis_ConfSum.pdf.
- African Union. 2006. Maputo Plan of Action for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights 2007-2010. Addis Ababa: African Union. Sp/MIN/CAMH/5(I). http://www.africa-union.org/root/au/Conferences/Past/2006/September/SA/Maputo/doc/en/Working_en/RHR_%20Plan_of_Action_2007_Final.pdf.
- Alemu, H., D. Mariam, K. Belay and G. Davey. 2007. "Factors Disposing Out-of-school Youth to HIV/AIDS-related Risky Sexual Behavior in Northwest Ethiopia." *J Health Popul Nutr* 3: 344-350.
- Ali, M. and Cleland, J. 2005. "Sexual and Reproductive Behaviour among Single Somen Aged 15-24 in Eight Latin American Countries: A Comparative Analysis." *Soc Sci Med* 60: 1175-1185.
- Andersson, N., A. Ho-foster, S. Mitchell, E. Scheepers and S. Goldstein. 2007. "Risk Factors for Domestic Physical Violence: National Cross-sectional Household Surveys in Eight Southern African Countries." *BMC Women's Health* 7: 11
- Asiimwe, D, R. Kobombo, J. Matsio and K. Hardee. 2005. "Study of the Integration of Family Planning and VCT/ PMTCT/ART Programs in Uganda." Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project. <http://www.policyproject.com/pubs/corepackages/Uganda%20TOO%20Final%2012%2020%2005.pdf>
- Akintola, O. 2006. "Gendered Home-based Care in South Africa: More Trouble for the Troubled." *African Journal of AIDS* 5 (3): 237-247.
- Ayisi, R., B. Kigen, M. Gitau and W. Limalia. 2008. "Programmatic Considerations for FP (RH)/HIV Integration: The Kenya Experience." Presentation to: USAID and FHI. 2008. "FP/HIV Integration Workshop." Washington, DC. Oct. 21-22, 2008.
- Balkus, J., R. Bosier, G. John-Stewart, D. Mbori-nagacha, M. Schiff, D. Wamalwa, C. Cichhi, E. Obimbo, G. Wariua and C. Farquhar. 2007. "High Uptake of Postpartum Hormonal Contraception among HIV-1 Seropositive Women in Kenya." *Sexually Transmitted Diseases* 34 (1): 25-29.
- Banda, H., Bradley, S. and K. Hardee. 2004. "Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women." Washington, DC: POLICY Project, Futures Group.
- Barbosa, R., S. Kalichman, E. Berquo and Z. Stein. 2007. "Notes on the Female Condom: Experiences from Brazil." *International Journal of STDs and AIDS* 8: 261-266.
- Barker, G., C. Ricardo, and M. Mascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-based Inequity in Health: Evidence from Programme interventions*. Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf
- Basu, I., S. Jana, M. Rotheram-Borus, S. Swendeman, S. Lee, P. Newman and R. Weiss. 2004. "HIV Prevention among Sex Workers in India." *Journal of AIDS* 36 (3): 845-852.
- Bertozi, S., M. Laga, S. Bautista-Arredondo and A. Coutinho. 2008. "Making HIV Prevention Programmes Work." *The Lancet* 372: 831-844.
- Birdthistle, I., S. Floyd, A. Machingura, N. Mudziwapai, S. Gregson and J. Glynn. 2008. "From Affected to Infected? Orphanhood and HIV Risk among Female Adolescents in Urban Zimbabwe." *AIDS* 22 (6): 759-766.

- Birungi, H., J. Mugisha, J. Nyombi, F. Obare, H. Euaelia and H. Nyinkavu. 2008. "Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescents Perinatally Infected with HIV in Uganda." *Frontiers Final Report*. Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Uganda_HIV.pdf
- Bradley H., A. Bededa, A. Tsui, H. Brahmbhatt, D Gillespie and A. Kidanu. 2008. "HIV and Family Planning Service Integration and Voluntary HIV Counseling and Testing Client Composition in Ethiopia." *AIDS Care* 20 (1): 61-71.
- Campbell, J., Baty, M., R. Ghandour, J. Stockman, L. Franciso and J. Wagman. 2008. "The Intersection of Violence against Women and HIV/AIDS." Background paper for IOM. 2008. *Violence Prevention in Low-and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda*. Washington, DC: National Academies Press. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12016#toc
- Cates, W. 2002. "The Condom Forgiveness Factor: The Positive Spin" [Editorial]. *Sexually Transmitted Diseases* 29(6): 350-352.
- Cates, W, quoted in Timberg, C. 2007. "Best-Kept Secret' For HIV-Free Africa Birth Control Better Than Drugs, Researchers Say." *Washington Post*. December 16. A26.
- Chen, X., Y. Yin, J. Tucker, X. Gao, F. Cheng, T. Wang, H. Wang, P. Huang and M. Cohen. 2007. "Detection of Acute and Established HIV Infections in Sexually Transmitted Disease Clinics in Guangxi, China: Implications for Screening and Prevention of HIV Infection." *The Journal of Infectious Diseases* 196: 1654-1661.
- Christofides, N. D. Muirhead, R. Jewkes, L. Lenn-Kekana and D. Conco. 2006. "Women's Experience of and Preferences for Services after Rape in South Africa: Interview Study." *British Medical Journal* 332: 209-213.
- Cleland J., M. Ali and I. Shah. 2006. "Trends in Protective Behavior among Single vs. Married Young Women in Sub-Saharan Africa: The Big Picture." *Reproductive Health Matters* 14(28): 17-22.
- Cohen, M. 2008. Plenary Presentation, "Prevention of the Sexual Transmission of the HIV-1: A View from the 21st Century." XVII International AIDS Conference. Aug. 3. Mexico City: Mexico. www.aids2008.org
- Coker, A. 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health?: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149-177.
- Colombini, C., S. Mayhew and C. Watts. 2008. "Health-sector Responses to Intimate Partner Violence in Low and Middle-income Settings: A Review of Current Models, Challenges and Opportunities." *Bulletin of the World Health Organization* 86 (8): 635-642.
- Creanga, A., H. Bradley, A. Kidanu, Y. Melkamu and A. Tsui. 2007. "Does the Delivery of Integrated Family Planning and HIV/AIDS Services Influence Community-based workers' Client Loads in Ethiopia?" *Health Policy and Planning* 22: 404-414.
- Crichton, J., C. Musembi and A. Ngugi. 2008. "Painful Tradeoffs: Intimate Partner Violence and Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya." Brighton, UK: Institute of Development Studies. www.ids.ac.uk/ids/bookshop
- Croce-Galis, M. 2008. *Strategies for CHANGE: Breaking Barriers to HIV Prevention, Treatment and Care for Women*. NY, NY: Open Society Institute. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/phw/articles_publications/publications/breakingbarriers_20080802/breakingbarriers.pdf
- Cummings, B., M. Mengistu, W Negash, A Bekele and T Ghile. 2006. "Barriers to and Facilitators for Female Participation in an HIV Prevention Project in Rural Ethiopia: Findings from a Qualitative Evaluation." *Culture, Health & Sexuality* 8 (3): 251-266.
- Dégréés-du-Lou, A., P. Msellati, I. Viho et al. 2002. Contraceptive Use, Protected Sexual Intercourse and Incidence of Pregnancies among African HIV-infected Women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995-2000. *International Journal of STD and AIDS*. 13:462-468.
- De Bruyn, M. 2007. "Unwanted Pregnancy and Abortion: What is the Situation for HIV Positive Women Today?" In Ed. Donta, B., *Strengthening Linkages between Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS*. Mumbai, India and Geneva, Switzerland: Indian Society for the Study of Reproduction and Fertility and the World Health Organization. www.ipas.org
- De Bruyn, M. 2006. "There's Nothing You Could Do if Your Rights Were Being Violated: Monitoring Millennium Development Goals in Relation to HIV-positive Women's Rights." Chapel Hill, NC: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file211_2896.pdf
- De Bruyn, M. 2005. "HIV/AIDS and Reproductive Health: Sensitive and Neglected Issues, A Review of the Literature, Recommendations for Action." Chapel Hill, NC: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file268_2956.pdf

- Delvaux, T., J. Diby Konan, O. Ake-Tano, V. Gohou-Kousassi, P. Basso, A. Buve and C. Ronsmans. 2008. "Quality of Antenatal and Delivery Care before and after the Implementation of a Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programme in Cote D'Ivoire." *Tropical Medicine and International Health* 13 (8): 970-979.
- Duerr, A., S. Hunt, A. Kourtis, N. Routenberg and D. Jamieson. 2005. "Integrating Family Planning and Prevention of Mother-to-child HIV Transmission in Resource-limited Settings." *The Lancet* 366: 261-263.
- Dunkle, K., Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin, N. Jama, N. Khuzwayo, M. Koss and N. Duvvury. 2006. "Perpetration of Partner Violence and HIV Risk Behavior among Young Men in the Rural Eastern Cape, South Africa." *AIDS* 20 (16): 2107-2114.
- Dunkle, K., R. Stephenson, E. Karita, E. Chambia, K. Kayitenkore, C. Vwalika, L. Greenberg and S. Allen. 2008. "New Heterosexually Transmitted HIV Infections I Married or Cohabiting Couples in Urban Zambia and Rwanda: An Analysis of Survey and Clinical Data." *The Lancet* 371: 2183-2191.
- Dunkle, K., R. Jewkes, H. Brown, G. Gray, J. McIntyre and S. Harlow. 2004. "Gender-based Violence, Relationship Power and the Risk of HIV Infection in Women Attending Antenatal Clinics in South Africa." *The Lancet* 363 (9419): 1415-1421.
- Eyakuze, C., D. Jones, A. Starrs and N. Sorkin. 2008. "From PMTCT to a More Comprehensive AIDS Response for Women: A Much-needed Shift." *Developing World Bioethics* 8 (1): 33-42.
- FP/HIV Integration Working Group. 2008. FP/HIV Interagency Technical Working Group. 2008. "Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between Family Planning and HIV Policies, Programs and Services." Draft.
- Farrell, B. 2007. "Family Planning-Integrated HIV Services: A Framework for Integrating Family Planning and Antiretroviral Therapy Services." NY: Engenderhealth, The Acquire Project. http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Publications/FP-HIV-Integration_framework_final.pdf
- Federal Ministry of Health, Nigeria. 2008. "National Guidelines for the Integration of Reproductive Health and HIV Programmes in Nigeria."
- Foreit, K., K. Hardee and K. Agarwal. 2002. "When Does it Make Sense to Consider Integrating Family Planning and STD/HIV Services?" *International Family Planning Perspectives*. 28(2): 105-107.
- Fried, S. and S. Kowalski-Morton. 2008. "Sex and the Global Fund: How Sex Workers, Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgender People, and Men Who Have Sex with Men are Benefitting from the Global Fund, or Not." *Health and Human Rights* 10 (2): 127-136. www.hhrjournal.org
- Gaddi, B., K. Pottur, M. Gopalakrishnan, M. Agarwal, E. Bayliss and Female Sex Workers. 2008. "Female Condom Breaks Gender Barriers – India- A Case Study." Abstract
- MOAC0204. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico.
- Gay, J. 2008. Field notes and interviews with Profamilia providers and patients for assignment for CHANGE, forthcoming. "Reproductive Justice for All." Washington, DC.
- Gay, J. 2006. Field notes and interviews with Profamilia providers and patients living with HIV for assignment for PAHO, forthcoming. "Gender Sensitive Guidelines for HIV Providers." Washington, DC.
- Glion Call to Action. 2004. WHO and UNFPA. Geneva Switzerland and NY, USA. http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/glion_consultationsummary.pdf.
- Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (Global Fund). No Date. The Framework Document of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Title, Purpose, and Principles and Scope of the Fund. Geneva: The Global Fund. http://www.theglobalfund.org/documents/TGF_Framework.pdf.
- Global Fund. 2007. Proposal from Mongolia for Round 7. <http://www.theglobalfund.org/programs/grant/?compid=1542&grantid=662&lang=en&CountryId=MON>
- Global Fund. 2008a. "Fact Sheet: Ensuring a Gender Sensitive Approach." Sept. 15. Geneva: The Global Fund. <http://www.theglobalfund.org/>
- Global Fund, 2008b. Gender Decision at the 18th Board Meeting, Nov. 7-8, New Delhi, India. GF/B18/4 Addendum Decision. http://www.theglobalfund.org/documents/board/18/GF-B18-02_ReportSeventeenthBoardMeeting.pdf
- Global Fund. 2008c. Guidelines for Proposals- Round 9 (Single Country Applicants). Geneva, The Global Fund. http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_Guidelines_Single_en.pdf

- Global Fund. 2008d. Grant Performance Report for Mongolia MON-708-G05-H. <http://www.theglobalfund.org/programs/grant/?compid=1542&grantid=662&lang=en&countryId=MON>
- Global Fund. 2008e. Fact Sheet: The Global Fund's Approach to Health Systems Strengthening. http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_en.pdf
- Global Fund. 2008f. Fact Sheet: Community Systems Strengthening. http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_en.pdf
- Global Fund. 2009. "Mid-term Review of the Second Voluntary Replenishment 2008-2010, Caceres, Spain, 30 March – 1 April 2009." Geneva, Switzerland.
- Global Fund and International HIV/AIDS Alliance. 2008. *Civil Society Success on the Ground: Community Strengthening Systems and Dual-track Financing: Nine Illustrative Studies*. Geneva, Switzerland and Brighton, UK.
- Gregson, S., C. Nyamukapa, G. Garnett, M. Wambe, J. Lewis, P. Mason, S. Chaniwana, and R. Anderson. 2005. "HIV Infection and Reproductive Health in Teenage Women Orphaned and Made Vulnerable by AIDS in Zimbabwe. *AIDS Care* 17 (7): 7885-794.
- Grunseit, A. 1997. *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review*. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc010-impactyoungpeople_en.pdf
- Gruskin, S., R. Firestone, S. MacCarthy and L. Ferguson. 2008. "HIV and Pregnancy Intentions: Do Services Adequately Respond to Women's Needs?" *American Journal of Public Health* 98 (10): 1746-1750.
- Gruskin, S., L. Ferguson and J. O'Malley. 2007. "Ensuring Sexual and Reproductive Health for People Living with HIV: An Overview of Key Human Rights, Policy and Health Systems Issues." *Reproductive Health Matters* 15 (29 Supplement): 4-26.
- Haddock, S., K. Hardee, J. Gay, P. Pawlak and C. Stellini. 2008. *Comprehensive HIV Prevention: Condoms and Contraceptives Count*. Washington, DC: Population Action International. http://www.populationaction.org/Publications/Reports/Comprehensive_Hiv_Prevention/Summary.shtml
- Halperin, D. and H. Epstein. 2004. "Concurrent Sexual Partnerships Help to Explain Africa's High HIV Prevalence: Implications for Prevention." *The Lancet* 364: 4-6.
- Hardee, K., J. Gay, M. Croce-Galis, C. Wingfield, and M. Wood. 2008. *Identifying What Works: Evidence on HIV and AIDS Interventions for Women and Girls*. New York: Open Society Institute. www.osi.org, link forthcoming.
- Hardee, K., M. Hamilton and C. Shepherd. 2006. "Policy: The Neglected Dimension of Integration." PowerPoint presentation to: International Conference Linking Reproductive Health and Family Planning with HIV/AIDS Programs in Africa." Addis Ababa, Ethiopia. October. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/FP-HIV/Presentations/Addis_ConfSum.pdf.
- Hardee, K. and K. Yount. 1995. "Delivering the Reproductive Health Promise: From Rhetoric to Reality." *FHI Working Paper*, WP95-01. August. www.fhi.org
- Hladik, W., I. Shabbir, A. Jelaludin, A. Woldu, M. Tsehaynesh and W. Tadesse. 2006. "HIV/AIDS in Ethiopia: Where is the Epidemic Heading?" *Sex Trans Inf* 82: 32-35.
- Hoffman, I., F. Martinson, K. Powers, D. Chilongozi, E. Msiska, E. Kachipapa, D. Chilongozi, M. Hosseinipour, H. Chanza, R. Stephenson and A. Tsui. 2008. "The Year-long Effect of HIV-Positive Test Results on Pregnancy Intentions, Contraceptive Use and Pregnancy Incidence among Malawian Women." *Journal of AIDS* 47 (4): 477-488.
- Human Rights Watch. 2006. "A High Price to Pay: Detention of Poor Patients in Burundian Hospitals." Vol. 18., No. 8A. NY, NY. www.hrw.org
- IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW and Young Positives. 2008. *Rapid Assessment Tool for Sexual & Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide*. NY: UNFPA. Printed in Mexico. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/815_filename_Inkages_rapid_tool.pdf
- Interact Worldwide, International HIV/AIDS Alliance, Global AIDS Alliance, Population Action International, IPPF, and Friends of the Global Fund Africa. 2008. "Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Round 8 and Beyond." http://www.globalaidsalliance.org/page/-/PDFs/Round_8_GFATM-SRH-HIV_proposal_Guidelines.pdf
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2009. "The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia." London, UK. www.icw.org
- Ipas. 2008. "Reproductive Choice and Women Living with HIV/AIDS." Chapel Hill, NC: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file620_2495.pdf

- Ipas, Federation for Women and Family Planning, FEIM, Gender AIDS Forum, ICW, Instituto de Educacion y Salud, Planned Parenthood Federation of Nigeria, Punto de Encuentro de la Comunidad, and WOFAK. 2006. *There's Nothing You Could Do if Your Rights Were Being Violated: Monitoring Millennium Development Goals in Relation to HIV-positive Women's Rights*. Chapel Hill, NC: Ipas. www.ipas.org
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2008. "Addressing the Needs of HIV-positive Women for Safe Abortion Care." London, UK: ICW. <http://www.icw.org/files/ICW%20abortion%20briefing%20paper%206-08.pdf>
- International HIV/AIDS Alliance in India. 2007. "Spotlight on Women, Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS." *Programme Brief*. Website: www.aidsallianceinindia.net
- Jewkes, R., K. Dunkle, M. Nduna, J. Levin, N. Jama, N. Khuzwayo, M. Koss, A. Puren and N. Duvvury. 2006. "Factors Associated with HIV Sero-status in Young Rural South African Women: Connections between Intimate Partner Violence and HIV." *International Journal of Epidemiology* 35: 1461-1468.
- Kalichman, S. and L. Simbayi. 2004. "Sexual Assault History and Risks for Sexually Transmitted Infections among Women in an African Township in Cape Town, South Africa." *AIDS Care* 16 (6): 681-689.
- Kiarie, J., C. Garquhar, B. Richardson, M. Kabura, F. John, R. Nduati and G. John-Stewart. 2006. "Domestic Violence and Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV-1." *AIDS* 20 (13): 1763-1769.
- Kennedy, C. 2008. "Linking Sexual & Reproductive Health and HIV: Evidence Review and Recommendations." Presentation at FP/HIV Integration Workshop. October. 21-22. Washington, DC.
- Kim, J., L. Mokwena, E. Ntelmo, N. Swane, A. Noholoza, T. Abramsky, E. Marinda, I. Askew, J. Chege, S. Mullick, L. Gernhotz, L. Vetten and A. Meerkotter. 2007. (Kim et al., 2007a). "Developing an Integrated Model for Post-rape Care and HIV Post-exposure Prophylaxis in Rural South Africa" Washington, DC: Population Council, Rural AIDS & Development Action Research Programme, School of Public Health, University of Witwatersrand, South Africa and Tshwaranang Legal Advocacy Centre, South Africa. www.popcouncil.org http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/SouthAfrica_RADAR.pdf
- Kim, J.C., C.H. Watts, J.R. Hargreaves, L.X. Ndhlovu, G. Phetla, L.A. Morison, J. Busza, J.D. Porter and P. Pronyk. 2007. (Kim et al., 2007b). "Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa." *American Journal of Public Health* 97(10): 1794-802. www.web.ac.za/academic/health/PublicHealth/Radar
- Maharaj, P. and J. Cleland. 2006. "Condoms Become the Norm in the Sexual Culture of College Students in Durban, South Africa." *Reproductive Health Matters* 14(28): 104-112.
- Maman, S., J. Campbell, M. Sweat and A. Gielen. 2000. "The Intersections of HIV and Violence: Directions for Future Research and Interventions." *Social Science and Medicine* 50(4): 459-478.
- Mark, K., J. Meinzen-Derr, R. Stephenson, A. Haworth, Y. Ahmed, D. Duncan, A. Westfall and S. Allen. 2007. "Contraception among HIV Concordant and Discordant Couples in Zambia: A Randomized Controlled Trial." *Journal of Women's Health* 16: 1200-1210.
- McCarraher, D., C. Cuthbertson, D. Kung'u, C. Otterness, L. Johnson and G. Magiri. 2008. "Sexual Behavior, Fertility Desires and Unmet Need for Family Planning among Home-based Care Clients and Caregivers in Kenya." *AIDS Care* 20 (9): 1057-1065.
- Ministry of Health, Federal Democratic Republic of Ethiopia. 2007. "National Adolescent and Youth Reproductive Health Strategy, 2007-2015." Addis Ababa, Ethiopia.
- Ministry of Health, Federal Democratic Republic of Ethiopia. 2006. "National Reproductive Health Strategy, 2006-2015." March 2006. Addis Ababa, Ethiopia.
- Mir, G. C. Vaughan, M. Tavarez, I. Brito, E. Del Rosario, M. Sosa, V. Brache and K. Brudney. 2008. "Integrating Triple Therapy for PMtCT into Public and NGO clinics in the Dominican Republic." Abstract No. TUPE0128. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Mir Mesojo, G, C. Vaughan, V. Brache, F. Benitez, A. Garcia and K. Brudney. 2006. "Integrating HIV Care into a Reproductive Health Clinic in Santo Domingo, Dominican Republic." Abstract no. THPE0237. XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>

- Mitchell, M., S. Mayhew and I. Haivas. 2004. "Integration Revisited." Background paper to the report, Public Choices, *Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. NY: UN Millennium Project. www.unmillenniumproject.org/documents/Mitchell_Mayhew_and_Haivas-final.pdf
- Moodley, J. and C. Morroni. 2007. "Emergency Contraception – Lack of Awareness among Women Presenting for Termination of Pregnancy." *SAMJ* 97 (8): 584.
- Myer, L., C. Morroni and K. Rebe. 2008. "Prevalence and Determinants of Fertility Intentions of HIV-Infected Women and Men Receiving Antiretroviral Therapy in South Africa." *AIDS Patient Care and STDs* 21 (4): 278-285.
- Myer, L., K. Rebe and C. Marroni. 2007. "Missed Opportunities to Address Reproductive Health Care Needs among HIV-infected Women in Antiretroviral Therapy Programmes." *Tropical Medicine and International Health* 12 (12): 1484-1489.
- Nzabonimpa, A. 2008. "HIV and FP Integration in Rwanda: Where we Are and Where we Need to Go." PowerPoint presentation at FP/HIV Integration Workshop. October. 21-22. Washington, DC.
- Newman, C., N. Makoe, E. Reavely and L. Fogarty. 2009. "Alleviating the Burden of Responsibility: Report on a Study of Men as Providers of Community-based HIV/AIDS Care and Support in Lesotho." Chapel Hill, NC: IntraHealth International. www.capacityproject.org
- Okundi, B., C. Aloo-Obunga, R. Sanders, C. Shepherd, and C. Green. 2008. Rapid Assessment on Policy and Operational Barriers to the Integration of FP/RH/HIV Services in Kenya. Draft. Washington, DC: Health Policy Initiative, Task Order 1, Futures Group International.
- Otsea, K. and S. Tesfaye. 2007. "Monitoring safe abortion care service provision in Tigray, Ethiopia: Report of a baseline assessment in public-sector facilities." Chapel Hill, NC: IPAS. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file360_3299.pdf
- PAHO and UNICEF. "Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH/SIDA en la República Dominicana: Una herramienta política, gerencial y técnica para avanzar hacia el acceso universal." May 2007. Washington, DC: PAHO.
- Paiva, V., N. Santos, I. Fanca-Junior, E. Filipe, J. Ayres and A. Segurado. 2007. "Desire to Have Children: Gender and Reproductive Rights of Men and Women Living with HIV: A Challenge to Health Care in Brazil." *AIDS Patient Care and STDs* 21 (4): 268-277.
- Pearson, R. 2008. "Legislation Contagion: Building Resistance." *Canadian HIV/AIDS Legal Network HIV/AIDS Policy & Law* 13 (2/3): 1-10.
- Peck, R., D. Fitzgerald, B. Liautaud, M. Deschamps, R. Verdier, M. Beaulieu, R. GrandPierre, P. Joseph, P. Severe, F. Noel, P. Wright, W. Johnson, Jr. and J. Pape. 2003. "The Feasibility, Demand, and Effect of Integrating Primary Care Services with HIV Voluntary Counseling and Testing. Evaluation of a 15-Year Experience in Haiti, 1985-2000." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 33(4): 470-475.
- Physicians for Human Rights (PHR). 2007. *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland: An Evidence-based Report on the Effects of Gender Inequity, Stigma and Discrimination*. Written by Karen Leiter. Boston: PHR. <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/botswana-swaziland-report.pdf>
- Population Council. N.D. Assessing Integration Methodology. Washington, DC: Frontiers, Population Council. www.popcouncil.org/frontiers/projects_pubs/topics/SLR/ AIM_Manual.html
- Pronyk, P., J. Kim, T. Abramsky, G. Phetla, J. Hargreaves, L. Morison, C. Watts, J. Busza and J. Porter. 2008. "A Combined Microfinance and Training Intervention Can Reduce HIV Behavior among Young Program Participants: Results from the IMAGE Study." Abstract MOAC0201, IAC, Mexico City, Mexico. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Pronyk, P., J. Hargreaves, J. Kim, L. Morison, G. Phetla, C. Watts, J. Busza and J. Porter 2006. "Effect of a Structured Intervention for the Prevalence of Intimate-partner Violence and HIV in Rural South Africa: A Cluster Randomised Trial." *The Lancet* 368: 1973-1983.
- Pulerwitz, J., G. Barker, M. Segundo, and M. Nascimento (2006). Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy. Washington, DC, Horizons Program. <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/brgender norms.pdf>
- Rahman, M., T. Giday, M. Asknake and J. Wilder. 2007. "Enhanced access to reproductive health and family planning: Pathfinder International in Ethiopia 2002-2007." Watertown, MA: Pathfinder International. http://www.pathfind.org/site/DocServer/Enhanced_Access_to_RH_and_FP_Ethiopia_2007.pdf?docID=11161

- Rasch, V., F. Yambesi and S. Massawe. 2006. "Post-abortion Care and Voluntary HIV Counselling and Testing – An Example of Integrating HIV Prevention into Reproductive Health Services." *Tropical Medicine and International Health* 11 (5): 697-704.
- Republic of Burundi. 2008. "Intensification and decentralization program for the fight against AIDS in Burundi." Proposal for Round 8, Global Fund.
- Republic of Burundi. 2008. "Joint IDA-IMF Staff Advisory Note on the Poverty Reduction Strategy Paper. First Progress Report." Report No. 46664-B1. Washington, DC: World Bank.
- Reynolds, H., B. Janowitz, R. Hofman, et al. 2006. "The Value of Contraception to Prevent Perinatal HIV Transmission." *Sexually Transmitted Diseases* 33:350-356.
- Ribeiro, P., K. Jacobsen, C. Materhs and C. Garcia-Moreno. 2008. "Priorities for Women's Health from the global burden of Disease Study." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 102: 82-90.
- Rollins, N. and W. Mphatswe. 2008. "From Prevention of Mother-to-child Transmission to Child Survival...and Back." *Current Opinion in HIV and AIDS* 3(2): 180-185.
- Ross and Winfrey. 2002. "Unmet need for Contraception in the Developing World and the Former soviet Union: An Updated Estimate." *International Family Planning Perspectives* 28(3). <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2813802.html>
- Rottach, E., S. Schuler and K. Hardee. 2009. *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Forthcoming. Washington, DC: The Interagency Gender Working Group. www.igwg.org
- Saha, A., C. Livin, J. Omega and I. Rani. 2008. "Hidden Costs of Services: Prices Female Sex Workers Pay for Accessing Reproductive and Health Services: An Exploratory Study from India." Poster THEPE0527. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. Aug. 3-8, 2008. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Saha, A., T. Sellers, I. Rani and S. Pongurlekar. 2008. "Service Provider Stigma as a Barrier to Sex Workers' Access to Sexual and Reproductive Health Services in India." Poster THPE0522. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. Aug. 3-8, 2008. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Searing, H., B. Farrell, S. Gutin, N. Johri, L. Submaian, H. Kakade, G. Nagendi, M. Randiki, M. Msiat-Mwangi. 2008. "Evaluation of a Family Planning and Antiretroviral Therapy Pilot in Mbale, Uganda." NY, NY: Acquire Evaluation and Research Studies. http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Publications/FP-ART-Integration-final.pdf
- Sebitloane, H. and R. Mhlana. 2008. "Changing Patterns of Maternal Mortality (HIV/AIDS Related) in Poor Countries." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22 (3): 489-499.
- Sellers, T., A. Saha, I. Khan, and J. Omega. 2008. "Identifying HIV and SRH Service Integration Options to Increase Access to Family Planning and Safe Abortion for HIV Positive Women in India." Poster THPE0527. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. Aug. 3-8, 2008. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Shahmanesh, M., V. Patel, D. Mabey and F. Cowan. 2008. "Effectiveness of Interventions for the Prevention of HIV and Other Sexually Transmitted Infections in Female Sex Workers in Resource Poor Setting: A Systematic Review." *Tropical Medicine and International Health* 13 (5): 659-679.
- Strachan, M., A. Addo-Kwateng, K. Hardee, S. Ubramaniam, N. Judice and K. Agarwal. 2004. "An Analysis of Family Planning Content in HIV/AIDS, VCT and PMTCT Policies in 16 Countries." Working Paper Series No. 9. Washington, DC: Policy Project, Futures Group. <http://www.policyproject.com/pubs/workingpapers/wps-09.pdf>
- Stadler, J. and S. Delany. 2006. "The 'Healthy Brothel': The Context of Clinical Services for Sex Workers in Hillbrow, South Africa." *Culture, Health & Sexuality* 8 (5): 451-463.
- Stek, A. "Antiretroviral Treatment in Pregnancy." *Current Opinion in HIV and AIDS* 3 (2): 155-160.
- Stephenson, R. 2007. "Human Immunodeficiency Virus and Domestic Violence: The Sleeping Giants of Indian Health?" *Indian Journal of Medical Sciences* 61 (5): 251-252.
- Stover, J., N. Fuchs, D. Halperin, et al. 2003. *Costs and Benefits of Adding Family Planning to Services to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT)*. Washington, DC: The Futures Group POLICY Project.
- Thurman, T., L. Brown, L. Richter, P. Maharaj and R. Magani. 2006. "Sexual Risk Behavior among South African Adolescents: Is Orphan Status a Factor?" *AIDS Behav* 10: 627-635.

- UNAIDS. 2008. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIV-Data/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
- UNAIDS. 2006. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIV-Data/GlobalReport/2006/default.asp>
- UNFPA. 2008. *State of World Population 2008: Reaching Common Ground: Culture, Gender and Human Rights*. NY. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/816_filename_en-swop08-report.pdf
- UNFPA. 2004. "National Study on Sexual and Gender Based Violence." Ligue ITEKA.
- UNFPA and the Alan Guttmacher Institute. 2004. *The Benefits of Investing In Sexual and Reproductive Health Care*. New York: UNFPA.
- United Nations General Assembly. 2008. "Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Midway to the Millennium Development Goals". *Report of the Secretary-General*. New York: United Nations.
- UNIFEM. 2008. <http://www.genderandaids.org>. Accessed on 5/20/08.
- USAID. 2008. FP and HIV Prevention Integration. http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/fphiv.html. Accessed 1/2/09.
- USAID/DELIVER PROJECT. 2008a. "Global Fund Financing of Condoms and Contraceptive Security." *Policy Brief*. Washington DC: USAID/DELIVER PROJECT. http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/logisticsbriefs/GlobFundFinaCondCS.pdf
- USAID/DELIVER PROJECT. 2008b. Global Fund in Rwanda Agrees to Finance Contraceptives. October 20. http://deliver.jsi.com/dhome/newsdetail?p_item_id=13599056&p_token=FE0DAD48C8561601C31E41C076AFC735
- Weiser, S., K. Leiter, D. Bangsberg, L. Bangsberg, L. Butler, F. Percy-de-Korte, Z. Hlanze, N. Phaladze, V. Iacopino and M. Heiser. 2007. "Food Insufficiency is Associated with High-risk Sexual Behavior among Women in Botswana and Swaziland." *PLoS Medicine* 4 (10): e260.
- Wilcher, R., T. Petruney, H. Reynolds and W. Cates. 2008. "From Effectiveness to Impact: Contraception as an HIV Prevention Intervention." *Sexually Transmitted Infections* 84: ii54-ii60.
- Wilcher, R, and I Askew. 2008. "Programmatic Considerations for Strengthening the Integration of FP and HIV Service Delivery Programs." Presentation given at the FP/HIV Integration Working Group Meeting. Washington, DC. October 21-22, 2008.
- Williams, T, S Mullen, A Karim and J Posner. (2007). *Evaluation of the African Youth Alliance Program in Ghana, Tanzania, and Uganda*. Arlington, VA: John Snow Inc. http://www.jsi.com/Managed/Docs/Publications/Evaluation/aya_evaluation_synthesis.pdf
- World Health Organization. 2008a. *Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-limited Settings*. Geneva: WHO. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/OMS_EPP_AFF_en.pdf
- WHO. 2008b. "Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: 2008 Update." Geneva WHO. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>
- WHO. 2007a. "HIV Technical Briefs: Strengthening Linkages between Family Planning and HIV: Reproductive Choices and Family Planning for People Living with HIV." 13 June. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/hiv_tecbrief_fp.pdf
- WHO, 2007b. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Geneva, Switzerland.
- WHO. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Summary Report. Geneva: WHO. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/en/index1.html
- WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF. 2008a. "Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to Integration: A Case Study from Haiti." Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/ippf_linkages_haiti.pdf
- WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF. 2008b. "Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to Integration: A Case Study from Kenya." Geneva, WHO. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/ippf_linkages_kenya.pdf
- WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS and UCSF. 2008c. "Sexual and Reproductive Health Linkages: Evidence Review and Recommendations." Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/linkages_evidence_review.pdf

WHO, UNFPA, IPPF and UNAIDS. 2005. *Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS. A Framework for Priority Linkages*. Geneva: WHO and UNAIDS, New York: UNFPA and London: IPPF. http://www.who.int/reproductivehealth/stis/docs/framework_priority_linkages.pdf

UNAIDS. 2007. *AIDS Epidemic Update December 2007*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. 2005. *Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper*. Geneva, Switzerland. (http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf)

United Nations General Assembly. 2008. "Declaration of Commitment on HIV/AIDS and Political Declaration on HIV/AIDS: Midway to the Millennium Development Goals". *Report of the Secretary-General*. New York: United Nations.

ENDNOTES

- 1 Fondo Mundial, N.D.
- 2 En 2004, varias organizaciones emitieron el Llamado a la acción de Glion (2004) para fortalecer los vínculos entre la salud reproductiva, la planificación familiar y el VIH/SIDA. Otros documentos relacionados incluyen la posición de políticas de ONUSIDA sobre la intensificación de la prevención del VIH (ONUSIDA, 2005) y el Plan de acción de Maputo (Unión Africana, 2006).
- 3 UNFPA y IPPF, 2004; OMS, 2007; OMS et al., 2005; USAID, 2008; UNFPA y EngenderHealth, 2004.
- 4 Universidad de Addis Abeba et al., 2006.
- 5 ONUSIDA, 2007.
- 6 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2008.
- 7 Fondo Mundial, 2008b: 3.
- 8 Pearson, 2008.
- 9 Llamado a la acción de Glion. (http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/glion_consultationsummary.pdf. Acceso en línea el 24 de diciembre de 2008).
- 10 UNFPA y el Instituto Alan Guttmacher, 2004
- 11 Hardee y Yount, 1995.
- 12 ONUSIDA, 2008.
- 13 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2008.
- 14 Rollins y Mphatswe, 2008:184.
- 15 Sebitloane y Mhlanga, 2008: 496.
- 16 Stek, 2008.
- 17 Cates, W, cita en Timberg, C. 2007.
- 18 Dégrées-du-Lou et al., 2002 cita en Wilcher et al, 2008.
- 19 Rochat et al, 2006; Degres-du-Lou et al., 2002; y Homsy et al., 2008 cita en Wilcher et al., 2008.
- 20 Hardee et al., 2008
- 21 Wilcher, et al., 2008.
- 22 Hardee et al., 2008; ONUSIDA, 2006.
- 23 Sebitloane y Mhlanga, 2008: 498.
- 24 Wilcher et al., 2008
- 25 Stover et al., 2003.
- 26 Reynolds et al., 2008.
- 27 Assimwe et al., 2005.
- 28 Myer et al., 2008; Lalichman et al., 2007; Pearson et al., 2008.
- 29 de Bruyn, 2006.
- 30 OMS et al., 2008; Kennedy, 2008.
- 31 Mark et al., 2007.
- 32 Reynolds et al., 2003; Reynolds et al., 2006; Mullike et al., 2007 cita en Wilcher et al., 2008.
- 33 Cleland et al., 2006.
- 34 Maharaj y Cleland, 2006.
- 35 Grunseit, 1997.
- 36 Thurman et al., 2006; Birdthistle et al., 2008.
- 37 Gregson et al., 2005
- 38 McCarraher et al., 2008.
- 39 Rasch et al., 2006.
- 40 Potter et al., 2008; Abrams et al., cita en Gruskin et al., 2008.
- 41 Ipas et al., 2006.
- 42 Ipas et al., 2006.
- 43 ICW, 2009.
- 44 Eyakuze et al., 2008: 33.
- 45 Saha, Sellers et al., 2008.
- 46 Saha, Levin et al., 2008.
- 47 Sellers et al., 2008.
- 48 Fried y Kowalski-Morton, 2008; Fondo Mundial, 2006 cita en Fried y Kowalski-Morton.
- 49 Fried y Kowalski-Morton, 2008: 129.
- 50 Gay, 2006; Paxton et al., 2004.
- 51 Saha, Sellers et al., 2008.
- 52 Coker, 2007; Stephenson, 2007; Jewkes et al., 2006; Dunkle et al., 2004.
- 53 OMS, 2005; Andersson et al., 2007; Dunkle et al., 2006; Dunkle et al., 2004.
- 54 Colombini et al., 2008.
- 55 Kim et al., 2007a.
- 56 Christofides et al., 2006
- 57 Williams et al., 2007.
- 58 UNIFEM 2008.
- 59 Pulerwitz, Barker y Nascimento, 2006:1.
- 60 PHR, 2007.
- 61 Barker et al., 2007; Rottach, Schuler y Hardee, 2009.
- 62 Cohen, 2008.
- 63 Shahmanesh et al., 2008.
- 64 Fondo Mundial, 2008b
- 65 Fondo Mundial, 2009
- 66 Fondo Mundial, 2008b:13.
- 67 Mitchell et al., 2004.
- 68 Grupo de trabajo para la integración de la PF y el VIH, 2008: 7.
- 69 Saha, Levin et al., 2008; Saha, Seller et al., 2008.
- 70 Fondo Mundial, 2008b:13.

- 71 ONUSIDA. 2007. Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access (Pautas prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal). Ginebra: ONUSIDA. http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf.
- 72 Myer et al., 2007; De Bruyn, 2007; De Bruyn, 2005.
- 73 Fondo Mundial, 2008c: 59.
- 74 Strachan et al., 2004.
- 75 Bradley et al., 2008.
- 76 Ministerio Federal de Salud, Nigeria, 2008: 7.
- 77 Ministerio Federal de Salud, Nigeria, 2008: 9 y 10.
- 78 Ministerio Federal de Salud, Nigeria, 2008: 13.
- 79 Basu et al., 2004
- 80 Fondo Mundial, 2008e.
- 81 OMS, 2007: 3.
- 82 Proyecto USAID/DELIVER, 2008a.
- 83 Proyecto USAID/DELIVER, 2008b.
- 84 Fondo Mundial, 2008f.
- 85 Grupo de trabajo para la integración de la PF y el VIH, 2008; Hardee y Yount 1995; Mitchell et al., 2004.