



Abordando las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas viviendo con VIH: Desafíos para los proveedores de salud

Shalini Bharat,^a Vaishali Sharma Mahendra^b

^a Decana, Escuela de Estudios de Sistemas de Salud, Instituto Tata de Ciencias Sociales, Mumbai, India. E-mail: sbharat@tiss.edu

^b Oficial Senior de Programa, Consejo de Población, Nueva Delhi, India

Resumen: *Un personal de salud capacitado es fundamental para garantizar servicios de buena calidad a las personas con VIH. Existe sólo limitada información documentada sobre los retos y las limitaciones que afrontan los prestadores de servicios de salud para cubrir las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres VIH-positivos. En este artículo se resume la información sobre las actitudes, la motivación y el nivel de preparación de los prestadores de servicios para atender dichas necesidades, en el contexto de la crisis de recursos humanos y de las estrategias emergentes de tratamiento y prevención. Es imperativo invertir en gran medida en mejorar la infraestructura de salud y la capacidad de los prestadores de servicios para tomar precauciones universales contra la infección en los establecimientos de salud, así como capacitación integral y adecuada para que los profesionales de la salud desarrollen su capacidad para cubrir las necesidades de diferentes sectores de la población seropositiva. Entre ellos figuran no sólo médicos sino también enfermeras y parteras, quienes son las principales personas a cargo de cuidar a la mayor parte de la población en muchos lugares de bajos recursos. Los prestadores de servicios bien informados y que brindan apoyo son indispensables para ayudar a las personas VIH-positivas a buscar y seguir tratamiento, evitar las infecciones de transmisión sexual, el embarazo imprevisto y la transmisión vertical del VIH, y apoyar una vida positiva, libre de estigma y discriminación. Los profesionales de la salud, algunos de los cuales posiblemente sean VIH-positivos, pueden lograr cambios importantes, especialmente si reciben apoyo en sus condiciones de trabajo, si están bien informados respecto al VIH y la salud sexual y reproductiva, y si cuentan con las habilidades necesarias para prestar servicios de buena calidad. © 2011 edición en español, 2007 edición en inglés, Reproductive Health Matters.*

Palabras clave: *proveedores de servicios de salud, servicios de salud sexual y reproductiva, VIH/sida, capacitación de proveedores de servicios de salud, relaciones personal de salud-pacientes*

LOS recientes avances en el área de prevención y tratamientos del VIH han permitido una mayor esperanza de vida y mejorado las condiciones de salud para las personas que viven con VIH y han influido en sus expectativas sexuales y reproductivas. No sólo están cambiando las expectativas de las personas VIH positivas, sino que esperan una mayor celeridad en la atención de sus necesidades por el sistema de salud. Esta situación ha llevado a una demanda por la expansión del rol del sistema de salud para ofrecer servicios de

salud sexual y reproductiva para personas que viven con VIH.¹ Existen, sin embargo, limitaciones tanto dentro como fuera del sector salud que afectan las posibilidades de que los prestadores de servicios asuman este nuevo rol, así como en el ritmo y calidad de los servicios.² Los prestadores de salud constituyen un elemento crítico para la implementación de políticas y directrices de atención, tratamiento y apoyo para las y los afectados por el VIH. Un personal de salud adecuadamente informado, capacitado y motivado es fundamental

para cubrir las necesidades de las personas VIH-positivas; sin embargo, a menos que reciban el apoyo necesario, pueden convertirse en uno de los principales obstáculos para la ampliación de los servicios.³

Se ha recomendado establecer vínculos programáticos e integrar los servicios de salud sexual y reproductiva con los servicios de VIH, aunque la evidencia muestra que se pierden muchas oportunidades para hacerlo, por lo que es posible que los prestadores de salud no estén cubriendo adecuadamente las necesidades sexuales y reproductivas de las personas VIH-positivas. Por ejemplo, se encontró que en un centro de prevención de la transmisión madre-hijo (PTMH) y consejería y diagnóstico del VIH en Zambia, los prestadores perdían muchas oportunidades de brindar orientación sobre planificación familiar a mujeres VIH-positivas.⁴

Este artículo analiza las prácticas, actitudes, motivaciones y preparación de los prestadores de servicios para abordar las necesidades sexuales y reproductivas de las personas que viven con VIH en un contexto de crisis de recursos humanos y emergencia de nuevas estrategias de prevención y tratamiento, tanto en servicios de salud tradicionales como en servicios integrados de salud reproductiva y VIH. No pretende ser una revisión exhaustiva, sino utilizar la literatura existente para llamar la atención sobre cuestiones pertinentes y formular recomendaciones para políticas y programas.

Quiénes brindan los servicios de salud sexual y reproductiva para personas viviendo con VIH

La atención y apoyo en salud sexual y reproductiva y VIH son brindados por una variedad de prestadoras y prestadores de salud, tanto profesionales, como personal con una mínima formación o sin calificación formal. Los prestadores calificados son fundamentalmente médicas y médicos especialistas en problemas de piel, infecciones de transmisión sexual (ITS), gineco-obstetricia, medicina general y cirugía; enfermeras y obstétricas; profesionales que brindan consejería psicológica y trabajadoras/es sociales y de extensión comunitaria; educadoras/es en salud; personal de laboratorio y otros paramédicos. Dentro del sistema formal está incluido también el personal de sala y de limpieza que maneja los residuos y desechos

humanos del hospital, incluyendo órganos corporales, placenta y la ropa sucia de cama. En algunos países se involucra también a químicos y farmacéuticos. En este artículo se analiza fundamentalmente el rol de los prestadores de salud del sector público.

No obstante, es importante señalar que en la mayoría de países de bajos recursos, algunos de ellos seriamente afectados por el VIH, hasta un 90% del cuidado es doméstico, impago y básicamente asumido por mujeres y niñas,⁵ incluyendo a niños, y hasta un 80% de las muertes por sida ocurren en el hogar.⁶ A nivel comunitario, la atención es asumida por voluntarios formales e informales, incluyendo amigos, vecinos o miembros de iglesias, generalmente sin capacitación. Por lo general, los voluntarios formales han recibido algún tipo de capacitación y es posible que cuenten con supervisión; un ejemplo de ello son los voluntarios capacitados por TASO en Uganda, que brindan una gama de servicios tales como atención en el hogar, manejo de infecciones oportunistas, movilización comunitaria y tratamiento antirretroviral, entre otros. Otras fuentes relevantes de atención con base comunitaria son los curanderos tradicionales⁷ y espirituales o practicantes de medicina indígena, como la medicina ayurvédica en India.⁸ Una significativa proporción del cuidado es también proporcionada por las redes de pares VIH-positivos, particularmente servicios de apoyo social y psicológico.⁹

Es importante evaluar la idoneidad y capacidad actual de la infraestructura y de los prestadores de servicios para cubrir las nuevas demandas por servicios de salud sexual y reproductiva de calidad además de la atención y tratamiento del VIH.

Políticas y prestación de servicios

La falta de políticas apropiadas que brinden soporte a la prestación de servicios puede comprometer las funciones de los prestadores. Por ejemplo, en 1998 en Zambia, las enfermeras fueron autorizadas a recetar medicamentos sólo en ausencia de un médico,¹⁰ mientras que en el mismo periodo en Kenia, éstas podían prescribir medicamentos para el tratamiento de las ITS de manera legal, aunque esta política no era ampliamente conocida.¹¹ En muchos países en desarrollo, los servicios de planificación familiar (y más recientemente también los condones) no son ofrecidos a adolescentes y jóvenes solteros.¹²



TOM FURTWANGLER, COURTESY OF PHOTOSHARE

Sala de hombres VIH-positivos en un sanatorio cerca de Chennai que brinda atención al mayor número de pacientes de VIH de todos los establecimientos de salud pública en India, 2004

En algunos de ellos, ciertos anticonceptivos no han sido aprobados por el gobierno, lo que limita que se amplíe las posibilidades de elección de anticonceptivos a todas las mujeres, incluyendo a aquellas seropositivas. Por ejemplo, en India, no ha sido aún aprobado el Norplant, cuyo uso, junto con el condón, puede resultar muy conveniente para las trabajadoras sexuales. En muchos países, las medicinas para tratar las ITS todavía no forman parte de la lista de medicinas esenciales usadas de manera convencional por las enfermeras en el primer nivel de atención,¹³ y la estructura altamente jerárquica del sistema de salud puede quitar la autoridad conferida a los cuadros calificados de menor nivel, como enfermeras y obstetrices, para recetar medicamentos en presencia de un cuadro médico de mayor nivel.¹¹ En los países en que se penaliza la homosexualidad, no existen políticas o servicios específicos para las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres que tienen sexo con otros hombres, por ejemplo en algunas zonas de Asia Meridional.¹⁴

En la mayoría de sistemas de salud, el número de enfermeras, obstetrices y otros prestadores de nivel intermedio es mucho mayor que el de médicos, a excepción de los países de Europa Oriental y países asiáticos como Mongolia, que capacitó a más médicos que personal de menor nivel bajo el régimen soviético. Por esta razón, es posible que sea más apropiado y costo-efectivo capacitar a los cuadros de menor nivel en muchas de las tareas requeridas dentro de un programa ampliado de salud sexual y reproductiva para personas con VIH. Éstas podrían incluir el diagnóstico de VIH, una consejería y soporte post-test y permanente para personas con VIH y parejas discordantes, entrenamiento en el uso del condón y otras formas de sexo más seguro, consejería para la adherencia al tratamiento antirretroviral, apoyo psicosocial, consejería para la prevención de transmisión de madre a hija/o (PTMH) durante la gestación y suministro de medicamentos de PTMH en la gestación y el parto, consejería y apoyo para la lactancia y la alimentación alternativa, así como la tradicional atención del embarazo y el parto, el manejo de las ITS y la provisión de anticonceptivos.

Diferentes grupos de usuarios, diferente orientación de los servicios: la percepción de las y los prestadores

Algunos hallazgos sugieren que las y los prestadores apoyan la integración de los servicios de VIH y salud sexual y reproductiva, pero carecen de la confianza y habilidades necesarias para brindar servicios dentro de este modelo integrado. Pueden también presentar reservas debido a que ello supondría una mayor carga de trabajo y problemas de abastecimiento, así como respecto a las posibilidades de contar con el espacio y equipo necesarios para brindar dichos servicios.^{15,16} A pesar de que ambos tipos de servicios suponen una base común en términos de comportamiento, algunos prestadores perciben que los servicios de planificación familiar son preventivos, mientras que los de VIH curativos; y mientras que los primeros implican una base comunitaria, se considera que los segundos dependen más de la atención en los establecimientos.¹⁷

Las y los prestadores capacitados para brindar los servicios de salud tradicionales también perciben diferencias importantes en sus respectivos grupos de usuarios. Quienes brindan servicios de planificación familiar ven a sus usuarias/os como individuos sanos que requieren anticonceptivos, i.e., atención preventiva, mientras que los usuarios de servicios de ITS/VIH son vistos como pacientes sintomáticos que han sido identificados mediante el diagnóstico o la notificación de la pareja.¹⁷ Un problema adicional percibido por los prestadores es la diferente distribución por sexo de los usuarios de cada tipo de servicio, fundamentalmente mujeres en el primer caso y hombres en el segundo. En el caso de África, se ha argumentado que estos servicios atienden a dos poblaciones diferentes, por lo que los prestadores carecen de habilidades para brindar un servicio integrado.¹⁸ Los profesionales manifiestan también su preocupación por la pérdida de identidad profesional y autonomía. Finalmente, el imponer demandas adicionales a los prestadores sin mejorar la infraestructura, condiciones de trabajo y salario y la estructura curricular¹³ puede comprometer la calidad de los servicios, más allá de si los prestadores apoyan de manera individual el desarrollo de un programa integrado de atención.

Nivel de conocimientos, habilidades clínicas y de consejería

En ocasiones, el personal de salud carece de los conocimientos adecuados sobre conceptos básicos y de habilidades para brindar soporte a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas seropositivas. Un estudio realizado en el área rural de Tanzania mostró que las y los prestadores que brindaban consejería sobre lactancia en las clínicas de atención prenatal parecían comprender la importancia de mostrar sensibilidad y no emitir juicios de valor, así como de no imponer sus propios valores sobre las mujeres. Pero en términos operativos, no tenían claridad sobre el significado de la lactancia exclusiva, el mayor riesgo de transmisión del VIH asociado a la mayor duración de la lactancia y el método recomendado de destete para niños nacidos de madres VIH positivas, y tenían también dificultades para transmitir mensajes orientados específicamente a madres con VIH. Algunos prestadores reportaron haber asesorado a las mujeres para la lactancia exclusiva, aunque también haberles sugerido dar al bebé ocasionalmente agua hervida porque “enseñar a dar lactancia exclusiva es sólo teoría y no tiene nada que ver con la práctica”. A menudo tampoco brindaban una consejería no directiva. Describían a un buen orientador como alguien capaz de convencer a las gestantes de hacer “lo que el consejero quiere”, aceptando la consejería y diagnóstico del VIH, y a un mal orientador como aquel que presentaba una mayor tasa de rechazo para someterse a la prueba del VIH por parte de las mujeres.¹⁹

“Le das a la mujer la posibilidad de elegir, pero le dices también que la mejor opción es someterse a la prueba. Si durante la consejería pre-test la mujer no está de acuerdo, yo trato de convencerla hasta que acepte.”¹⁹

Los prestadores tienen también una limitada comprensión del tema de la doble protección y el uso dual de métodos para parejas sero-discordantes que desean prevenir el embarazo y la transmisión del VIH. En Zambia, por ejemplo, sólo pocos prestadores en el programa de planificación familiar conocían y comprendían la política que promueve la doble protección en este país y, en consecuencia, un número reducido brindaba consejería en este tema.¹⁵ Es fundamental que quienes brindan atención a personas con VIH tengan habilidades

de consejería, pero su profundidad y calidad varían ampliamente en los distintos espacios. Por ejemplo, las fronteras entre elección y coerción para promover el diagnóstico de VIH en mujeres que acuden a los controles prenatales pueden ser poco nítidas. No existe todavía consenso respecto a la política de ofrecer una prueba de VIH de rutina a las mujeres gestantes a través de un modelo de inclusión voluntaria o un modelo de exclusión voluntaria.^{20–22} El primero ofrece la opción de someterse a la prueba de VIH a todas las mujeres, mientras que en el segundo se informa a las mujeres que serán sometidas a dicha prueba a menos que manifiesten explícitamente su deseo de no hacerlo. El rol del prestador es fundamental para explicar estas opciones y respetar la decisión de las personas, especialmente de aquellas con menor educación, en situación de pobreza o en el caso de jóvenes. No obstante, el modelo de exclusión voluntaria puede ser utilizado para imponer la prueba a las mujeres sin informarles que tienen el derecho a negarse.^{23,24} Un estudio canadiense reportó que a pesar de que existía una política sobre el modelo de exclusión voluntaria en un establecimiento, no todas las mujeres parecían saber que podían excluirse, o incluso que estaban siendo sometidas a la prueba de VIH.²⁵

Los proveedores de servicios de planificación familiar pueden también carecer de la habilidad para aplicar un régimen prescriptivo estandarizado basado en la evaluación del riesgo tomando en cuenta los antecedentes de la persona, el examen pélvico y los resultados de laboratorio. Como resultado, esto puede traducirse en la incapacidad para orientar a los pacientes y sus parejas sexuales sobre los riesgos de transmisión y opciones de sexo más seguro. En dos clínicas de planificación familiar en Indonesia, por ejemplo, los prestadores no dieron consejería las parejas de pacientes con vaginitis y cervicitis ante la falta de un régimen de prescripción de tratamiento y una práctica de seguimiento.²⁶

Otras habilidades de consejería que requieren los prestadores de salud reproductiva, y de las cuales a menudo carecen, son la capacidad de referir a quienes han sido objeto de violación, agresión violenta o incesto. También suelen carecer de capacitación adecuada para enseñar el uso del condón o para ofrecer opciones anticonceptivas y educación sexual a pacientes VIH-positivos. La falta de conocimiento puede frustrar tanto a los proveedores de servicios como a quienes acuden

a los servicios, como se reportó en Zambia. Un estudio realizado con prestadores y usuarias de servicios en clínicas de planificación familiar en este país evidenció que las mujeres VIH-positivas se sentían frustradas por la incapacidad de los prestadores de informarles sobre anticonceptivos apropiados para prevenir el embarazo.¹⁵

“Me parece que no tienen información sobre métodos anticonceptivos seguros. Saben que soy VIH positiva pero no me hablan de los métodos adecuados para mí.”¹⁵

Los vacíos de información también dan lugar a una limitada aplicación de los hallazgos de investigación y al uso de métodos desactualizados e inadecuados de tratamiento y atención. La percepción de las y los pacientes de que los prestadores carecen de información y de habilidades clínicas y de consejería suele provocar confusión respecto a qué prácticas adoptar, y puede desalentarles a buscar nuevamente atención en caso necesario. Al mismo tiempo, puede generar frustración en las y los proveedores de servicios, que perciben la necesidad de ser actualizados periódicamente en un campo en constante cambio. En Zambia, por ejemplo, los prestadores de servicios de planificación familiar reportaron limitaciones para la orientación a mujeres VIH positivas por la falta de conocimientos actualizados y de habilidades suficientes de consejería.¹⁵

“La última vez que fui a un curso de planificación familiar fue en 1995. Muchas cosas han cambiado.” (Entrevista en 2003)¹⁵

Diferentes enfoques de capacitación a prestadores

Se han desarrollado distintos enfoques de capacitación para mejorar las capacidades de las y los proveedores de servicios a fin de que estén en posibilidades de cubrir las expectativas de las personas seropositivas. Reconociendo que los primeros carecen de habilidades suficientes para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres adultas y adolescentes con VIH, *Engender-Health* y la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/sida desarrollaron un manual de formación de trabajadores de salud. El currículo desarrollado es único en dos sentidos: introduce el concepto de consejería integrada en

salud sexual y reproductiva y adapta la estructura de consejería en el área de salud sexual y reproductiva y VIH para ayudar a que los prestadores ofrezcan servicios integrales. El manual se orienta a todo el personal que realiza atención clínica, consejería u otros servicios de apoyo, tanto en los establecimientos como a través de servicios de extensión comunitaria. Tiene como filosofía general el empoderar a las mujeres e involucrar a los hombres, y puede ser adaptado a distintas realidades culturales.²⁷

A fin de abordar las actitudes de los trabajadores de salud hacia la atención de personas que viven con VIH en India, Sharan, una destacada ONG, colaboró con Horizontes para elaborar un manual de sensibilización para prestadores. El manual utiliza los módulos de capacitación existentes e insumos de organizaciones locales que trabajan con afectados por el sida y con redes de personas viviendo con VIH. El equipo de capacitación está integrado por representantes de Sharan y por personas seropositivas, que utilizaron métodos interactivos y participativos para capacitar a trabajadores de salud de todos los niveles, incluyendo a médicos, enfermeras, personal de sala y personal de limpieza en hospitales seleccionados. Esta capacitación permitió que los trabajadores de salud se sensibilizaran no sólo respecto a los derechos de las personas seropositivas sino también respecto a su propio derecho a un ambiente de trabajo seguro y al desarrollo de habilidades para una atención confidencial y no discriminatoria.²⁸

Existe escasa literatura sobre la experiencia de gestión de enfermería en el área del VIH. El Programa Pediátrico y Perinatal de VIH/sida de Kingston capacitó a enfermeras y obstetras seleccionadas en el manejo de la PTMH, consejería y diagnóstico del VIH, y la identificación y gestión de enfermería en VIH y sida pediátrico y perinatal. El programa se inició en tres grandes centros de maternidad y cuatro centros pediátricos, con varias clínicas para mujeres gestantes afluentes. Una enfermera coordinadora supervisaba las intervenciones en cada lugar, y un equipo multidisciplinario realizaba un seguimiento de la gestión basada en un protocolo para la atención de mujeres gestantes y niños VIH-positivos. Se estableció una intensa colaboración con el gobierno de Jamaica y otras agencias. Entre los principales objetivos planteados estaban “alentar a otros trabajadores de salud en el cuidado de personas viviendo con VIH y sida; sensibilizar a la comu-

nidad sobre el VIH; aumentar la comodidad de las mujeres seropositivas que acceden a los servicios y sus familias; permitir la recolección prospectiva de información para fines de evaluación del programa e investigación, y potenciar la colaboración multidisciplinaria para ampliar el alcance de la atención a las usuarias y evitar la duplicidad de servicios de atención de salud”.²⁹ Resulta evidente que las y los prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva requieren ser capacitados en diversas áreas, lo que plantea desafíos específicos para quienes diseñan las políticas de formación de capacidades del personal de salud. ¿Todos deberían recibir capacitación en todas las áreas? ¿O debe encontrarse un balance entre una base común de habilidades médicas esenciales y respeto a los derechos humanos, y cierto grado de especialización y asignación de tareas a los distintos cuadros?

Directrices y protocolos nacionales e internacionales para la práctica clínica y la prestación de servicios

Actualmente, existe un número creciente de directrices, protocolos basados en la evidencia y políticas nacionales e internacionales para orientar la práctica y la prestación de servicios, elaborados por ONUSIDA, la OMS y otras agencias de las NNUU, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EEUU y otros. (Recuadro 1) Sin embargo, los prestadores a menudo desconocen su existencia¹⁵ y con frecuencia desarrollan sus propias interpretaciones y prácticas. Es importante que los prestadores conozcan estas directrices en su formación previa y en la capacitación en servicio, así como en las actualizaciones subsiguientes, lo que sólo puede garantizarse a través de sistemas adecuados de trabajo en red y de diseminación de la información.

Un problema a menudo enfrentado por los prestadores es que directrices de fuentes diversas pueden contener mensajes contradictorios. Por ejemplo, cada país europeo tiene una política y directriz diferente respecto a la notificación de la pareja para el caso de clamidia,³⁰ lo que es válido también para otras ITS y para el VIH, así como para otros países y regiones. La prestación de servicios para condiciones objeto de estigmatización como el VIH implica también la necesidad de ajustar las directrices a las particularidades y normas culturales, incluyendo las normas de género. Por

Recuadro 1. Guías y protocolos seleccionados para el cuidado de la salud y la salud sexual y reproductiva de personas viviendo con VIH.

- Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women and their Children in Resource-Constrained Settings. Geneva: UNFPA/WHO, June 2006. At: <www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexual_reproductivehealth.pdf>.
- Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and Their Children in Resource-Constrained Settings. Geneva: WHO, July 2004. At: <www.who.int/hiv/pub/mctc/guidelines/en>.
- Nutrition Counselling, Care and Support for HIV-infected Women: Guidelines on HIV-Related Care, Treatment and Support for HIV-infected Women and Their Children in Resource-Constrained Settings. Geneva: WHO, 2004. At: <www.who.int/hiv/pub/prev_care/nutrition/en>.
- Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Post-Exposure Prophylaxis. Atlanta: Centers for Disease Control & Prevention, 2005.
- Post-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection: Guidelines on the Use of Treatment Starter Kits. Geneva: UNICEF/WHO/UNAIDS, 2004. At: <<http://unworkplace.unaids.org/UNAIDS/common/docs/PEPdoc-May2004.pdf>>.
- Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance. Washington DC: USAID, 2003. At: <<http://unworkplace.unaids.org/UNAIDS/common/docs/PEPdoc-May2004.pdf>>.
- HIV and Infant Feeding: A Guide for Health Care Managers and Supervisors. Geneva: WHO/UNICEF, 2003. At: <www.unicef.org/nutrition/index_24811.html>.
- Harborview Centre for Sexual Assault and Traumatic Stress: Recommended Guidelines for HIV Post-Exposure Prophylaxis after Sexual Assault. 2005. At: <<http://depts.washington.edu/hcsats/pdf/guidelines/Recommended%20guidelines%20for%20HIV%20post-exposure%20prophylaxis%20November%202005.pdf>>.
- HIV Partner Counseling and Referral Services. Atlanta: Centers for Disease Control & Prevention, 1998.

ejemplo, estudios realizados en distintos países reportan casos de violencia, abandono, rechazo y discriminación luego que las mujeres revelan su estatus seropositivo.³¹ Por esta razón, las directrices sobre notificación de la pareja deben ser tomadas con cuidado. Los prestadores deben también tener la capacidad de contextualizar las directrices disponibles a las realidades locales y verificar su congruencia con las políticas nacionales, especialmente aquellas que afectan a las personas VIH-positivas, incluyendo grupos marginalizados como los hombres que tienen sexo con hombres. Cuando las políticas no apoyan los derechos de las personas seropositivas, los prestadores deben asegurarse que los servicios sí respeten estos derechos, y puede ser útil buscar orientación de los grupos de defensa de derechos y soporte a las personas que viven con VIH.

Actitudes de los proveedores, sesgos y discriminación

En todo el mundo se reportan actitudes negativas y sesgos de los proveedores hacia las personas que viven con VIH, y algunos de ellos reconocen también que existen resistencias para ofrecer una atención adecuada.^{32,33} Un estudio en India mostró que sólo el 15% de médicos estuvieron de acuerdo en admitir a mujeres VIH positivas para atención de parto en sus clínicas.³⁴ En un estudio realizado en cuatro estados de Nigeria, alrededor del 9% de la muestra total de 1,103 profesionales de salud (médicos, enfermeras, obstetras) directamente involucrados con pacientes VIH-positivos reportó negarse a atender a pacientes con VIH y una proporción similar reportó negarles la admisión al hospital. Alrededor de una tercera parte reportó haber observado a otros colegas negarse a atender pacientes con VIH y un 43% negarles la admisión al hospital.³⁵ Respecto a la atención en salud sexual y reproductiva, la negativa a brindar atención se expresa también a través del rechazo a atender a mujeres gestantes seropositivas durante el parto, y a realizar el examen del VIH a las parejas sexuales de personas seropositivas o a aquellas de las que se sospecha que tienen comportamientos sexuales de riesgo. Las trabajadoras sexuales VIH positivas, los usuarios de drogas inyectables y los hombres que tienen sexo con otros hombres que requieren atención en salud sexual y reproductiva son también objeto de discriminación y de juicios negativos por muchos prestadores de salud, que

los excluyen de los sistemas de atención de salud dirigidos a la población general.³²

Otros abusos incluyen violaciones a la privacidad y confidencialidad respecto al comportamiento sexual de las personas que viven con VIH, divulgar su estatus seropositivo y culpabilizarlas por la infección, la presión a las mujeres VIH-positivas para que se sometan a una esterilización o un aborto o para que no tengan (más) hijos, y consejería directiva respecto al uso de anticoncepción y alimentación del lactante.^{20,21,36,37}

A menudo, los prestadores ofrecen información incompleta debido a factores como asimetrías de poder, la percepción de que los pacientes con VIH son incapaces de comprender, actitudes negativas hacia la sexualidad de hombres y mujeres seropositivos, el considerar que las personas con VIH no merecen recibir atención, y las creencias religiosas de quienes brindan los servicios. Con frecuencia, los prestadores sólo promueven el uso del condón y no logran brindar una educación adecuada a las personas viviendo con VIH sobre otros métodos de sexo más seguro.³⁸ En Kenia, una evaluación de centros de consejería y diagnóstico encontró que sólo el 58% de los orientadores brindaba información sobre la función de doble protección del condón y sólo un 10% de las personas que acudían a realizarse la prueba era referido a los servicios de planificación familiar.³⁹ Algunos prestadores tenían actitudes fuertemente negativas hacia jóvenes solteros que buscaban servicios de planificación familiar, forzándolos de hecho a optar por prestadores menos calificados. En una evaluación de los proyectos piloto de PTMH apoyados por NNUU en 11 países, se encontró que los antecedentes religiosos de los orientadores condicionaban de manera importante el tipo de información brindada respecto a la planificación familiar. En Ruanda, por ejemplo, dos de los tres programas apoyados por organizaciones confesionales ofrecían orientación en planificación familiar exclusivamente referida a la abstinencia y postergación del inicio sexual, sin brindar información sobre métodos anticonceptivos modernos.⁴⁰

Inhibiciones frente a las relaciones sexuales y la sexualidad

Los prestadores de países desarrollados y en desarrollo, particularmente los que trabajan en el ámbito de la salud reproductiva, admiten tener

problemas para tratar con personas VIH-positivas que refieren tener parejas del mismo sexo, realizan trabajo sexual o utilizan drogas inyectables. Por ejemplo, se encontró que la mayoría de prestadores del área de planificación familiar en KwaZulu Natal brindaba orientación general sobre métodos anticonceptivos, pero no hablaba de temas "más sensibles" relacionados con el VIH y la negociación del uso del condón.³⁸ Una evaluación sobre los mensajes de sexo más seguro brindados por prestadores de salud a hombres seropositivos que tienen sexo con hombres mostró que uno de cada cuatro participantes nunca había recibido consejería sobre este tema de parte de su proveedor de salud actual, sea porque no conocía los factores de riesgo o porque había decidido ignorarlos.⁴¹ Otros estudios muestran que factores como limitaciones de tiempo, reembolso insuficiente para consejería, y vergüenza e incomodidad para abordar temas vinculados con la sexualidad están asociados con el hecho de no brindar orientación sobre sexo más seguro para personas seropositivas.⁴² Es probable que las dificultades de los prestadores para aceptar relaciones entre miembros del mismo sexo afecten la prestación de servicios o lleven a descuidar ciertos patrones de riesgo y necesidades de salud asociadas a ellos, como las ITS orales o anales entre hombres que tienen sexo con otros hombres o trabajadores y trabajadoras sexuales.³²

Infraestructura de servicios de salud: recursos humanos, medidas de seguridad y condiciones de trabajo

Un abastecimiento insuficiente de insumos básicos –por ejemplo agujas, jeringas, guantes, gasa con alcohol, instrumentos clínicos/quirúrgicos– y el temor a una infección por VIH hacen que algunos prestadores omitan procedimientos para personas que requieren servicios de salud sexual y reproductiva¹⁵ o refieran a los pacientes a otros servicios. El no observar precauciones universales, como el uso de guantes, hace que los proveedores sean renuentes a realizar procedimientos como el examen vaginal y la inserción del DIU,³² así como a atender el parto de mujeres seropositivas. El seguimiento y apoyo a mujeres VIH positivas que requieren servicios de salud reproductiva puede ser obstaculizado por la falta de insumos como condones masculinos y femeninos, su accesibilidad y problemas en el sistema

de distribución.¹⁸ Con frecuencia, la posibilidad de que los prestadores realicen visitas domiciliarias se ve afectada por la falta de transporte en los hospitales. Así, actividades como las visitas post parto se desarrollan sólo de manera voluntaria por aquellos que tienen un mayor compromiso, fuera de sus horas de trabajo y asumiendo los costos que éstas implican.¹⁹

En realidad, en muchos contextos las personas seropositivas reciben atención de salud de manera selectiva; son aceptadas para procedimientos percibidos como de bajo riesgo para la transmisión de VIH pero son desatendidas o dejadas de lado en procedimientos percibidos como de alto riesgo, tales como chequeos vaginales, cesáreas, esterilización, aborto u otros procedimientos invasivos.

Otros problemas estructurales, como los bajos salarios, la falta de pago o pago tardío, el desabastecimiento de medicinas, ambientes laborales inadecuados o equipos de baja calidad, y falta de electricidad o agua pueden afectar severamente la capacidad del personal de salud para atender a personas seropositivas, y convertirse en una razón para negarles la atención. Proveedores de salud de diversos países de África señalaron sentirse frustrados por la falta de equipamiento y medicinas, que a menudo es considerado un mayor problema que los bajos salarios, sugiriendo que la satisfacción del personal está estrechamente relacionada con contar con los elementos básicos para brindar servicios de manera apropiada.⁴³

Recursos humanos

Muchos países en desarrollo enfrentan una grave carencia de personal de salud calificado. En Ghana, Kenia y Zambia resulta difícil retener a las enfermeras capacitadas en el diagnóstico y manejo de ITS y existe una alta rotación de personal.¹¹ En Mozambique, la falta de personal de salud ha llevado a contratar a personal retirado o sin formación como consejeros.⁴⁴ Factores que contribuyen a esta situación son el éxodo del personal de salud capacitado a países más desarrollados o al ámbito de las ONG y agencias internacionales donde son mejor pagados, y el hecho que los trabajadores de salud del sector público opten por trabajar en proyectos implementados por donantes.⁴⁵ Los altos niveles de ausentismo y muerte del personal por causa del

VIH agravan el problema. Una evaluación arrojó una prevalencia de VIH de 39% en obstetras y 44% en enfermeras en Lusaka.⁴⁶ En Sudáfrica, se estimaba que 15.7% de trabajadores de salud eran VIH-positivos en 2002.⁴⁷

Otro problema relativo a los recursos humanos es que la mayoría de directivos y especialistas médicos en muchos países son hombres, mientras que el personal de atención y consejería que realiza trabajo comunitario está predominantemente conformado por mujeres. Son pocos los hombres que realizan trabajo de extensión comunitaria en salud sexual y reproductiva,⁴⁸ lo que dificulta realizar consejería a las parejas varones. El reclutamiento de consejeros hombres contribuiría a construir un ambiente propicio para el involucramiento de los varones, dado que las normas y valores de género hacen difícil que las mujeres puedan comunicarse con sus parejas sobre temas de sexo más seguro y salud reproductiva. Los consejeros hombres podrían también promover educación comunitaria sensible al género.

Los problemas de recursos humanos en el ámbito del VIH y la atención reproductiva, sin embargo, deben entenderse en el contexto de una escasez de proveedores calificados a nivel mundial. Según estimados, en la próxima década se requiere formar mundialmente a un adicional de 334,000 profesionales con habilidades obstétricas y 140,000 requieren actualización. Adicionalmente, 27,000 médicos y técnicos deben aprender habilidades para apoyar la atención materno-infantil. La OMS estima que se requiere US\$91 miles de millones para ampliar los servicios materno-infantiles, así como duplicar o triplicar los salarios. Esto será lo mínimo necesario para reclutar y retener al personal.⁴⁹ Este déficit en personal de salud es el mayor desafío para implementar programas a nivel nacional que intenten agregar la PTMH a los servicios prenatales y de atención del parto. Sin embargo, algunos gobiernos han desarrollado estrategias para abordar los problemas provocados por la disminución del personal sanitario, y las crecientes necesidades de atención vinculadas al VIH. (Recuadro 2)

En este contexto, vale la pena apoyar el concepto de “delegación de funciones” (task shifting) de la OMS para facilitar la introducción de anti-retrovirales en contextos de bajos recursos. Esto representa un cambio en la política mundial para permitir que personal menos calificado o no total-

Recuadro 2. Enfrentando los desafíos del sistema de salud en Malawi

El gobierno de Malawi ha desarrollado un enfoque que consiste en cinco líneas fundamentales para mejorar en el corto plazo el déficit de recursos humanos para el tratamiento y atención del VIH, con el apoyo del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Las áreas centrales incluyen: incentivos para el reclutamiento y retención de personal en hospitales públicos de Malawi en 11 carreras profesionales y técnicas; ampliar la capacidad de formación nacional en un 50% y duplicar y triplicar, respectivamente, el número de enfermeras y médicos capacitados; utilizar médicos y enfermeras voluntarios internacionales como tutores como medida provisional; aceptar asistencia técnica internacional para la formación de capacidades en el personal del Ministerio de Salud que realiza las funciones de planificación y gestión; y establecer un sistema de monitoreo y evaluación más sólido.⁵⁰

mente calificado pueda asumir responsabilidades adicionales.* Se trata de una política razonable a corto y mediano plazo para responder a la crisis de recursos humanos, pero tiene implicancias de política considerables con relación a las responsabilidades y capacitación del personal de salud, y respecto a las decisiones sobre cómo lograr un equilibrio entre las habilidades básicas, especializadas e integrales.

Mejorando la infraestructura y el ambiente de trabajo

Es necesario apoyar a las y los prestadores para que puedan desarrollar adecuadamente sus tareas y mejoren sus niveles de conocimiento y habilidades. Las expectativas de los prestadores como agentes de cambio deben estar acompañadas de un reconocimiento de sus propias necesidades y derechos, de la necesidad de supervisión y actualizaciones de capacitación periódicas, así como de información y directrices relevantes y una remuneración adecuada y otros incentivos para su trabajo. En particular, el personal de nivel inferior recibe bajas remuneraciones, y es frecuente en muchos países en desarrollo que se les pague con

retraso o no se les pague, lo que da como resultado un personal desmotivado y desmoralizado. Tan importante como lo anterior es el hecho que la labor de atención no sea considerada sólo un trabajo individualizado y técnico ni un asunto de gestión, sino un trabajo de equipo y un aspecto esencial de un proceso participativo de atención y apoyo. Por ejemplo, un estudio en hospitales demostró que es importante involucrar a los prestadores en la elaboración de los planes de atención de los servicios.⁵¹ Su participación en el diseño de los programas de atención permite que desarrollen un sentido de apropiación y compromiso para implementarlos adecuadamente.

El éxodo de proveedores de servicios capacitados en contextos de bajos ingresos constituye un motivo de preocupación importante. Es esencial contar con estructuras salariales que garanticen un pago digno, ambientes de trabajo seguros, buenas perspectivas de desarrollo profesional y acceso al tratamiento de VIH, tanto profilaxis post-exposición como tratamiento antirretroviral y tratamiento para infecciones oportunistas para aquellos seropositivos, a fin de que sea posible desarrollar y retener una fuerza de trabajo para la prestación de servicios de VIH y de salud sexual y reproductiva.

Seguridad en el lugar de trabajo

El riesgo de exposición al VIH es una preocupación importante para los trabajadores de salud, especialmente en la atención obstétrica, ginecológica y de emergencia.⁵² La mayoría de prestadores percibe que procedimientos invasivos tales como la inserción de DIU, el examen vaginal y el parto, procedimientos quirúrgicos como el aborto, la cesárea y la esterilización, y el examen de úlceras en el caso de ITS, son muy riesgosos, incluso si utilizan guantes.^{32,51} El temor a la exposición al VIH provoca que las enfermeras abandonen su profesión, como se reporta en Malawi, particularmente porque el desabastecimiento de artículos básicos como guantes obstaculiza la adherencia a precauciones universales de seguridad.⁵⁰

Las personas VIH positivas, con razón, demandan que los servicios estén basados en un enfoque de derechos y en principios éticos. La agenda de derechos debe extenderse también a los prestadores, es decir, el derecho a un ambiente de trabajo seguro y no nocivo, así como información y

* El Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 da cuenta de manera integral del tema de recursos humanos en la salud. Ver: <www.who.int/whr/2006/en/>

Recuadro 3. Precauciones universales relacionadas con la atención a la salud sexual y reproductiva

Debe tomarse precauciones con todos los pacientes y al realizar cualquier práctica invasiva, independientemente del estatus serológico, lo que mejorará las condiciones de seguridad para todos. Esto hace innecesario el diagnóstico de VIH para el personal de salud y los pacientes, salvo cuando se requiera este conocimiento para no afectar el tipo de tratamiento que recibirá el paciente. El riesgo de infección por VIH en los centros asistenciales es muy bajo cuando se toman precauciones universales. Los trabajadores de salud deben ser capacitados en la adopción de prácticas seguras, muchas de las cuales no son nuevas y deberían haber sido aplicadas siempre, tomando en cuenta las condiciones reales.

Por ejemplo, puede pedirse a las enfermeras que registren todos los procedimientos desarrollados, si utilizan guantes y en qué momento lo hacen, el número de veces que tuvieron contacto con sangre, y las heridas sufridas durante un turno completo, por ejemplo de seis días. Puede decirseles qué precauciones tomar en este tipo de situaciones y proporcionarles suministros suficientes de guantes y depósitos para desechar las agujas usadas, y luego pedirles que registren todos los procedimientos durante otro turno completo para comparar si hubo un incremento en el número de precauciones tomadas.

Las parteras tradicionales que trabajan con sus manos en contextos rurales pueden tener cortes o rasguños. Las sugerencias pueden incluir lavarse las manos antes y después de un parto con un jabón no abrasivo, aunque la provisión de guantes debe ser prioritaria. Las parteras usan instrumentos punzantes para realizar la episiotomía y cortar el cordón umbilical; deben haber sido capacitadas para esterilizarlos para prevenir el tétano, práctica que debe ser reforzada con relación al VIH.

La mayoría de contactos involucran la piel. Las precauciones universales se aplican al semen, las secreciones vaginales, la leche materna, la sangre y otros fluidos corporales que visiblemente contengan sangre, líquido amniótico, placenta y un conjunto de otros fluidos y tejidos corporales. No es necesario considerar dentro de las precauciones universales a la saliva, el sudor, el esputo, las lágrimas, el vómito, la orina o las heces, a menos que visiblemente contengan sangre.

Ejemplos de precauciones universales

- **Esterilización de equipos reutilizables** para anticonceptivos inyectables, espéculos, instrumentos

para cortar el cordón umbilical, realizar una episiotomía, insertar y remover un implante anticonceptivo o un DIU, abortos quirúrgicos, laparoscopia, esterilización femenina y vasectomía y técnicas de concepción asistida, entre otros.

- **Eliminación segura de equipo no reutilizable**, como agujas y jeringas utilizadas para vacunación infantil, vacunación contra el virus de papiloma humano, e inyecciones en atención obstétrica de emergencia.

- **Equipo y procedimientos de protección** como guantes de plástico o goma para procedimientos obstétricos, ginecológicos y de planificación familiar y exámenes vaginales, tachos y bolsas de desecho para agujas y objetos punzocortantes, esterilizadores, lentes de seguridad en situaciones en las que puede salpicar sangre, batas quirúrgicas y mandiles de plástico. Los obstetras y obstetras deben utilizar guantes que cubren la parte inferior del brazo para evitar el contacto directo con los fluidos y sangre materna durante y después del parto, durante el corte del cordón y la eliminación de la placenta. Se recomienda también utilizar aparatos simples de succión para remover los fluidos de la boca del recién nacido. La eliminación de la placenta debe ser realizada de acuerdo a los principios de manejo seguro de la sangre. Si los miembros de la familia acostumbran tradicionalmente enterrar la placenta en el hogar, debe utilizarse guantes y otros medios de manejo seguro y la placenta debe enterrarse lo suficientemente profundo para evitar que los animales la desentierren y la dejen expuesta.

- **El entrenamiento y apoyo** a través de medidas como rotación del personal, reducción de la carga de trabajo en lo posible, una estructura de compensación del desempeño laboral y apoyo de pares, son recomendados para reducir el estrés y agotamiento, los mismos que pueden provocar accidentes. Los sindicatos, asociaciones profesionales y directivos pueden formar grupos de discusión orientados a que el personal enfrente sus propias actitudes, miedos y concepciones erróneas respecto al VIH y su propia situación de riesgo, así como una posible sobre-reacción respecto a las necesidades de seguridad, la clarificación de sus valores y la consideración del efecto que sus propios miedos pueden tener sobre las personas viviendo con VIH bajo su cuidado.

Tomado de Berer, M, Ray, S. *Women and HIV/AIDS: AN International Resource Book*. Londres: Pandora, 1993. p. 67-70

medios de protección, incluyendo acceso a profilaxis. Los gobiernos deben invertir en programas de capacitación de buena calidad para los prestadores de servicios de VIH y salud sexual y reproductiva, en mejorar las condiciones de tra-

bajo en entornos ligados a la salud y en proteger el derecho de los trabajadores de salud a la seguridad ocupacional. Es urgente que los medios de precaución universal para evitar la infección y la profilaxis post-exposición para la exposición

ocupacional estén disponibles, lo mismo que la difusión de la existencia de estas herramientas y su uso entre todos los trabajadores de salud. (Recuadro 3).

Las recomendaciones para profilaxis post-exposición luego de una exposición ocupacional al VIH fueron desarrolladas por el Grupo de Estudio de Profilaxis Post-Exposición (PPE) Ocupacional Europeo en 2004, debido a que la profilaxis post-exposición ocupacional no se utilizaba de manera consistente en los países europeos. Las recomendaciones establecen que si las características de la exposición hacen necesario iniciar la PPE, ésta debe empezarse lo más rápidamente posible. Se desalienta la iniciación después de las 72 horas. La PPE debe ser iniciada rutinariamente con cualquier combinación triple de antirretrovirales aprobados para el tratamiento de pacientes con VIH; se prefiere un régimen de dos tipos. Debe buscarse la historia de tratamiento del paciente que originó el riesgo de contagio. Debe brindarse consejería y apoyo psicológico y realizarse un diagnóstico del VIH y una evaluación clínica inicial, a las 6-8 semanas y al menos seis meses post-

exposición. Debe considerarse un monitoreo clínico y de laboratorio adicional a la semana y a las dos semanas, dado que la adherencia y tolerancia al tratamiento pueden poner de relieve reacciones adversas y potencial toxicidad. No se recomienda realizar como rutina pruebas de resistencia al VIH en el paciente fuente, ni ensayos directos con el virus en los trabajadores de salud expuestos.⁵³ La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS, reconociendo las preocupaciones por la transmisibilidad del VIH en trabajadores de salud y la mayor carga sobre el sistema de salud y los prestadores de salud, han desarrollado un conjunto de directrices para los servicios de atención del VIH y sida que abarcan la legislación, el desarrollo de políticas, la seguridad y salud ocupacional y otras cuestiones técnicas. (Recuadro 4).

Estrés y demandas de atención del VIH

La atención del VIH puede ser muy estresante y desgastante emocionalmente. Los consejeros de PTMH en la zona rural de Tanzania reportaron estrés laboral derivado de una fuerte y deman-



LARRY TOWELL / MAGNUM PHOTOS

Centro de salud de Médicos sin Fronteras, que atiende a 6,000 pacientes de VIH, Kigali, Ruanda, 2005

Recuadro 4. Directrices de la OIT/OMS sobre servicios de salud y VIH/sida: una síntesis⁵²

Los empleadores en el sector salud deben garantizar que se proporcione a los trabajadores de salud de todos los niveles la información, capacitación y recursos que requieren para mantener, actualizar y mejorar sus habilidades, conocimientos y desempeño a fin de:

- aumentar la conciencia de los riesgos de exposición a agentes patógenos transmitidos por la sangre;
- comprender las formas de transmisión de los agentes patógenos transmitidos por la sangre, con particular énfasis en el VIH y la hepatitis B y C;
- seguir precauciones universales y otras prácticas en el lugar de trabajo para garantizar la seguridad y la salud en todo momento e identificar y anticipar situaciones en las que puedan verse expuestos a patógenos transmitidos por la sangre;
- estar conscientes de las obligaciones legales vinculadas a la seguridad y salud ocupacional;
- informar de manera inmediata y exacta a la persona designada en el lugar de trabajo, sobre cualquier exposición a sangre o fluidos corporales
- iniciar oportunamente la profilaxis post-exposición según corresponda, de acuerdo a la evaluación del nivel de riesgo de transmisión (y si se es VIH negativo)
- implementar procesos de diálogo social para mejorar la práctica en el lugar de trabajo;
- apoyar o participar en un comité de seguridad y salud ocupacional y promover su funcionamiento en el contexto de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Los programas de información y capacitación para gerentes y supervisores deberían habilitarlos para:

- garantizar que los empleados en riesgo sean informados sobre la transmisión de los agentes patógenos transmitidos por la sangre, como el VIH, la hepatitis B y C;
- implementar y gestionar los diferentes elementos de la seguridad y salud ocupacionales, especialmente prácticas de trabajo seguro y medidas de prevención y protección en los servicios de atención y apoyo de VIH y de salud sexual y reproductiva;
- ser conscientes de sus obligaciones legales con relación a la seguridad y salud ocupacionales;
- garantizar que cualquier episodio de exposición al VIH y la hepatitis B y C sea reportado y se adopten las medidas correctivas necesarias; y
- referir a los empleados para que obtengan información, orientación y consejería en caso de preocupación respecto a la exposición al VIH en general o en el contexto de los servicios de salud reproductiva

dante carga de trabajo, incluyendo actividades fuera de horario de trabajo, un flujo de pacientes imprevisible y una extensa jornada laboral.¹⁹ Se sabe que además del estrés derivado del trabajo, los prestadores experimentan un estigma “secundario” o “de cortesía”, en virtud de su asociación con el trabajo en VIH/sida.²⁹ Algunos prestadores enfrentan la desaprobación de sus familias y de otras personas por la naturaleza de su trabajo, así como pérdida de estatus social,⁷ además de aislamiento por parte de sus compañeros profesionales de salud.

“Muchos policlínicos me rechazaron descaradamente y nunca me permitieron realizar prácticas en VIH en sus locales... No me permitían entrar a sus asilos incluso si iba con pacientes sin VIH. Sí, en realidad me etiquetaron como un médico de VIH”. (Médico, Mumbai, India)⁵⁴

Los prestadores de salud en países de bajos recursos, particularmente aquellos muy afectados por el VIH, pueden enfrentar demandas de tiempo adicionales debido al alto número de pacientes por proveedor y altos niveles de frustración por no ser capaces de brindar soporte a necesidades básicas de alimentación, abrigo y ropa de los pacientes a los que brindan consejería sobre nutrición o adherencia al tratamiento.

“Los mensajes de TASO sobre vivir positivamente, comer bien, cuidar su salud, pueden resultar crueles cuando las personas luchan por traer algo de comida al hogar.” (Proveedor, Uganda)⁷

La incapacidad para mantener una distancia profesional puede ser fuente importante de estrés en entornos de alta prevalencia de VIH, donde algunos proveedores no pueden cerrar la puerta al VIH en ningún momento dado que los propios miembros de su familia son seropositivos, dejándolos sin respiro. Aquellos demasiado involucrados pueden experimentar una sensación de fracaso personal y culpa si, por ejemplo, una mujer seropositiva se embaraza a pesar de acudir a la consejería de planificación familiar.⁷ En contextos de alta prevalencia, donde el logro de metas y la evaluación del éxito del programa tienen a menudo mayor prioridad que la organización de actividades de autocuidado y momentos de descanso para los prestadores, el agotamiento es un problema fundamental.

“Es un hecho que los donantes externos no están realmente preocupados por cuestiones vinculadas al bienestar del personal, les interesa más a cuántos clientes pueden llegar con la cantidad de dinero que aportan.” (Prestador de salud, miembro de TASO, Uganda)⁷

Cuidando a quienes brindan cuidados

Es necesario que el manejo del estrés sea también considerado un elemento esencial para mejorar la productividad y sensibilidad en la respuesta de los prestadores a las personas viviendo con VIH, al igual que a todos los pacientes. Algunas ONG en Uganda, Sudáfrica y otras partes de África tienen servicios que abordan las necesidades de los prestadores, los mismos que pueden ser utilizados y adaptados como modelos para otros lugares (Recuadro 5).

Mejorando los conocimientos básicos y la capacitación en habilidades de consejería, atención clínica y enfoque de derechos

A fin de atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas seropositivas, los prestadores deben tener no sólo habilidades clínicas, conocimientos biomédicos y habilidades de atención y consejería, sino también un buen nivel de conocimiento sobre los programas en el ámbito nacional y los vínculos programáticos, así como una comprensión de, y sensibilidad hacia, los derechos y temas de género en el contexto del VIH/sida.

Los programas de capacitación deben diseñarse para promover la auto-reflexión de los proveedores sobre sus propias actitudes, valores, sesgos, nivel de conocimiento y práctica en la atención del VIH, y para desarrollar una sensibilidad hacia al derecho de atención y tratamiento de las personas independientemente de su estatus serológico o de la forma como adquirieron la enfermedad. Debe brindarse orientación adecuada para que los prestadores se familiaricen con situaciones y contextos de vulnerabilidad hacia el VIH, con referencia específica a las personas seropositivas que son marginadas debido a la naturaleza de su trabajo, sexo, edad, prácticas sexuales e identidad sexual. Existe una necesidad urgente de construir capacidades de atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva de diferentes sub-poblaciones seropositivas, las

Recuadro 5. Manejo del estrés para trabajadores de salud

TASO, un centro de atención y apoyo al VIH en Kampala, Uganda, prioriza los salarios de quienes brindan consejería al elaborar el presupuesto. Los consejeros reciben el doble de la remuneración que los empleados públicos con calificaciones similares. Esto evita que los consejeros capacitados opten por migrar a otras organizaciones o tengan que buscar otras fuentes de ingreso. Cuando los consejeros, en su totalidad VIH-positivos, sufren alguna enfermedad y deben ausentarse, siguen recibiendo su salario. Para el manejo del estrés se les apoya promoviendo el diálogo y talleres donde comparten experiencias y sesiones de meditación.⁷ Mildmay, un centro de atención que brinda cuidados paliativos en Kampala, realiza talleres con cuidadores una vez al mes, en los cuales un equipo multidisciplinario aborda los temas presentados por éstos. El personal de salud también recibe consejería individual con un terapeuta entrenado. El centro ha establecido una cultura de respeto a los fines de semana y vacaciones anuales, para ayudar a los prestadores a lidiar con su carga de trabajo.⁷

Visión Mundial Uganda organiza retiros periódicos para minimizar el riesgo de agotamiento en su personal. Los retiros les ofrecen un tiempo y espacio para salir completamente de su trabajo cotidiano y dedicarse a rezar y estudiar la biblia, divertirse y jugar y compartir libremente problemas vinculados a la atención de los pacientes, en un espíritu de creación de lazos afectivos.⁷ En Línea de Vida, Sudáfrica, los consejeros llevan un curso de entrenamiento de 8-10 semanas sobre crecimiento personal, en el que se insiste sobre la importancia de cuidarse a través de un ejercicio llamado “la vida es una elección”. Este es seguido de un curso en habilidades de comunicación y consejería para ayudarlos a afrontar el estrés y prevenir el agotamiento, comprendiendo que cuidarse a sí mismos es tan importante como cuidar a los demás. Con relación a las políticas del bienestar del personal, lo que parece dar mejores resultados es establecer metas realistas para el trabajo, asegurar periódicamente un tiempo libre, presupuestar los retiros anuales, brindar atención de salud y permisos por enfermedad pagados, promover el trabajo de equipo para distribuir la carga emocional, nombrar un consejero para los cuidadores e involucrar a estos últimos en las decisiones que los afectan.⁷

mismas que pueden variar ampliamente. (Recuadro 6). De esta manera, los programas de capacitación diseñados para los prestadores de salud que brindan atención a parejas heterosexuales pueden tener componentes distintos de aquellos dirigidos a prestadores que atienden a trabaja-

Recuadro 6. Necesidades de capacitación de las y los prestadores de salud

Con relación a los conocimientos

- directrices y protocolos nacionales e internacionales para programas de salud reproductiva y sexual y VIH, incluyendo programas integrados y prácticas recomendadas;
- información correcta, relevante y actualizada sobre el VIH, incluyendo los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH;
- conocimientos sobre las diferentes necesidades de salud reproductiva de personas seropositivas según factores como edad, género, orientación sexual, y de otras en situación marginal, como las personas que realizan trabajo sexual, tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo o son usuarias de drogas inyectables;
- conocimientos sobre enfoques actuales de prevención, incluyendo la PTMH, el uso del condón y la protección dual, el control de las ITS, la circuncisión masculina, el tratamiento antirretroviral para la profilaxis pre y post-exposición;
- información sobre el uso seguro, efectivo, apropiado y correcto de métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, aborto inducido y esterilización masculina y femenina;
- embarazo y parto seguros, atención puerperal y concepción asistida para mujeres y hombres seropositivos;
- decisión/consentimiento informados, privacidad y confidencialidad, e información médico-legal con relación a los servicios de salud sexual para sub-poblaciones como hombres que tienen sexo con hombres y otras cuya situación es penalizada bajo las leyes nacionales de muchos países;
- cuestiones legales relativas al VIH, por ejemplo respecto a la violación o el incesto, notificación de la pareja y leyes que penalizan la sexualidad, el trabajo sexual y el uso de drogas inyectables.

Con relación a las habilidades

- habilidades de comunicación y confianza para hablar sobre temas como las relaciones sexuales y la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos, la violencia basada en género, las enfermedades relacionadas con el VIH y el estigma;
- autoconciencia para identificar y responder a sus propios temores y preocupaciones;
- evaluación del riesgo para embarazos no deseados e ITS usando un enfoque no directivo y sin juicios de valor;
- habilidades para la consejería pre y post test, notificación de la pareja, consejería a parejas sero-concordantes y sero-discordantes;
- habilidades para manejar el tema del estigma y la discriminación de las personas VIH-positivas;
- estrategias para promover la protección dual y el uso del condón y enseñar cómo negociar un sexo más seguro;

- manejo de problemas de salud sexual, incluyendo disfunciones sexuales y prevención y tratamiento de las ITS;
- consejería y apoyo para la prevención de la transmisión perinatal y alternativas de alimentación del lactante;
- manejo de problemas de salud reproductiva y ginecológicos en mujeres con VIH, incluyendo los desórdenes menstruales, células cervicales anormales y cáncer cervical, y otro tipo de cáncer ano-genitales en mujeres y hombres;
- técnicas de aborto seguro – aspiración manual por vacío y aborto médico;
- provisión de drogas antirretrovirales y consejería para apoyar la adherencia al tratamiento;
- tratamiento de enfermedades oportunistas y condiciones vinculadas al VIH;
- habilidad para organizar los servicios adaptados a la prevalencia e incidencia de VIH y a la dinámica de transmisión locales;
- habilidad para operar dentro de un contexto de prestación de servicios integrados y/o adoptar un enfoque de trabajo en equipo con otros proveedores para asegurar una atención y tratamiento integrales de pacientes VIH positivos, incluyendo la atención de salud sexual y reproductiva.

Con relación a los derechos, la igualdad de género y la ética

- orientación hacia los derechos humanos, la igualdad de género y la ética, de manera que los prestadores brinden información, consejería, atención y apoyo adaptados a la edad y según especificidades de género;
- orientación para el respeto a los derechos y dignidad de todas las y los usuarios de servicios VIH positivos independientemente de la ruta de transmisión del VIH y la condición social;
- entendimiento de que todas las mujeres, hombres y parejas VIH positivos tienen la libertad de tomar decisiones informadas sobre las opciones vinculadas a la fecundidad y el resultado del embarazo;
- el derecho de las poblaciones vulnerables y marginadas a servicios de salud libres de prejuicio y estigma;
- reconocimiento y apreciación de las barreras y dificultades que enfrentan las personas VIH positivas para adoptar prácticas de sexo más seguras o adherirse a los regímenes de tratamiento.

Los materiales de capacitación deberían estar basados en información validada y metodologías aceptadas a nivel nacional e internacional por reguladores y especialistas. Las y los trabajadores de salud con habilidades comprobadas y experiencia son los mejores capacitadores, por lo que se recomienda la educación de pares a todos los niveles, lo mismo que el uso de una metodología participativa.

dores migrantes, personas privadas de libertad, niñas y niños de la calle, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores y trabajadoras sexuales.

Las y los prestadores que brindan atención en VIH deben recibir capacitación para poder anticiparse a las necesidades adicionales de consejería y apoyo para mujeres y hombres seropositivos y ayudarlos a tomar decisiones respecto a la sexualidad, el embarazo y la procreación. Por ejemplo, las mujeres que acudían al programa de PTMH en Tailandia hablaron positivamente sobre los prestadores de salud que les informaban que su inscripción en el programa PTMH permitiría reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH. A partir de esta asesoría, algunas mujeres indecisas decidieron continuar con su embarazo.⁵⁵

De igual importancia es la necesidad de capacitar a los prestadores de servicios de planificación familiar para evaluar el riesgo de una ITS. En un centro de planificación familiar en México, las mujeres a las que se informaba de los factores de riesgo y la prevención de las ITS podían hacer preguntas sobre anticoncepción durante la consejería, y como consecuencia, un menor número de ellas elegía de manera inapropiada un DIU como anticonceptivo. Los prestadores no capacitados para evaluar los riesgos relativos a las ITS recomendaban con mayor frecuencia el DIU.⁵⁶

Los prestadores también deben recibir orientación sobre las barreras socioeconómicas que obstaculizan el acceso a los servicios, concretamente, la falta de acceso a transporte, la pérdida del empleo y la existencia de otras necesidades de atención en salud o de otro tipo en las y los pacientes, como por ejemplo la necesidad de resolver el cuidado de los niños, de manera que no los culpabilicen en caso de demora para la búsqueda de tratamiento o baja adherencia al tratamiento.

En su mayor parte, la capacitación en servicio para la atención del VIH en países en desarrollo consiste en un programa único de corto plazo – de ocho horas a una semana completa– para personal médico y enfermeras. Difícilmente existen otros programas diseñados para otro personal de apoyo, por ejemplo asistentes de sala y personal de limpieza. Incluso cuando existen políticas sobre el VIH, no se proporciona una adecuada capacitación al personal en este tema. No obstante, diversos estudios en India, América Latina y parte de África (Zambia, Senegal, Uganda) sugieren que los programas de capacitación participati-

vos y con un enfoque de derechos contribuyen a mejorar los conocimientos de los prestadores, sensibilizándolos hacia los enfoques de género y derechos en la atención de salud, reduciendo el estigma y la discriminación vinculados al sida, y mejorando sus habilidades para evaluar los riesgos y vulnerabilidades de quienes buscan atención en salud.^{51,57,58}

Otra cuestión fundamental es la capacitación de los trabajadores de salud en lugares remotos o de difícil acceso por vía terrestre. Los capacitadores tienen problemas para acceder a estos lugares, y es posible que enfrenten barreras de idioma y otras cuestiones vinculadas a la supervisión y flujo de información.

Expandiendo la provisión de servicios: apoyo de pares bajo la modalidad tradicional y por personas VIH positivas y otros sistemas informales

Dadas las debilidades de los sistemas de salud en muchos países en desarrollo, una manera de enfrentar los problemas es ampliar la gama de proveedores de salud para incluir a proveedores informales y menos capacitados.⁵⁹ En muchos de estos países, es frecuente que una proporción significativa de pacientes afectados por una ITS y de aquellos que requieren servicios de aborto u otra condición estigmatizada busquen servicios fuera del sistema de salud estructurado y formal. Por lo tanto, es importante que estos prestadores sean capacitados al menos en algunos aspectos de la atención en salud sexual y reproductiva para personas viviendo con VIH.

Se estima que a nivel mundial, más de un millón de mujeres que viven con el VIH dan a luz sin la asistencia de un personal calificado.⁶⁰ El rol de las parteras tradicionales es fundamental en este contexto. En Kenia, por ejemplo, se está capacitando a las parteras para promover la PTMH y reconocer las complicaciones de alto riesgo en mujeres seropositivas. Asimismo, reciben un pago por llevar un registro y por acompañar a las mujeres con complicaciones a las clínicas en busca de tratamiento.⁶¹ Se ha advertido,^{62,63} sin embargo, sobre los límites de depender de las parteras para brindar servicios a mujeres seropositivas en lugar de capacitar a las obstetrices calificadas para estas tareas. No obstante, en algunos países de bajos ingresos no se asigna recursos para ello.

En muchas partes de África, los curanderos tradicionales (herbolarios, espiritistas o quienes practican ambas especialidades) juegan un rol importante en la salud de las personas, incluyendo a aquellas afectadas por el VIH y el sida. En 1994, la OMS recomendó mejorar sus habilidades y colaborar con ellos en el nivel formal. En consecuencia, se intentó desarrollar algunas iniciativas de colaboración entre practicantes tradicionales y biomédicos para la prevención, educación y consejería en VIH, cuya efectividad, eficiencia, sostenibilidad, relevancia y solidez ética fueron evaluadas. Uno de estos intentos fue realizado en el año 2000 con los curanderos Inanda del Valle de Mil Montañas, KwaZulu Natal, Sudáfrica. Un grupo de 16-20 curanderos asistió a talleres mensuales de un día de duración para aprender sobre la transmisión, prevención, tratamiento y atención del VIH. Los participantes discutieron también sobre las prácticas sexuales tradicionales y culturales y sobre comportamientos de sexo más seguro más allá del uso del condón para prevenir la transmisión del VIH. Como resultado, se estableció una red de referencia entre los curanderos tradicionales y el sistema formal de salud. En esta región, se ha incrementado la demanda por diagnóstico, consejería y apoyo por intermedio de los curanderos.

El involucramiento de los curanderos tradicionales para cubrir las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas seropositivas es una opción viable especialmente en entornos de alta prevalencia del VIH. Existen directrices de ONUSIDA orientadas a empoderar a las agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover una colaboración productiva entre los sistemas de salud tradicional y moderno.⁵⁹

El involucramiento de las personas VIH-positivas para brindar soporte y atención a sus pares es una estrategia que ha logrado un amplio respaldo.²¹ No obstante, estas personas son todavía sub-utilizadas en gran medida en los servicios de atención y apoyo, en los que podrían con mayor frecuencia brindar consejería efectiva a personas recientemente diagnosticadas, ser ejemplo de una vida positiva posterior al diagnóstico de VIH, ayudarlos a afrontar las cuestiones de salud sexual y a reducir la vergüenza y el estigma asociados al sida. Es más probable que las personas seropositivas sean percibidas por los hombres y mujeres recientemente diagnosticados como más receptivas y más confiables y empáticas gracias

a su propia experiencia vivida.⁶⁴ Sus posibilidades de comprender la realidad de las personas afectadas por el VIH podría generar una mayor demanda por el diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, brindar el soporte emocional que muchas personas necesitan y ayudar a prevenir la propagación de la infección.

Involucramiento de los prestadores de salud del sector privado

El estigma, la discriminación, la falta de servicios y su baja calidad en el sector público han obligado a muchas personas VIH-positivas a buscar atención con prestadores privados, incluyendo a prestadores alópatas calificados y capacitados. Se ha expresado, sin embargo, algunas preocupaciones respecto al rol del sector privado en la atención del VIH debido a la falta de capacitación específica en salud sexual y reproductiva y en relación al VIH, y a la limitada incorporación de prácticas basadas en evidencias siguiendo directrices nacionales e internacionales en cuestiones vinculadas al VIH. En India, el 66% de prestadores privados capacitados, fundamentalmente médicos, admitió realizar pruebas y diagnóstico de la infección de VIH y el 14% prescribía antirretrovirales, aunque se encontró que no conocían adecuadamente las directrices nacionales para el uso de los mismos.⁶⁵ Una preocupación adicional en muchos países es que el sector privado es escasamente regulado y ampliamente disperso. Es probable que los prestadores privados no establezcan vínculos con ONG y el sector público, lo que puede afectar la continuidad en la atención de los pacientes de VIH. No obstante, no se puede negar que este personal profesional capacitado puede ser, y a veces es, un recurso humano fundamental para brindar servicios de salud a personas seropositivas. Se requiere con urgencia formular estrategias para su capacitación en la atención de la salud sexual y reproductiva y el VIH así como para los prestadores del sector público, y vincular estos dos ámbitos estableciendo requisitos para el reporte a nivel nacional y adherencia a los estándares aceptados y las directrices nacionales. Se realizó un intento exitoso de este tipo en Nueva Delhi, India, donde un importante hospital del sector privado se comprometió por voluntad propia con ONG y hospitales del sector público para diseñar e

implementar una intervención orientada a la reducción del estigma vinculado al sida con el soporte del Programa Nacional de Sida.⁵¹

La política de los servicios de salud y cuestiones programáticas para los gobiernos

Los gobiernos requieren elaborar una política referida al lugar de trabajo para el sector salud, que promueva y proteja tanto los derechos de los prestadores a condiciones de trabajo más seguras, como los derechos de los usuarios y pacientes VIH-positivos a servicios de salud libres de discriminación. Pero no es suficiente formular las políticas, si no se logra garantizar su implementación y cumplimiento. En muchos países, las políticas sobre el lugar de trabajo tienen escaso impacto debido a que no se les asigna los recursos suficientes, no se promueve su cumplimiento, ni están sujetas a regulación.

Es necesario que los gobiernos inviertan más recursos en educación médica y en programas de capacitación en servicio para mejorar y fortalecer la atención en salud sexual y reproductiva bien fundada y actualizada para personas seropositivas. Las enfermeras y obstetras son el principal personal de atención primaria de salud para la mayor parte de la población en África subsahariana y otros sistemas de salud de bajos recursos, y la columna vertebral de los nuevos programas de PTMH. Probablemente, serán también el personal de primer nivel de atención disponible para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas y la provisión de terapia antirretroviral.⁶⁶ Es necesario revisar el currículo de formación de médicos, enfermeras y obstetras a fin de que ésta responda a las modalidades emergentes de prevención y tratamiento y a los avances científicos en la prevención, tratamiento y atención del VIH. La construcción de capacidades debe ser participativa e incluir al personal de salud de todos los niveles. El enfoque de los programas de capacitación debe orientarse a transformar las relaciones proveedor-paciente de un servicio de naturaleza exclusivamente clínica a otro centrado en el paciente, en el que prevalezca el respeto mutuo. Debe incorporarse garantías de calidad y seguimiento de las iniciativas de construcción de capacidades junto con mecanismos de monitoreo y evaluación de la capacitación,

con un reforzamiento periódico de las nuevas habilidades adquiridas. El reemplazo de personal resulta costoso, y se requiere de una planificación en recursos humanos para construir un cúmulo suficiente de profesionales de salud capacitados. Al mismo tiempo, es necesario establecer políticas de reclutamiento éticas, sensibles al derecho de los prestadores de salud a la movilidad profesional, a las necesidades del país de origen de retener a su personal experimentado y a las necesidades de los países anfitriones de reclutar más personal.

Se requiere también de un cambio de política para ampliar la lista de personas que pueden realizar las pruebas de VIH y brindar consejería, así como diagnosticar determinadas condiciones, prescribir y entregar medicación y realizar procedimientos, a fin de incrementar la disponibilidad de tratamiento y atención para personas seropositivas y de otros usuarios de servicios y pacientes. Es necesario abogar por los cambios en la legislación que permitan brindar servicios de salud sexual y reproductiva adecuados a los adolescentes VIH positivos. En los lugares con un número reducido de prestadores calificados y altos niveles de prevalencia del VIH, es necesario considerar la formación de nuevos cuadros de nivel intermedio, incluyendo a personas VIH-positivas, que reciban un entrenamiento básico para la atención y apoyo en el hogar, apoyo para la adherencia al tratamiento antirretroviral y a otros medicamentos, así como para muchos otros procedimientos sencillos.

Conclusión

Las y los prestadores de salud tienen un rol fundamental para apoyar a las personas VIH-positivas en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, el embarazo no previsto y la transmisión vertical del VIH, así como para apoyar una vida positiva, incluyendo el disfrute de una vida sexual saludable y relaciones libres de estigma y discriminación. Las y los prestadores, algunos de los cuales son también VIH-positivos, pueden lograr cambios importantes, especialmente si reciben apoyo en sus condiciones de trabajo, están informados sobre el VIH y la salud y derechos sexuales y reproductivos, y tienen las habilidades para brindar servicios de calidad.

Referencias

1. Stratchan M, Kwateng-Addo A, Hardee K, et al. An analysis of family planning content in HIV/AIDS, VCT, and PMTCT policies in 16 countries. POLICY Working Paper Series, No. 9. Washington DC, Policy Project, 2004.
2. World Health Organization. Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resources perspectives. Geneva7 WHO, 2004. At: bwww.who.int/entity/hrh/documents/HRH_ART_paper.pdfN.
3. Kober K, van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet* 2004;364(9428):103–7.
4. Rutenberg N, et al. Family planning and PMTCT services: examining interrelationships, strengthening linkages. Horizons Research Summary. Washington DC7 Population Council, 2003.
5. Ogden J, Esim S, Grown C. Expanding the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus. Washington DC7 International Center for Research on Women, 2004.
6. Uys L. Longer-term aid to combat AIDS [Guest Editorial]. *Journal of Advance Nursing* 2000;44(1):1–2.
7. UNAIDS. Caring for Carers: Managing Stress in Those Who Care for People with HIV and AIDS. Geneva7 UNAIDS, 2000.
8. Bharat S. Facing the challenge: household and community responses to HIV/AIDS in Mumbai, India. Geneva7 WHO, UNAIDS, 1996.
9. Horizons, International HIV/AIDS Alliance. Greater involvement of PLHA in NGO service delivery: findings from a four-country study. Washington DC7 Population Council, 2002.
10. Mutungwa CF, Nkwemu KC. Barriers and opportunities for integration of STD/HIV and MCH/FP service in Zambia. Lusaka7 Planned Parenthood Association of Zambia, 1998.
11. Njeru E, Njoka J. Barriers and opportunities for integration of STD/HIV and MCH/FP service in Kenya. Nairobi7 Sociology Department, University of Nairobi, 1998.
12. Wood K, Aggleton P. Promoting young people's sexual and reproductive health: stigma, discrimination and human rights. *Safe Passages to Adulthood*. London7 Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, 2004.
13. Lush L. Service integration: an overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(2):71–76.
14. Khan S, Bandyopadhyay A, Causey P. Risks and responsibilities: male sexual health and HIV in Asia and the Pacific. International consultation, India, 2006.
15. Banda HN, Bradley S, Hardee K. 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 DC7 Policy Project, 2004 At: bwww.policyproject.com/pubs/countryreports/Zam_FGD.pdfN.
16. Maharaj P. Integrated reproductive health services: the perspectives of providers. *Curatonia* 2004;27(1):23–30.
17. Kane R, Wellings K. Integrated sexual health services: the views of medical professionals. *Culture, Health and Sexuality* 1999;1(2):131–46.
18. Mantell JE, Hoffman S, Exner TM, et al. Family planning providers' perspectives on dual protection. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 2003;35(2):71–78.
19. de Paoli MM, Manongi R, Klepp KI. Counsellors' perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in Northern Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2002;10(20):144–56.
20. Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS. AIDS Discrimination in Asia, 2004. At: bwww/gnpplus.net/regions/human_rights_initiative.docN.
21. International Community of Women Living with HIV/AIDS. HIV positive women and human rights. ICW Vision Paper 4. London7 ICW, 2004.
22. Medrek M, Eckman AK, Yaremko O, et al. Problems HIV-positive women face accessing reproductive health care in Ukraine. Abstract TuPeE5404, Bangkok: XV International Conference on AIDS, 2004.
23. Lindsey E. HIV-infected women and their families: psychosocial support and related issues. A literature review. Geneva7 WHO, 2003.
24. Health and Development Network. Why we should oppose a return by stealth to the days of mandatory HIV testing. Newsletter. Bangkok: XV International Conference on AIDS, 2004.
25. Margolese SL. HIV testing and pregnancy: protecting access to informed consent through community action in Canada. Poster abstract ThPeE7981. Bangkok: XV International Conference on AIDS, 2004.
26. Budiharsana MP. Integrating reproductive tract infections services into family planning settings in Indonesia. *International Family Planning Perspectives* 2001;28(2):111–12.
27. EngenderHealth, International Community of Women Living with HIV/AIDS. Sexual and Reproductive Health for HIV-positive Women and

- Adolescent Girls: Manual for Trainers and Program Managers. New York: EngenderHealth, ICW, 2006.
28. Sharan, Horizons. Sensitization Training for Health Care Workers Providing HIV Care: Facilitator's Manual (Working draft). New Delhi: Sharan, 2004.
29. Palmer PM, Anderson-Allen MM, Billings CC, et al. Nursing interventions in the Kingston Paediatric and Perinatal HIV/AIDS Programme in Jamaica. *West Indian Medical Journal* 2004;53(5):327–31.
30. Low N, McCarthy A, Roberts TE, et al. Partner notification of chlamydia infection in primary care: randomised controlled trial and analysis of resource use. *BMJ* 2006;332:14–18.
31. Maman S, Medley A. Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates, barriers and outcomes. A review paper. Geneva: WHO, 2004. At: bwww.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf.
32. Bharat S, Aggleton P. India: HIV and AIDS related discrimination, stigmatisation and denial. UNAIDS Best Practice Collection, Key Material. Geneva: UNAIDS, 2001.
33. Hong KT, Van Anh NT. Understanding HIV and AIDS-related stigma and discrimination in Vietnam. Washington DC: International Council for Research on Women, 2004.
34. Mhase VT, Reddy PSN. Risk perception and reaction to HIV/AIDS as an occupational health hazard among medical practitioners in a suburb of Mumbai. *Indian Journal of Occupational Health* 2000; April–June:81–84.
35. Letamo G. The discriminatory attitudes of health workers against people living with HIV. *PLoS Medicine* 2001;2(8):e261.
36. Paiva V, Ventura FE, Santos N, et al. The right to love: the desire for parenthood among men living with HIV. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22): 91–100.
37. Mahendra V, Sarna A, Rutenberg N, et al. Does the PMTCT program facilitate access to HIV care and SRH services for HIV-positive women? Experiences from India. XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada 13–17 August 2006.
38. Ndhlovu L, Searle C, Miller R, et al. Reproductive health services in KwaZulu Natal, South Africa: a situation analysis study focusing on HIV/AIDS services. Washington DC: Population Council, 2003.
39. Reynolds HW, Liku J, Ndugga MB. Assessment of voluntary counselling and testing centers in Kenya. Potential demand, acceptability, readiness, and feasibility of integrating family planning services into VCT. Arlington VA: Family Health International, 2003.
40. Rutenberg N, Baek C, Kalibala S, et al. Evaluation of United Nations-supported pilot projects for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. New York: UNICEF, 2003.
41. Margolis AD, Wolitski RJ, Parsons JT, et al. Are healthcare providers talking to HIV-sero-positive patients about safer sex? *AIDS* 2001;15(17):2335–37.
42. Bluespruce J, Dodge WT, Grothaus L, et al. HIV prevention in primary care: impact of a clinical intervention. *AIDS Patient Care and STDs* 2001;15:1–11.
43. Fonn S, Mtonga AS, Nkoloma HC, et al. Health providers' opinions on provider – client relations: results of a multicountry study to test health workers for change. *Health Policy and Planning* 2001; 16(Suppl. 1):19–23.
44. Van Rooyen H, Solomon V. South African Development Community VCT final workshop report. SADC, 2002.
45. Berer M. Health sector reforms: implications for sexual and reproductive health services. *Reproductive Health Matters* 2002;10(20):6–15.
46. HIV positive women have different needs. *Network* 2001;20(4).
47. Shisana O, Hall EJ, Maluleke R, et al. HIV/AIDS prevalence among South African health workers. *South African Medical Journal* 2004;94(10):846–50.
48. Bharat S. Social assessment of the reproductive and child health programme – the Mumbai experience. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Department for International Development, 2003.
49. Gerein N, Green A, Pearson S. The implications of shortage of health professionals for maternal health in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):40–50.
50. Palmer D. Tackling Malawi's human resource crisis. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):27–39.
51. Mahendra VS, Gilborn L, George B, et al. Reducing AIDS-related stigma and discrimination in Indian hospitals. New Delhi: Population Council, 2006.
52. International Labour Organization, World Health Organization. Draft joint ILO/WHO Guidelines on health services and HIV/AIDS. Geneva: ILO/WHO, 2005. (*European Surveillance* [abstract] 2004; 9(6):40–43).
53. Puro V, Sicalini S, De Carli G, et al. Towards a standard HIV post exposure prophylaxis for healthcare workers in Europe. [Abstract]. *European Surveillance* 2004;9(6):40–43.
54. Bharat S. Challenging AIDS stigma and discrimination in south Asia. Report of an Electronic Discussion Forum. Mumbai: UNAIDS, Tata Institute of Social Sciences, 2004.
55. International Community of Women Living with HIV/

- AIDS. HIV Positive Women in Thailand – Their Voices and Choices. London7 ICW, 2001.
56. Lazcano Ponce EC, Sloan NL, Winikoff B, et al. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. *Sexually Transmitted Infections* 2000; 76(4):277–81.
57. Helzner JF. Transforming family planning services in the Latin American and Caribbean region. *Studies in Family Planning* 2002;33(1):49–60.
58. Fonn S, Xaba M. Health workers for change: developing the initiative. *Health Policy and Planning* 2001;16(Suppl. 1):13–18.
59. UNAIDS. Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa: a literature review. Geneva7 UNAIDS, 2000.
60. Bulterys M, Fowler MG, Shaffer N, et al. Role of traditional birth attendants in preventing perinatal transmission of HIV. *BMJ* 2002;324:222–24.
61. Kaai S, Baek C, Geibel S, et al. Experiences of postpartum women with PMTCT: the need for community-based approaches. 11th Reproductive Health Research Priorities Conference, Sun City, South Africa, 2004.
62. Walraven G. Commentary: involving traditional birth attendants in prevention of HIV transmission needs careful consideration. *BMJ* 2002;324: 224–25.
63. Berer M. Traditional birth attendants in developing countries cannot be expected to carry out HIV/AIDS prevention and treatment activities. *Reproductive Health Matters* 2004;11(22):36–39.
64. de Bruyn M, Paxton S. HIV testing of pregnant women: what is needed to protect positive women's needs and rights? *Sexual Health* 2005;2(3):143–51.
65. Sheikh K, Rangan S, Deshmukh D, et al. Urban private practitioners: potential partners in the care of patients with HIV/AIDS. *National Medical Journal of India* 2005;18(1):32–36.
66. Raisler J, Cohn J. Mothers, midwives, and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2005;50(4):275–82.



CONNELLY LAMAR, COURTESY OF PHOTOSHARE

Enfermera que trabaja en un templo que es tanto un hospital sin recursos suficientes como un refugio espiritual para personas que viven con VIH y sida sin hogar, Tailandia central, 2006.