

# Pasaporte de vida para jóvenes

**Proyecto Colombia**  
Fondo Mundial

Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH-SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia

En todo  
tu Derecho



# Salud Sexual y Reproductiva

Jóvenes re-*corridos* - Cuerpos con paisaje

## Módulo 4





## **Proyecto Fondo Mundial en Colombia**

### **©Proyecto Fondo Mundial en Colombia**

Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH-Sida, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia.

Proyecto aprobado para financiación en junio de 2003, durante la segunda ronda de revisión del Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

---

### **Autores del Proyecto**

Ricardo Luque, Gloria Puerta, Carlos Hernandez y Sofía Gutierrez del Ministerio de la Protección Social; Ricardo García y Nayibt Salom de ONUSIDA; Linda Eriksson de OIM; Harvey Suarez y Diego Henao de CODHES; Gisella Olivera y Mauricio Polanco del Ministerio de Educación Nacional; Alfredo Mejía del INS; Juan Ignacio Arango de PNUD; Celsa Sampson de OPS; Sergio Montealegre de RECOLVIH; Omar Orostegui del Programa Presidencial Colombia Joven; Patricia Sarmiento y Adriana Becerra de la Red de Solidaridad Social; Patricia Ospina, Andrew Dier y Liliana Schmitz de PROFAMILIA; Judith Sarmiento y María Elvia Domínguez y Franklin Gil de la Escuela de Género de la Universidad Nacional; Jorge Iván Moya y Janeth Perea de la Cruz Roja Colombiana.

### **Mecanismo Coordinador de País (MCP)–Colombia Instituciones miembros 2006**

Ministerio de la Protección Social  
Ministerio de Educación Nacional  
Instituto Nacional de Salud  
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida – ONUSIDA  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF  
Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA  
Organización Panamericana de la Salud – OPS  
Organización Internacional para las Migraciones – OIM  
Alto Comisionado para los Refugiados (ACNUR)  
Oficina de las Naciones Unidas contra Drogas y Crimen (UNODC)  
Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA  
Cruz Roja Colombiana  
Red Colombiana de Personas que viven con VIH y Sida – RECOLVIH  
Liga Colombiana de lucha contra el Sida  
Coalición de Líderes que viven con el VIH y Sida  
Fundación Henry Ardila  
Fundación Apoyo y Solidaridad  
Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia

## Gerencia del Proyecto

Gerente

Ángela Carmela González Puche

Asesor Especialista en Salud

Franklyn Prieto Alvarado - 2006

Diana Peñarete Ortiz - 2005

María Cristina Quevedo - 2004

Asesor en proyectos Productivos

Oliverio Huertas

Asesor en Ciencias Sociales

Daniel Fernández Gómez - 2005-2006

Manuel Antonio Velandia Mora - junio de 2005

Fernando González -2004

Asistente Administrativo y Financiero

Luis Caicedo Valbuena

Asistente del equipo

Astrid del Pilar Lara

Técnico en informática-programador

Oscar David Díaz Sotelo

---

Producción intelectual

Editores

Daniel Fernández Gómez

Franklyn Prieto Alvarado

Colaboradoras y colaboradores

Angela González - PFMC

Diana Peñarete - PFMC

Leonardo Mantilla - Asesor externo PFMC

Mary Luz Mejía - UNFPA

José Miguel Nieto - UNFPA

Bertha Gómez - OPS

Amparo Hernández - Universidad Javeriana

Julia Álvarez - Universidad Javeriana

Luz Helena Monsalve - Ministerio de la Protección Social

Ricardo Luque - Ministerio de la Protección Social

Olga Restrepo

Diseño e imágenes

Javier Alexander Barrera

## Agradecimientos

Agradecemos a las instituciones miembros del MCP y a sus representantes\* en los comités técnicos y asamblea general del Mecanismo en pleno, que han apoyado esta iniciativa desde sus comienzos. Igualmente agradecemos a quienes apoyaron con recursos humanos, técnicos y financieros y con sus ideas al desarrollo de la construcción de la Caja de Herramientas que usted tiene ahora en sus manos.

Ricardo Luque Núñez, Presidente MCP, Gloria Puerta, Sofía Gutiérrez y Carlos Hernández del Ministerio de la Protección Social; Ricardo García y a Nayibt Salom de ONUSIDA; Linda Eriksson, Camilo Potes, Manuel Rojas de OIM; María Clara Ortiz, Gisella Olivera, Myriam Corredor y Gloria Henao del Ministerio de Educación Nacional; Eduardo Álvarez, Pierre Paolo Balladelli, Celsa Sampson y Magda Palacio de OPS; Liliana Schmitz, Susana Moya y Marcela Rueda de PROFAMILIA; Juan Ignacio Arango del PNUD; Franklin Prieto, Oscar Pacheco, Rocío Góngora y Nelson Patarroyo del INS; Adriana León y Beatriz Acosta de la Red de solidaridad social; Manuel Manrique, Enio Cufino, María del Pilar Rodríguez, Irene Rodríguez, Mercedes Jiménez y Nelson Ortiz de UNICEF; Mercedes Borrero, Mona Kaidbey, Mary Luz Mejía Gómez, Carlos Pacheco, José Miguel Nieto del UNFPA; Raquel Child del equipo de Asistencia Técnica de UNFPA, oficina México; Franklin Gil, Judith Sarmiento y María Elvia Domínguez de la Escuela de Estudios de Genero de la Universidad Nacional de Colombia; Harvey Suárez y Diego Henao de CODHES; Francisco Moreno, Federico Duarte, Raúl García y Jorge Iván Nova de la Cruz Roja Colombiana; Sergio Montealegre, Javier Leonardo Varón, Rosmary Rincón de la RECOLVIH; Nicolás Uribe y Cristian Urrego Programa Presidencial Colombia Joven; Alfredo Mejía y María Yaneth Pinilla de la Fundación Henry Ardila; Oswaldo Rada y María Fernanda Gutiérrez de la Fundación Apoyo y Solidaridad; Myriam Cossio y Denis Silva de la Coalición de Líderes Viviendo con el VIH o Sida; y, Luisa Cremonesse de ACNUR.

Este proyecto, desde su gestación hasta su implementación, no hubiese sido posible sin el apoyo de estas instituciones y personas que han dedicado su esfuerzo, tiempo y sabiduría para ayudar a la divulgación de estos conocimientos a la población sujeto de este proyecto.

En nombre del país, ¡Muchas Gracias!

\* Algunas de estas personas ya no se encuentran vinculadas con las organizaciones aquí nombradas. Se menciona su participación en el momento en que fueron parte del MCP – Colombia.

# Contenido

<b>Salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos humanos y desarrollo de capacidades humanas</b>	<b>12</b>
Algunos aspectos clave de los compromisos internacionales en SSR	19
La salud sexual y salud reproductiva y el logro de las metas de desarrollo del milenio, MDG	21
<b>Ética sexual</b>	<b>24</b>
Ética de la procreación	26
Autonomía y sexualidad responsable en adolescentes y jóvenes	26
El sida y la bioética	28
El principio de justicia – el derecho a la igualdad	28
El principio de autonomía – derecho al libre desarrollo de la personalidad	29
Derecho al honor, la intimidad y la propia imagen	32
<b>Ruta de acceso de los adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva</b>	<b>36</b>
Situación actual de adolescentes y jóvenes	36
Tipificación de la adolescencia	37
Marco legal y normativo	38
Relación entre el proyecto del fondo mundial colombia y la política nacional de salud sexual y reproductiva	39
Atención a los adolescentes y jóvenes en el plan obligatorio de salud	41
Otros servicios de salud para jóvenes y adolescentes y jóvenes	43
Anticoncepción para jóvenes y adolescentes y jóvenes	43
Atención de las infecciones de transmisión sexual	47
Detección temprana del cáncer de cuello uterino	50
Detección temprana de las alteraciones del embarazo	51
<b>Atención del adolescente o joven maltratado</b>	<b>53</b>
Maltrato físico	55
Maltrato emocional o psicológico	57
Abuso sexual	59
Gestación y maltrato	60
Negligencia	61
Maltrato social o institucional	62
<b>Atención a la mujer maltratada</b>	<b>64</b>
Violencia física	66
Violencia psicológica	67
Violencia sexual	68
Estrategia para la detección de las mujeres víctimas de violencia	70
Otras medidas a realizar	71
<b>Atención en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia</b>	<b>74</b>
Marco normativo para la atención en salud a la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia	76
Aseguramiento y acceso: la ruta de atención y la realización del derecho a la salud	77
<b>Servicios de salud amigables una alternativa para la promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes</b>	<b>82</b>
Introducción	83
Enfoque: ¿cómo se define un servicio de salud amigable para adolescentes y jóvenes?	83
Componentes de un servicio de salud amigable	85
Modalidades de los servicios amigables	86
Tipos de intervenciones en los servicios amigables	89
Perfil del trabajador de salud que atiende adolescentes y jóvenes	89
El modelo de servicios preventivos	91
Redes de servicios de salud y redes intersectoriales	92
<b>Asesoría en salud sexual y reproductiva</b>	<b>96</b>
Consejerías para adolescentes y jóvenes	96
Confidencialidad	98
Ejemplos de consejerías sobre temas específicos para adolescentes y jóvenes	99
Grupo de aprendizaje sobre autocuidado de salud para adolescentes y jóvenes	105
Consejerías y grupos de aprendizajes para padres/madres	106
Derechos sexuales y reproductivos y consejería en planificación familiar	106

# Contenido

<b>Asesoría sobre anticoncepción de emergencia</b>	<b>110</b>
Anticoncepción de emergencia con progestina	107
Mecanismo de acción	112
Indicaciones	113
Administración	113
Seguimiento	113
Efectos adversos	113
Contraindicaciones	114
Uso de la anticoncepción de emergencia	114
Recomendaciones para las mujeres usuarias de métodos de regulación de fecundidad	115
Preguntas frecuentes sobre la anticoncepción de emergencia	115
Mensajes claves para los jóvenes	117
<b>Atención integral en VIH</b>	<b>120</b>
Objetivos de la atención integral	121
Pilares esenciales de la atención integral	122
Esquema básico de la atención integral en VIH	122
Componentes básicos en la atención integral de la persona con VIH	125
Consideraciones de orden logístico para las actividades y programas de atención integral	128
Compromiso político	128
Procesos de planificación	128
Análisis de la situación local del VIH	129
Modelo de atención	130
Monitoreo y evaluación	130
Políticas nacionales en VIH	131
<b>Prevención del VIH y Sida</b>	<b>134</b>
Introducción	134
Aspectos generales de los programas de prevención efectivos	135
La estrategia de prevención del proyecto del fondo mundial	137
Alternativas factibles y exitosas para la prevención de la infección por el VIH en jóvenes, en el contexto de un ejercicio libre, seguro y placentero de la sexualidad	139
Postergar las relaciones sexuales: una opción de vida	139
El uso del condón como doble protección	139
Prevención de la transmisión madre a hijo	140
<b>Herramientas pedagógicas para temas fundamentales sobre el VIH y el Sida</b>	<b>144</b>
Momento 1. ¿qué pensamos y qué sabemos sobre el VIH y el Sida?	146
Exploración inicial de imaginarios sociales y colectivos	146
Momento 2. Vulnerabilidad, VIH y Sida	152
Subtema 1. El concepto de vulnerabilidad	153
Subtema 2. Individuos con mayor vulnerabilidad frente a la infección por el VIH y Sida en Colombia	156
Subtema 3. ¿cuáles son los factores que originan mayor vulnerabilidad en la población joven en contextos de desplazamiento en mi comunidad?	160
Momento 3. Mecanismos de transmisión del VIH/Sida	160
Subtema 1. ¿cómo puede contraerse el VIH?	162
Subtema 2. Factores biológicos y sociales que facilitan la transmisión del VIH	165
<b>Material de apoyo al módulo</b>	<b>169</b>



## A MODO DE INTRODUCCIÓN

El Proyecto del Fondo Mundial en Colombia tiene como meta reducir la vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el SIDA, de 600.000 jóvenes y adolescentes, desde un enfoque integral de realización de los Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario y Equidad de género. Contempla 3 objetivos específicos que buscan apoyar la respuesta intersectorial en VIH/SIDA en los 48 Municipios y Localidades sujeto del Proyecto, a través de la construcción de proyectos de vida, formación en derechos, educación para la sexualidad y atención integral en salud sexual y salud reproductiva con énfasis en VIH/SIDA, generadores de factores protectores para los y las jóvenes beneficiarios del proyecto.

Este Modulo enmarcado en el segundo objetivo específico del Proyecto, busca fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de salud y educación, para mejorar el acceso y la calidad de los servicios municipales de educación para la sexualidad y la promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/SIDA de los servicios de salud para los y las jóvenes ; está dirigido a los funcionarios responsables de la atención en salud de las instituciones de primer nivel y a entidades ejecutoras del PFMC; se propone entregar los contenidos técnicos y estratégicos para el mejoramiento de la atención en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/SIDA de jóvenes vulnerables que se encuentran en contextos de desplazamiento.

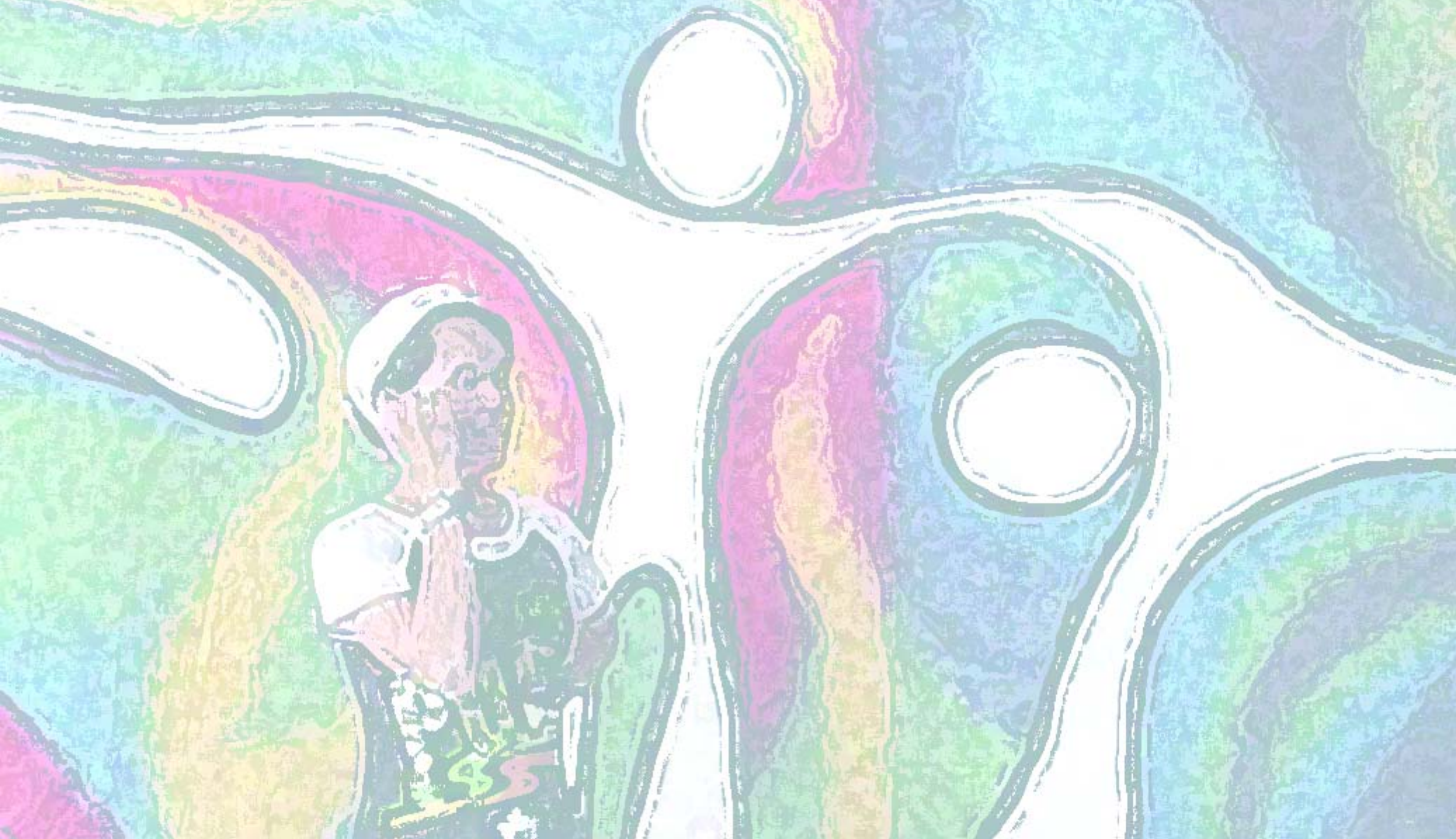
Los contenidos técnicos aquí presentes tiene como objetivo servir de soporte técnico para desarrollar estrategias de capacitación, autoformación y apoyo, a través de los cuales:

- Se capaciten funcionarios de salud y se conformen equipos intersectoriales con los funcionarios del sector educativo en cada Municipio, para fortalecer los procesos locales en educación para la sexualidad, promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/SIDA.
- Apoyen los programas de formación y estrategia de pares de los y las jóvenes y adolescentes beneficiarios del PFMC, planificando con los y las jóvenes las estrategias de comunicación y prevención incluyendo la distribución de condones.

- Se conformen y o fortalezcan servicios amigables para jóvenes en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH / SIDA, en cada uno de los 48 Municipios del Proyecto, que prestarán atención integral en Salud sexual y reproductiva, que incluyen asesoría pre y post test en VIH/SIDA y toma de muestras para diagnóstico de VIH.
- Se fortalezca la red de servicios para la atención integral e VIH/SIDA, para la remisión de los casos detectados en el primer nivel y la respuesta de los niveles II y III, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia.

La estrategia en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/SIDA que propone el PFMC, está diseñada en el marco de la respuesta intersectorial del país al VIH/SIDA y del Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS), sus políticas, normas, procedimientos y protocolos de atención; es complementaria a las responsabilidades sectoriales establecidas en los Municipios y o Departamentos y tiene el propósito de lograr la institucionalización de los procesos y las actividades propuestas para lograr su sostenibilidad, desde el primer momento de ejecución del PFMC en cada uno de los Municipios.





*Salud sexual y reproductiva  
desde un enfoque de derechos*

*humanos y  
desarrollo de  
capacidades  
humanas*

Mary Luz Mejía - UNFPA  
Daniel Fernández - PFMC

La sexualidad y la reproducción en sus contenidos individual, íntimo y de expresividad, aportan y representan las bases de aproximación a la Salud Sexual y Reproductiva, SSR. Así mismo, permiten que sea reconocida como una condición individual, circunscrita a los contenidos de la sexualidad y la reproducción, que por estar ligados al cuerpo en toda su constitución y expresión, están en la base de las relaciones sociales.

La SSR se expresa como capacidad que incluye el reconocimiento de la sexualidad y su ejercicio, como vida sexual satisfactoria y sin riesgos, como capacidad de procrear hijos y como libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo, con quién y con qué frecuencia.

Las capacidades del ejercicio de la sexualidad y de la reproducción están mediadas por el ejercicio de la libertad de las personas, mujeres y hombres, en las mismas condiciones: igualdad y dignidad. El ejercicio de estas capacidades en condiciones de libertad consiste en las decisiones sobre la propia vida, sobre la satisfacción de ser y de tener hijos o no y la aceptación de las responsabilidades que ello significa. Esto ha sido sustentado dentro de los principios de los derechos básicos que se reconocen como acuerdo en la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>1</sup>.

Hoy se mencionan y reconocen derechos que no están enunciados en el texto de la Declaración, pero sí en su sentido y comprensión, en la medida en que todos los derechos son universales, indivisibles, interdependientes y están relacionados. De igual forma, todos los derechos se conectan conceptual y *vivencialmente* con la dignidad, la libertad, la vida y la igualdad de las personas, derechos que han sido considerados como los más básicos e inclusivos. Los derechos reconocidos y enunciados pueden ser entendidos como modos expresos de estos cuatro. La comprensión de los derechos sexuales y reproductivos y sus relaciones e interdependencia con los demás, se aclara como consecuencia de la comprensión de los derechos básicos.

La dignidad, como concepto, es una condición humana, en orden a las capacidades diferenciales de la humanidad. *Aquello que nos hace humanos y no sillas o perros*. Desde el punto de vista de lo constitutivo inherente, las personas dotadas, de pensamiento, razón, discernimiento y capacidad simbólica, tienen capacidad en sí mismas de auto determinarse como ningún individuo.

La dignidad como condición y característica humana se constituye en una propiedad, en un bien inalienable, no transferible, no transable ni negociable ni otorgable, porque corresponde a la cualidad de persona. La dignidad se refiere al valor intrínseco de ser humano.

La dignidad es el principio que funda a los demás derechos. Como derecho, cumple con las condiciones y características de la categoría. Es universal, aplica a todo el género humano sin excepción ni potestad y es atemporal. Es indivisible por que no tiene condición ni sustancia. Está relacionado con los otros derechos básicos como la libertad, la igualdad y la vida, y estos en su comprensión y ejercicio efectivo son simultáneos e interdependientes con esta: si este derecho es quebrantado, dos o más han sido vulnerados.

En el mismo orden, la libertad es otra de las características determinantes humanas. La libertad como capacidad y bien individual, se basa en la concurrencia de la razón, la voluntad y el conocimiento

1 La Declaración Universal de los Derechos Humanos, fue aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948. Su contenido consta de un preámbulo y se expresa en treinta artículos que contienen los quince derechos fundamentales y las prohibiciones expresas que ellos implican.

que posibilitan la determinación del fin y la asunción del límite. La interpretación de esto es que la libertad es una capacidad intrínseca humana que cumple también las condiciones de la categoría de derecho como se expuso para la dignidad.

La libertad es un bien que se desarrolla en la medida en que la razón y el conocimiento crecen, y posibilitan la mejor determinación de fines y la más clara comprensión de límites. Esto es, la libertad corresponde al reconocimiento de los límites individuales, que son los mismos para todos los individuos, que en su crecimiento han logrado la razón. Aquí se introducen diferenciales relacionadas con el desarrollo de la inteligencia y la posibilidad de información y aprendizaje, consecuentes con la edad<sup>2</sup>.

Este aspecto refuerza la comprensión de la libertad como derecho y de los derechos como condiciones humanas en la medida que las posibilidades de desarrollo intelectual son solo humanas y se dan en el ámbito de su capacidad y contenidos relacionales, el reconocimiento del otro, el reconocimiento del límite, el ámbito colectivo y social.

Humanidad, ser humano, persona, hombre o mujer, nombran el carácter igualitario de todos los sujetos del género humano más allá de la condición de tiempo o espacio. Ésta concepción ligada a la de dignidad por su categoría humana, llama a la aplicación del concepto de ecuación o modos matemáticos de establecer la igualdad, para su mejor comprensión y coherencia: igualdad por identidad, lo humano; igualdad por semejanza, grupos –mujeres y hombres, por ejemplo;– igualdad por diferencia, los individuos entre sí.

El carácter igualitario de toda la humanidad, alude a la consideración básica de superación de toda forma de discriminación. El carácter de semejanza señala condiciones especiales por grupos y sustenta el tratamiento particular de esas condiciones y las necesidades que ellas imprimen: equidad. El carácter de diferente reivindica la infinidad de la diversidad humana, en la medida que todos los individuos dotados de similares capacidades son frutos únicos de sus historias, experiencias, sentires y comprensiones.

En el campo de lo humano, la igualdad es un bien individual que compone cada persona con todas sus condiciones en simultáneo. Es decir, cada persona frente a otros es al mismo tiempo,

igual, semejante y diferente, única y exclusivamente por su calidad de persona. Por tanto la igualdad es un derecho, porque cumple las condiciones señaladas.

La aplicación de estos conceptos aplicados a la sexualidad y la reproducción de hombres y mujeres se expresa como:

2 La legislación recoge y aplica este concepto en relación la edad –edad para decidir, mayoría de edad, edad de matrimonio, etc.– o en relación con la capacidad o salud mental –interdicción–.

"La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no cuando y con qué frecuencia. Esta última condición, lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información... Estos derechos se basan en el reconocimiento de derechos básicos de todos los individuos y parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva... A adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia de conformidad con lo establecido en los documentos sobre Derechos Humanos<sup>3</sup>".

De esta forma, la SSR se apoya en un nuevo concepto de salud basado en la *capacidad de disfrutar sin riesgos* y no en la enfermedad. Se transita de una mirada mórbida cargada de dolor y de muerte a una mirada que favorece las potencialidades de la vida humana. La SSR implica la posibilidad de asumir la sexualidad desde la satisfacción de los derechos, deseos y necesidades de los sujetos. La sexualidad es vinculada al *bienestar general* de la vida, a la posibilidad de vivir y construir autónomamente de manera tranquila, sexualidades más seguras y felices.

El *nuevo* concepto de salud implica que es un bien individual, como todos los derechos, en los que sólo yo tengo derecho a decidir sobre mi cuerpo y mi salud; la salud está basada en el ejercicio de la libertad en condiciones de dignidad e igualdad para todas las personas. La salud<sup>4</sup> implica respeto por la capacidad de cada persona a decidir sobre su cuerpo: sobre su vida, sobre su sexualidad.

En Colombia por ejemplo, para que una mujer accediera a la esterilización quirúrgica como método de planificación familiar se requería del consentimiento de su pareja. Posteriormente, el derecho individual a la anticoncepción fue protegido por la legislación mediante la prohibición a los servicios de salud de solicitar "autorización firmada" del esposo, compañero o padre de familia para la mujer que desea, voluntariamente, practicarse la anticoncepción permanente como lo es la *ligadura de trompas*.

La salud, no es un deber, obligación o un premio para las personas. Las obligaciones están referidas al Estado, como garante del derecho, y la asunción de límites individuales y colectivos de respeto por sí mismo y por los otros, debe ser resultado de la voluntad, del conocimiento y de la reflexión autónoma regida por la razón.

Como todos los derechos, su realización sólo es posible en colectivo, si los derechos de los demás también están satisfechos o en vías de satisfacción. La perspectiva de derechos no significa la sobre valoración del individuo sobre el colectivo sino que exige y promueve el reconocimiento de cada individuo como válido, y de esta forma la validación de los derechos de los y las otras.

Al entender la sexualidad como una "*construcción simbólica*" que tiene su base en el cruce entre biología, historia personal y cultura, el bienestar que

3 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo; 1994.

4 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo; 1994.

entraña el concepto de salud sexual y reproductiva, los factores que implica, que lo componen, las rutas para acceder a él, no son definiciones universales, monolíticas y están atravesadas por la cultura, por la historia personal y las diferencias biológicas. En su definición y comprensión se evitan las posturas de disciplina unívoca tan frecuentes en el ejercicio de la salud pública y en la promoción, prevención y atención de la salud sexual y reproductiva –las famosas listas de *mensajes saludables*–, para promover, en cambio, posturas científicas equitativas, comprensivas y respetuosas de las diferencias.

La garantía del derecho exige el aprovechamiento de los avances científicos en las distintas áreas del conocimiento, no sólo para los procedimientos biológicos, químicos o físicos, sino para la comprensión, reflexión, transformación, negociación y aprendizaje de realidades y saberes diversos.

**En Colombia, los servicios de salud sexual y reproductiva incluyen la promoción, prevención, atención, recuperación y mantenimiento de los aspectos de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción. Específicamente, atención en planificación familiar, control prenatal y perinatal, en aborto, infecciones de transmisión sexual y violencia sexual.**

Para su aplicación se tienen en cuenta diferencialmente los derechos y necesidades por sexo, ciclo vital, etnia, condición social y discapacidad. Por ejemplo, la Política Nacional de SSR<sup>5</sup> dio prioridad al embarazo en adolescentes y jóvenes a partir de las estadísticas y los análisis de salud pública, como la comprensión que la mayoría de estos embarazos descansan sobre una cadena sistemática de vulneración de derechos.

Otro ejemplo de lo planteado es el uso del condón. Al acceder a mayor conocimiento sobre la biología y fisiología sexual y reproductiva, sobre el comportamiento biológico y estadístico contextualizado de las infecciones de transmisión sexual, y al acceder a espacios de diálogo y reflexión sobre la subjetividad propia y la cultura, se comprende que para una vivencia *libre, sana y placentera* de la sexualidad, puede ser necesario asumir diversos límites, uno de ellos: el uso del condón. Además desde el enfoque de derechos, y con apoyo específico en el derecho a

la igualdad, se comprende que "yo no tengo el derecho de poner en riesgo la vida y las decisiones del otro u otra".

El acceso oportuno a la información y la formación de habilidades, acompañado de provisión de condiciones, se constituye en un mecanismo concreto para la garantía de derechos. Su uso protege la dignidad propia y de la(s) pareja(s), al evitar las ITS incluido el VIH y las condiciones de extrema exclusión en las cuales es atendida una persona con SIDA en Colombia. Este acceso protege el derecho a la vida, referido tanto a la propia como a la decisión sobre la procreación.

Otro ejemplo es el *uso de los métodos de anticoncepción de emergencia*. Aumentar el acceso a estos métodos es un reconocimiento de la condición humana y del contexto –el azar, la emoción a veces incontenible, la inconstancia en las decisiones, la violencia sexual–; sin embargo, en función de los vacíos de información y de ciertas lógicas culturales de consumo, es necesario intensificar también el conocimiento, la reflexión y el acceso a métodos anticonceptivos regulares.



Comprender la propia sexualidad, reflexionar sobre las posibles consecuencias positivas y negativas de las relaciones sexuales, obtener más y mejor información sobre el cuerpo y la anticoncepción, ayuda a asumir la vida sexual de manera más *satisfactoria* y a tomar las decisiones coherentes para evitar o reducir la angustia, el estrés, la tristeza y el arrepentimiento. En el caso del abuso sexual con posibilidad de embarazo, el acceso oportuno a anticoncepción de emergencia lleva la garantía del derecho de la mujer a decidir sobre su vida reproductiva.

Si la salud es *bienestar general*, la promoción de la salud es promoción del bienestar general. Si la SSR entraña la capacidad de disfrutar libre y seguramente, la promoción de la SSR entraña la capacidad de promover la libertad, el autoaprendizaje, el diálogo, el gozo, el acceso a servicios, la dignidad y el reconocimiento de las diferencias y de la igualdad. Desde esta perspectiva las acciones del sector salud deben apuntar a procesos de desarrollo personal y social integral, y las acciones de desarrollo social a la promoción de la salud.

El papel de la comunicación y la educación en SSR es más amplio y complejo que la difusión de información. Implica la capacidad de diálogo y discusión, la capacidad de expresar y escuchar clara, oportuna y respetuosamente, para luego poner en juego ideas, sentimientos, conocimientos y experiencias diversas. Es en la discusión –comunicación– donde se dan las posibilidades de transformación individual y cultural –educación–. Se trata de reconocer y validar la existencia de todos los participantes en el juego, a partir de los procesos -básicos y complejos- de comunicación. Comprende desde la comunicación íntima con la pareja, pasando por la asesoría profesional, hasta las estrategias de medios masivos.

La salud es un conjunto de condiciones individuales, estructurales y ambientales, garantizadas por el Estado y construidas por todos los ciudadanos, que le permiten a cada persona potenciar sus capacidades y ser lo que va decidiendo ser, en el transcurso de la vida, de la mejor manera posible. La garantía del derecho individual se relaciona de manera *dialógica* con la dinámica de las relaciones sociales de nivel micro y macro. Entonces, la salud también está vinculada con el bienestar colectivo, y con la libertad de los grupos humanos para autodeterminarse.

- El conocimiento circule de maneras más adecuadas y democráticas entre los participantes del juego.
- El cuidado de la SSR y del cuerpo provengan principalmente de las decisiones de las personas, y no de la obediencia o el "amedrentamiento".
- Cuando los servicios de salud, educación, protección y justicia sean la garantía de los derechos, no un agente más de vulneración.

**El Proyecto del Fondo Mundial, PFMC, en Colombia, parte de la comprensión de los jóvenes desde una perspectiva de desarrollo humano integral en el cual se introduce el concepto de capacidades humanas, yendo más allá del concepto de capital humano como condición que permite aumentar las posibilidades para llevar una vida digna. Su propósito es desarrollar las habilidades para la elección social.**

Las capacidades humanas establecen una relación directa con el bienestar, la libertad y la realización de los Derechos Humanos. Así mismo, esta perspectiva de desarrollo tiene en cuenta además de la dimensión económica, a las dimensiones ambiental, social, cultural, política e institucional.

El PFMC centra la atención en la dimensión humana y social del desarrollo, tomando como referentes las propuestas de desarrollo como expansión de

libertades<sup>6</sup> y a escala humana<sup>7</sup>. Estos enfoques enfatizan en algunos conceptos, a partir de los cuales establecen diferencias con las teorías de bienestar, conceptos que se expresan en planteamientos como:

- El desarrollo es un proceso de satisfacción de necesidades o expansión de libertades y no un estado
- El fin del desarrollo es la satisfacción de necesidades o expansión de libertades y no el crecimiento económico
- Los individuos son sujetos y no objetos del desarrollo
- Los motores del desarrollo son las necesidades humanas fundamentales y la capacidad de agencia de los individuos y no el crecimiento económico
- Los bienes son medios para satisfacer las necesidades fundamentales, para ejercer y desarrollar capacidades y no son expresiones del desarrollo.

En este sentido se encuentra una relación directa entre capacidades humanas y Derechos Humanos. Las revisiones contemporáneas sobre Derechos Humanos plantean un enfoque de integridad, concepción que va más allá del formalismo jurídico. Los Derechos Humanos se conciben como una construcción humana de la vida cotidiana, ejercida por grupos, comunidades y sociedades, basada en las interacciones humanas y en el entramado de interrelaciones sociales que dinamizan la convivencia social.

La población juvenil beneficiaria del PFMC tiene derecho a recibir información, educación y servicios de salud, y tiene derecho a la privacidad y a la confidencialidad. En este sentido se abren muchas posibilidades para la población juvenil beneficiaria del PFMC, la resignificación del sentido de su dignidad es una de esas posibilidades, que se da a medida que construyen su identidad, a partir de las aspiraciones, percepciones e imaginarios, orientando su ser y su saber ser, su proyecto de vida, teniendo en cuenta como referente, principios, valores y normas sociales y jurídicas fundamentado en Derechos Humanos.

6 Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Editorial Planeta, 2000. y Nussbaum MC; Sen A. La calidad de vida. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1996.

7 Max Neef MA. Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Barcelona: Icaria/Nordan; 1990.

## ALGUNOS ASPECTOS CLAVE DE LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES EN SSR

El camino de comprensión histórica de los instrumentos internacionales en torno a la salud sexual y reproductiva puede condensarse de la siguiente forma:

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	LUGAR/AÑO	COMPRESIÓN
Primera Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos.	Teherán 1968.	Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos y el derecho a la educación e información adecuada para así decidirlo.
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.	1979.	“Los Estados Partes [...] asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, [...] los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”. En este punto, se consagran obligaciones en torno a la no discriminación en el acceso a la atención a la salud, incluidas la información y la asesoría para la planificación de la familia.
Conferencia Internacional sobre Población, CIP.	Ciudad de México, 1984.	“Todas las parejas e individuos tiene el derecho básico a decidir libre y responsablemente el número e intervalo de sus hijos y a tener información, educación y medios para así decidirlo [...]”.
Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo.	Río de Janeiro, 1992.	Reiteró el derecho a decidir el número e intervalo de los hijos e hijas. Además afirmó que los Estados deben proveer servicios de salud, incluidos “servicios asequibles y accesibles, adecuados para la planeación responsable del tamaño de la familia”.
Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos.	Viena, 1993.	Se reconoce “sobre la base de la igualdad entre mujeres y hombres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles”.

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	LUGAR/AÑO	COMPRESIÓN
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.	El Cairo, 1994.	En esta conferencia se consolidan las bases más importantes en relación con los temas propios de la salud reproductiva (Capítulo VII Programa de Acción-).
Conferencia de Beijing.	Beijing, 1995.	Se reafirman los principios aprobados en El Cairo. Además, se genera un importante avance con el reconocimiento del derecho de las mujeres a controlar su propia sexualidad y sus relaciones sexuales y a decidir sobre estas cuestiones en condiciones de igualdad con los hombres.
Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.	Roma, 1998.	Reconoce que la violación y otras formas de violencia sexual se cuenta entre los crímenes más graves de acuerdo con el DIH.

De acuerdo a la comprensión de los instrumentos internacionales, el derecho a la Salud Sexual y a la Salud Reproductiva se puede resumir así:

DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN REPRODUCTIVA	DERECHO A LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
1. Derecho a planear la propia Familia.	1. Derecho de la mujer embarazada antes durante y después del parto.
2. Derecho a la libertad de tomar decisiones reproductivas.	2. Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad e higiene.
3. Derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la salud sexual y la Salud Reproductiva.	3. Prevención y tratamiento del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
	4. Protección contra prácticas tradicionales nocivas.

# LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA Y EL LOGRO DE LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO, MDM

Mediante la Declaración del Milenio los líderes del mundo acordaron en septiembre de 2000 una agenda amplia encaminada a la disminución de la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, el deterioro ambiental y la discriminación contra la mujer. Hacia 2002, la agenda se refinó mediante ocho objetivos concretos, cada uno con sus respectivas metas e indicadores.

El mejoramiento de la salud sexual y salud reproductiva se relaciona directamente con los objetivos 3 a 8, e indirectamente con los objetivos 1 y 2, como puede apreciarse en la tabla a continuación:

1	<p><b>ERRADICAR LA POBREZA Y EL HAMBRE EXTREMAS</b></p> <p>El tener familias menos numerosas y mayor espaciamiento entre los nacimientos, como resultado del uso de métodos anticonceptivos, le permite a las familias invertir más en la nutrición y salud de cada hijo y puede contribuir a disminuir el hambre y la pobreza en todos los miembros de la familia. En el ámbito nacional, la reducción de la fecundidad puede acelerar el crecimiento económico y social de los países.</p>	2	<p><b>ALCANZAR LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA</b></p> <p>Las familias menos numerosas y con más espacio entre un hijo y otro, pueden invertir más en la educación de cada hijo. Esto es especialmente importante en las niñas, cuya educación puede no representar para la familia la misma prioridad que la de los hombres. Además, las jóvenes que tienen acceso a métodos de anticoncepción tienen menos probabilidad de tener embarazos no deseados y abandonar el colegio.</p>
3	<p><b>MEJORAR LA SALUD MATERNA</b></p> <p>El evitar los embarazos no deseados y las gestaciones de alto riesgo, y la atención de calidad del embarazo, parto y puerperio, salvan la vida de muchas madres y evitan morbilidad.</p>	4	<p><b>DISMINUIR LA MORTALIDAD INFANTIL</b></p> <p>El control prenatal y la posibilidad de evitar gestaciones de alto riesgo –por ejemplo, en mujeres muy jóvenes o en embarazos con poco espacio intergenésico– evitan la mortalidad perinatal e infantil. Los hijos de familias numerosas tienen más probabilidad de recibir menos atención de salud, y los hijos no deseados tienen más posibilidad de morir que los que son deseados.</p>
5	<p><b>PROMOVER LA EQUIDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES</b></p> <p>Poder controlar si se desea tener un hijo y cuándo es un aspecto importante del empoderamiento de las mujeres. Las mujeres que pueden hacerlo, tienen mayores oportunidades de trabajar, educarse y participar socialmente en actividades distintas a las del hogar.</p>	6	<p><b>COMBATIR LA INFECCIÓN POR EL VIH, SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES</b></p> <p>La salud sexual y salud reproductiva incluye la prevención y el tratamiento de ITS, incluso el VIH y Sida. Además, la atención en salud sexual y salud reproductiva puede acercar a las personas a los servicios de salud, en donde hay oportunidad de identificar y tratar otros problemas de salud.</p>

	<b>GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL</b>		<b>CONFORMAR UNA ALIANZA GLOBAL PARA EL DESARROLLO</b>
<b>7</b>	Los servicios de salud sexual y salud reproductiva y la prevención de embarazos no deseados, pueden ayudar a estabilizar las zonas rurales, disminuir la migración urbana y lograr un mayor equilibrio entre el uso de recursos naturales y las necesidades de la población.	<b>8</b>	Los medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH y el Sida, y el abastecimiento seguro de anticonceptivos, mejorarían los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en los países menos desarrollados.

Estos objetivos fueron ratificados en Colombia mediante el acuerdo del Consejo Nacional de Política Social, CONPES No. 91: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



# Ética sexual

Diana Peñarete Ortiz

La discusión sobre si se puede hablar de una determinada ética sexual se da partir de las siguientes preguntas:

¿En cuál caso podemos hablar de una práctica sexual como aberrante, ilícita o no ética?

¿Puede una determinada conducta sexual ser aceptada dependiendo del contexto cultural en el que se da?

¿Podemos establecer unos mínimos comunes que podamos compartir, sobre el ejercicio de la sexualidad, o pertenece ella al ámbito privado donde el Estado no puede interferir y mucho menos con una cátedra de educación sexual?

Dos hechos ocurridos en este siglo han servido de punto de partida para construir una nueva visión de la sexualidad:



- La determinación del ciclo de fertilidad femenina en 1924, y el desarrollo posterior de los métodos de planificación familiar, separaron definitivamente sexualidad y reproducción.
- Los movimientos feministas de comienzo del siglo que lograron que el papel de la mujer en la sociedad fuera replanteado. En Colombia a partir de 1957 la mujer pudo votar y fue considerada ciudadana.

El primer acontecimiento tiene como consecuencia que la mujer tenga el control sobre su fecundidad, lo cual le permite disfrutar de la sexualidad sin el temor de la maternidad. El placer y la satisfacción sexual se convierten en el fin primordial del ejercicio de la sexualidad, lo que lleva a una pregunta fundamental: ¿Si el placer y la satisfacción sexual constituyen un fin en si mismo, podemos servirnos del otro para buscar el propio placer y utilizarlo como un medio?

Para responder esta pregunta utilizaremos uno de los principios de la ética moderna: "Obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio"<sup>8</sup>.

Este principio significa que los seres humanos en tanto dotados de dignidad, merecemos respeto y no podemos ser tratados como cosas que se pueden comprar y vender para satisfacer los propios deseos, sino que somos un fin en si: "El principio moral único y último es el respeto del ser humano. Nada más, pero tampoco nada... menos"<sup>9</sup>.

Este respeto está basado en el principio de autonomía que se puede definir de la siguiente manera:

*"Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros"<sup>10</sup>.*

Por esta razón, el consentimiento del otro es el eje de la ética de la sexualidad y todas aquellas conductas que se ejercen sin este consentimiento son censurables y sancionables desde la ética y desde lo jurídico. Este consentimiento deber darse dentro de una relación

igualitaria, en la cual no existan presiones, manipulaciones ni chantaje. Esto es difícil, teniendo en cuenta que la mujer ha sido objeto de todo tipo de discriminaciones y durante muchos años ha estado sometida a un sistema patriarcal, en una relación de dependencia tanto económica como afectiva. Desafortunadamente son muy pocas las mujeres que toman decisiones de manera autónoma sobre su vida sexual.

Pero... ¿Es el consentimiento libre dado en un marco de igualdad, el único ingrediente necesario para construir la ética de la sexualidad?

Si esto es así, corremos el riesgo de convertir las relaciones sexuales en algo tan "trivial" como dormir o comer, pero en la medida en que nos vinculan a otro ser humano tienen una mayor trascendencia, si se tiene en cuenta que pueden generar consecuencias como un embarazo inesperado o una enfermedad de transmisión sexual como el Sida. El principio de respeto al otro se ejerce en una ética de la responsabilidad, lo cual significa que al momento de tomar una decisión se consideran los principios por un lado y las consecuencias previsibles por el otro.

8 Kant E. Fundamentación metafísica de las costumbres. Buenos Aires: Editorial Austral; 1956.

9 Kant E. Fundamentación metafísica de las costumbres. Buenos Aires: Editorial Austral; 1956.

10 The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington DC: Government Printing Office, DHEW Publication; 1978.

Para puntualizar:

- La función sexual esta separada de la función reproductiva.
- La ética sexual se funda en el principio de autonomía, el consentimiento del otro es imprescindible.
- El consentimiento pleno y libre sólo se da dentro de una relación de igualdad. Es necesario que la mujer asuma su autonomía tanto sexual como reproductiva, lo cual implica replantear los roles que se han asignado al hombre y a la mujer.
- La sexualidad debe vivirse como algo gratificante y beneficioso, en sentido recíproco: principio de beneficencia
- La ética de la responsabilidad juega un papel importante a la hora de prever las consecuencias de las decisiones que se tomen.

Algunos ejemplos de conductas sexuales que nos permiten diferenciar entre una conducta sexual ética y otra que no lo es:



La homosexualidad entendida como la atracción sexual, exclusiva o preferente, que sienten un hombre o una mujer, hacia los individuos de su propio sexo, que fue duramente cuestionada por la moral cristiana por considerarla una práctica contra la naturaleza, no atenta contra la dignidad del ser humano, en tanto que cumple con los principios acerca de la decisión autónoma de dos personas adultas y el disfrute mutuo; por lo tanto no existe razón de tipo ético para censura o discriminación de las personas que la practican.



En la violación, quien usa la fuerza para satisfacer los propios deseos, ve al otro como un objeto y lo utiliza como un medio, vulnerando tanto el respeto por una decisión libre y autónoma del individuo como el principio de beneficio mutuo. Esta conducta podría no ser tan grave si se mira solo teniendo en cuenta que puede cumplir con el fin reproductivo. Actualmente se considera un atentado contra la dignidad humana y se encuentra dentro de los "delitos sexuales" penalizados en la ley 360 de 1997.

## ÉTICA DE LA PROCREACIÓN

### Autonomía y sexualidad responsables en adolescentes y jóvenes

Es el respeto de los derechos de los y las adolescentes y jóvenes capaces de ejercerlos, independiente de que tenga la mayoría de edad legal<sup>11</sup>. Esto significaría que el adolescente tiene la facultad de tomar decisiones sobre su vida, especialmente sobre su salud, su cuerpo y el respeto de sus derechos fundamentales.

Para valorar la autonomía que debe concederse, se tiene en cuenta el grado de madurez y las consecuencias que se derivan de la elección<sup>12</sup>. En cuanto al grado de madurez: "...en principio, se presupone su capacidad en torno a los catorce años", que es la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en Colombia. Quizás debamos preguntarnos:

11 Couceiro A. Bioética para clínicos. Las múltiples caras de la competencia. Madrid: Triacastela; 1999.  
12 Couceiro A. Bioética para clínicos. Las múltiples caras de la competencia. Madrid: Triacastela; 1999.



¿Si los adolescentes y jóvenes son autónomos para iniciar su vida sexual y lo hacen tempranamente, tienen derecho a solicitar asesoría y atención para ejercer una sexualidad responsable sin la tutela de sus padres?

En el caso de una adolescente embarazada que fue expulsada del colegio por su condición y que interpuso una tutela para proteger sus derechos, la Corte falló en contra del colegio con el siguiente pronunciamiento:

*"La Sala considera que el rector ha desobedecido también el mandato constitucional del derecho a la autonomía establecido en el Artículo 16 como derecho fundamental, por cuanto coarta la libre decisión de la estudiante de escoger como nueva forma de vida su condición de madre, limitándole la facultad de autodeterminarse conforme su propio arbitrio dentro de los límites permitidos<sup>13</sup>".*

En otro caso similar, la Corte reivindicó el derecho de la menor de edad embarazada para interponer el recurso de tutela sin la representación de sus padres y pese a ser menor de edad según la ley:

*"Sobra decir, entonces, que no obstante ser menor de 18 años y no haber acudido a la tutela representada por sus padres, la actividad procesal de la menor encaminada a exigir protección de sus derechos por la justicia se ajusta en un todo a derecho<sup>14</sup>".*

En los dos casos se amparó el derecho a la autonomía, que en la Constitución fue contemplado en su Artículo 16 como el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

Para puntualizar:

- La autonomía *procreativa* es un derecho, del cual es titular la persona humana, sea hombre o mujer.
- Los Estados no pueden intervenir con medidas coercitivas o represivas, su función es educar.

- Los agentes de salud así como los educadores deben tener en cuenta las decisiones que toman sus pacientes o alumnos en relación con la reproducción.
- El menor de edad adolescente y joven puede tomar decisiones sin el consentimiento de sus padres cuando de una sexualidad sana y responsable se trata.

# EL SIDA Y LA BIOÉTICA

## *El Principio de Justicia* El Derecho a la Igualdad

*El Principio de Justicia* es la distribución equitativa de beneficios y cargas. Al discriminar a una persona y no darle un trato igual que a los demás, vulneramos este principio.

Se ha demostrado que la discriminación hacia las personas viviendo con el virus del SIDA aumenta la propagación de la epidemia, porque esta persona señalada y aislada, incurrirá en conductas de riesgo que expondrían a otras personas a adquirir la enfermedad.



*"La discriminación por cualquiera de estos motivos no sólo es injusta en sí sino que crea y mantiene condiciones que conducen a la vulnerabilidad social a la infección por VIH, en particular la falta de acceso a un entorno favorable que promueva el cambio de conductas y permita a las personas hacer frente al VIH/-SIDA".*

La comprensión que los mecanismos de transmisión del VIH son tres: sexual, sanguíneo y materno-fetal, desbarata los miedos infundados acerca de la transmisión a través del aire o de objetos. Sin embargo, a pesar de tener la información, muchas veces actuamos irracionalmente, porque se trata de temores tan arraigados como el temor a la muerte.

La mayoría de las personas discriminan al enfermo con Sida, sin saber que pueden estar compartiendo en su espacio laboral, familiar e incluso en su propia vida afectiva o sexual con una persona que vive con el virus y es asintomática.

Esta imposibilidad de identificar quien está infectado y quien no, lo que nos lleva a preguntarnos ¿cómo vamos a protegernos de esta enfermedad?, entonces pueden surgir propuestas

tales como identificar a todo aquel que viva con el virus o aislar a aquellas poblaciones que representan un riesgo, y a partir de estas premisas las trabajadoras sexuales y homosexuales han sido perseguidos por ser considerados *grupos de riesgo*.

El concepto de "grupo de riesgo" estigmatizó a trabajadoras sexuales, homosexuales y drogadictos como poblaciones a partir de las cuales el resto de la sociedad podía infectarse. Sin embargo, la forma como el VIH se ha propagado demuestra que son las conductas las que ponen en riesgo a un individuo para adquirir el VIH.

Para entender mejor este concepto, pensemos en el riesgo que tiene una pareja homosexual, que utiliza condón en todas sus relaciones sexuales y una pareja heterosexual que no utiliza condón y uno de los dos sostiene relaciones sexuales con otras personas. En el primer caso, son personas de los mal llamados "grupos de riesgo", que al adoptar una medida preventiva, les protege de adquirir la enfermedad; en el segundo caso, el número de parejas y la no protección constituyen la conducta de riesgo.

No existen grupos de riesgo, por lo que no se justifica aislar o discriminar a un grupo de personas con el fin de controlar la epidemia, por el contrario esta medida puede tener un efecto contraproducente y crear la falsa idea que una persona que no pertenezca a estas categorías está exenta de infectarse con

el VIH, cuando en realidad cualquier persona que tenga vida sexual activa y no tome las precauciones del caso, podría estar en riesgo de adquirir el VIH.

El principio de Justicia o Igualdad se consagra en la Constitución Nacional, en su Artículo 13: *"Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión pública o filosófica"*.

Este Artículo tiene un alcance mayor, ya que el Estado se compromete a adoptar medidas que favorezcan a grupos discriminados y marginados y a proteger de manera especial a "aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta".

Con el fin de proteger los derechos de las personas viviendo con el virus del SIDA, PVVS, y de aplicar la Constitución, se emitió el Decreto 1543 de 1997. Su Artículo 39 prohíbe negar el acceso a los establecimientos públicos o privados de las personas afectadas o infectadas por el VIH y preserva el derecho a la educación y al trabajo de las mismas.

*"Los enfermos de Sida, e inclusive los portadores sanos del VIH, vienen siendo objeto de discriminación social y laboral. El Estado no puede permitir tal discriminación, básicamente por dos razones: porque la dignidad humana impide que cualquier sujeto de derecho sea objeto de un trato discriminatorio, pues la discriminación, per se, es un acto injusto y el Estado de derecho se fundamenta en la justicia, con base en la cual construye el orden social; y porque el derecho a la igualdad comporta el deber irrenunciable del Estado de proteger especialmente a quienes se encuentran en condiciones de inferioridad manifiesta. Es un ser humano y, por tanto, titular de todos los derechos proclamados en los textos internacionales de Derechos Humanos<sup>15</sup>"*.

Una de las primeras tutelas presentadas para preservar los derechos de las personas infectadas fue para proteger el derecho a la vida y a la salud, pues a las PVVS se les negaba el acceso a los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral. El Decreto 1543/1997 en sus Artículos 8º y 31 contempla la obligatoriedad de la atención tanto por las instituciones públicas

o privadas que prestan servicios de salud, como por los profesionales de la salud. Este decreto es reforzado con la Ley 972 de 2005 en la cual se garantiza la atención integral y "el acceso a los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento" de la infección por VIH.

## **El Principio de Autonomía Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad**

El Principio de AUTONOMÍA se define de la siguiente manera:

*"Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros"*.

Este principio se expresa en el consentimiento informado que es solicitar el permiso del paciente en cualquier circunstancia ya sea para la solicitud de exámenes, la realización de un tratamiento, la divulgación de la información. El paciente debe participar en todas las decisiones sobre su salud y su vida. La información que se suministre es fundamental para las decisiones, ya que debe ser clara, veraz, suficiente y objetiva. Además, se debe evitar cualquier presión por manipulación, seducción o coacción.

El consentimiento para la realización de la prueba de VIH, se da en un proceso de asesoría –preprueba o pretest– que permite que el paciente evalúe los riesgos y beneficios de realizarse dicho procedimiento. Los resultados de la prueba deben ser entregados durante una asesoría postprueba o pos-test por un profesional de la medicina u otra persona del equipo de salud debidamente entrenada para tal efecto.

Un médico o cualquier persona que solicita una prueba de VIH, sirviendo a intereses diferentes a la protección de la salud del paciente y sin contar con su consentimiento, atenta contra el derecho del paciente al consentimiento informado.

Es esencial determinar cuando se es autónomo para solicitar la prueba del VIH, más aun cuando estamos tratando con población menor de edad.



¿Los menores de dieciocho años pueden solicitar la prueba sin la autorización de sus padres?

La doctrina del *menor maduro* se fundamenta en el respeto a los derechos civiles desde el momento en que el individuo es capaz o maduro para ejercerlos, con independencia de que se haya o no llegado a la mayoría de edad legal<sup>16</sup>. Esto significa que el adolescente tiene la facultad de tomar decisiones sobre su vida.

*"Sin embargo, ello no quiere decir que los padres puedan tomar, a nombre de su hijo, cualquier decisión médica relativa al menor, por cuanto el niño no es propiedad de sus padres sino que él ya es una libertad y una autonomía en desarrollo, que tiene*

*entonces protección constitucional. Como dice Carlos Niño, "la autonomía de los padres no es la de los hijos", por lo cual la patria potestad "debe estar dirigida a la formación en el grado máximo posible de la autonomía de los menores, pero no a que esa autonomía sea ejercida de una u otra manera"<sup>17</sup>.*

También se han emitido conceptos sobre la capacidad del menor maduro para acceder con consentimiento a los métodos temporales de planificación, tomando como referencia la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños<sup>18</sup>:

*"Las/los adolescentes y jóvenes pueden tomar la decisión de ejercer su sexualidad y también pueden tomarla sobre la forma de hacerlo para que sea de una manera placentera, responsable y libre de riesgo de un embarazo no deseado"<sup>19</sup>.*

16 Couceiro A. Bioética para clínicos. Las múltiples caras de la competencia. Madrid: Triacastela; 1999.

17 Corte Constitucional, Sentencia, T-477 de 1995, M. P. Doctor Alejandro Martínez Caballero.

18 En la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños se establece la obligación de los Estados a "Desarrollar la atención preventiva de la salud... y la educación y servicios en materia de planificación de la familia" (Artículo 24, literal f de la Convención).

19 Profamilia. Concepto jurídico sobre el menor maduro.

Si aceptamos que los adolescentes y jóvenes tienen vida sexual activa y que pueden solicitar métodos de planificación familiar temporales sin la autorización de los padres, podemos aceptar que soliciten las pruebas del VIH sin dicha autorización y con el único fin de proteger su salud y de permitirles ejercer una sexualidad responsable.

También se ha reconocido la autonomía del menor para solicitar la prueba de VIH sin el consentimiento de sus padres:

*"Así las cosas y salvo mejor concepto en contrario, podemos decir que, si las razones de salud pública, derecho a la intimidad del menor y conveniencia para los propósitos de salubridad del paciente permiten establecer la prioridad de la reserva de la información, sobre el derecho de los padres y acudientes a recibirla y decidir sobre los asuntos del menor o en argumento 'a contrario' que al involucrar a los padres y acudientes se lesionan o ponen en riesgo de manera seria la salud pública, la individualidad emocional del menor y su salud, es claro que se puede prescindir de la información a los padres, siempre que esa confidencialidad tenga su fuente en la voluntad del menor mismo y se puedan reconocer en esas manifestaciones, las condiciones de sanidad mental, desarrollo intelectual e información necesarias para tomarse como acto jurídico<sup>20</sup>".*

En general se acepta que priman la autonomía del menor y el respeto a su intimidad frente al derecho de los padres a recibir la información, siempre y cuando se trate de un menor sano mentalmente y con un adecuado desarrollo intelectual.

Algunas personas insisten en la obligatoriedad de la prueba, lo cual carece de fundamento para el control de la epidemia y la balanza riesgo/beneficio. Esta medida podría ser invocada, haciendo uso del principio de beneficencia, si existiera una terapia sencilla y eficaz y si la infección se transmitiera a través de contactos casuales en la convivencia diaria; sin embargo estas condiciones no se cumplen en el caso de la infección por VIH, de manera que los beneficios que resultarían de una medida tal, no se compensan con la vulneración que esto acarrearía al principio de autonomía<sup>21</sup>.

Para evitar que organizaciones o personas soliciten de manera obligatoria la prueba en el Decreto 1543 de 1997, Artículo 4º, se reglamente las situaciones en las cuales se puede solicitar la prueba y aquellas en las que esta prohibido solicitarla:

- Confirmación de sospecha clínica de la infección por VIH por un profesional de la medicina, con el consentimiento informado de la persona.
- Estudio de investigación del comportamiento epidemiológico de la infección por VIH.
- Para entender la solicitud individual de la persona infectada.
- *Para descartar la presencia del VIH en material biológico humano –sangre u órganos–.*

En el Artículo 22 se prohíbe la solicitud de prueba de VIH como requisito para ingresar a cualquier institución pública o privada, acceder a servicios de salud, ingresar al país, ingresar, permanecer o realizar cualquier tipo de actividad cultural, social, política, económica o religiosa.

20 ICBF. Concepto jurídico sobre el menor maduro.  
21 Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Bilbao: Ed. Universidad Pontificia Comillas; 2003.

## Derecho al Honor, la Intimidad y la Propia Imagen

*"Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar<sup>22</sup>".*

Es el respeto a la confidencialidad, la cual esta protegida por el Artículo 32 del decreto 1543/1997, extendida a todo el equipo de salud y a aquellos que manejan la información sobre la PVVS:

*"Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brindan atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad".*

Desde la ética médica esto se ha denominado secreto profesional, que aparece como inviolable en la Constitución Nacional<sup>23</sup>. Sin embargo existen algunas situaciones en las cuales se acepta que se revele este secreto<sup>24</sup>:

*"Por razones de carácter sanitario, el médico tratante teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia podrá hacer la revelación del secreto profesional a:*

- La persona infectada, en aquellos que estrictamente le concierne y convenga.*
- Los familiares de la persona infectada si la revelación es útil al tratamiento.*
- Los responsables de la persona infectada cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.*
- Los interesados por considerar que se encuentran en peligro de infección, al cónyuge, compañero permanente, pareja sexual o a su descendencia.*
- Las autoridades judiciales o de salud competentes en los casos previstos por la Ley."*

El punto mas álgido es el que hace referencia a la revelación del secreto profesional al cónyuge, compañero permanente, pareja sexual, con el fin de protegerlos de la infección, y aquí consideramos que la obligación moral del profesional de la salud es en primera instancia hacia su paciente, a quien debe persuadir del deber de informar a su pareja o parejas sexuales, antes

que usar medidas coercitivas; por esto es el gran valor de la asesoría tanto preprueba como postprueba, ya que a través de estos procesos se promueve la confianza del paciente.

Esta medida no debe ser a discreción del médico y no impuesta, ya que imponer el deber de informar a los profesionales de la salud puede perjudicar el servicio de asesoría pre y postprueba. Si otros pacientes conocen esta situación, muchos pueden desistir de realizarse la prueba; además, al incursionar en la vida privada de una familia o pareja, desconocemos las consecuencias en la vida de estas personas. La brújula que puede marcar el camino a seguir es el principio de NO MALEFICENCIA: pensar primero en no hacer daño, antes que en querer hacer el bien, ya que a veces con una actitud paternalista hacia los pacientes creemos beneficiarlos y podemos producir el efecto contrario.

22 Constitución Nacional. Artículo 15  
23 Constitución Nacional. Artículo 74.  
24 Decreto 1543 de 1997. Artículo 34.



El paciente infectado que conoce su condición tiene el deber de no infectar a otros. Las personas viviendo con el VIH están en la obligación moral de informar a su compañeros sexuales acerca de su estado y de no incurrir en conductas que pongan en riesgo de infección a terceros, tales como la donación de sangre, órganos o semen.

*"La actitud del individuo que quebranta normas morales fundamentales, como lo es el respeto al derecho a la vida y a la salud del prójimo, amenaza la existencia misma de la sociedad en cuanto comunidad moral<sup>25</sup>".*

Con relación a la donación de órganos, semen y sangre, la realización de las pruebas de VIH se ve plenamente justificada y en este caso las personas no pueden negarse. De hecho no solamente las personas que se saben infectadas deben abstenerse de estas actividades, también aquellas que consideran que presentan conductas de riesgo, debido al periodo de ventana inmunológica, que no permite diagnosticar la infección en esta etapa. Por esta razón, los resultados de las pruebas en estos casos no se entregan, ya que el propósito no es el diagnóstico de la infección sino la protección de la salud pública.

Lo que está proscrito a nivel nacional e internacional es la búsqueda activa de casos; es decir, el personal de salud bajo ninguna circunstancia buscará al paciente que no vino a buscar su resultado, ni buscará a sus contactos sexuales, sean casuales o permanentes. Esta medida que ha demostrado ser útil en enfermedades contagiosas como la tuberculosis solo tiene efectos contraproducentes, cuando se trata del VIH, porque se viola la confidencialidad del paciente.

Una última consideración es sobre la responsabilidad individual que todos y cada uno de nosotros tenemos de protegernos, frente a la probabilidad de infectarnos, y esto nos lleva también a propender por el empoderamiento de la mujer para que pueda hacerle frente a estas situaciones y evitar que se infecte por falta de información o de autocuidado.

25 Ferrer JJ; Álvarez JC. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Bilbao: Ed. Universidad Pontificia Comillas; 2003.





# *Ruta de acceso de los adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva*

Mary Luz Mejía. UNFPA  
Luz Elena Monsalve. Ministerio de la Protección Social

Para hacer explícitas las posibilidades y servicios de salud a los que los adolescentes y jóvenes colombianos pueden y deben acceder de manera igualitaria y eficiente es necesario abordar el contexto que marca esta ruta de acceso, contexto que no puede ser otro que el marco legal, la política de salud y sus intenciones y la situación de salud de esta población, para comprender el conjunto de acciones y compromisos que tanto el sector salud, como la sociedad y los jóvenes deben asumir de manera integral.

## **SITUACIÓN ACTUAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES**

La prioridad de atención en salud para los adolescentes y jóvenes se configura en el entendimiento que la población joven en Colombia constituye el 40 por ciento de la población total económicamente activa y que sus riesgos y potencialidades son de especial atención del Estado.

La atención de salud no puede abstraerse de la situación actual y de las proyecciones y oportunidades reales con que cuentan los jóvenes en Colombia, es por esto que tanto en su análisis de situación como en su intervención debe integrar todos los componentes psicosociales que afectan el desarrollo de esta población. Desde esta perspectiva se ve con especial fuerza que los y las jóvenes presentan una situación que se puede caracterizar y sintetizar en los siguientes hechos:

- Pérdida del proyecto de vida.
- Pérdida de los patrones de identidad.
- Falta de proyectos productivos que faciliten la construcción de un proyecto de vida sostenible.
- Carencia de habilidades para el auto cuidado y la negociación de sus relaciones.
- Desconocimiento de los riesgos y vulnerabilidades en el ejercicio sexual.
- Actividad sexual temprana y baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.
- Aumento de la fecundidad en adolescentes y jóvenes. –del 17 por ciento en 1995 a 19 por ciento en el 2000 para jóvenes de quince y diecinueve años–. Siendo los grupos más vulnerables los más pobres, de bajo nivel educativo, ubicados en las zonas rurales y desplazados por el conflicto armado. En las adolescentes y jóvenes desplazadas por el conflicto armado la tasa de fecundidad es del 30 por ciento y la demanda insatisfecha de uso de anticonceptivos es del 60 por ciento.
- Doble probabilidad de morir por causas obstétricas en las adolescentes y jóvenes de quince a diecinueve años. En las menores de quince años este riesgo es seis veces mayor. La mortalidad materna en menores de veinte años representa el 14 por ciento del total de defunciones maternas ocurridas en todas las edades.
- Mayor vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y VIH- SIDA. El 52,86 por ciento de los casos por VIH en Colombia, se presentan en personas entre quince y treinta y cinco años, lo cual significa que la infección ocurrió antes de los veinte años de edad.
- Alta vulnerabilidad para la violencia y abuso sexual.
- Obligación de asumir el rol de adultos a edades tempranas.

Frente a este panorama la solución no puede ser otra que la gestión integral para la prevención y control de los riesgos y la disminución de la vulnerabilidad en SSR y el fortalecimiento de las acciones de promoción para una vida sexual sana en el marco del SGSSS.

## TIPIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa del ciclo vital del desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final la capacidad social de reproducirse. Durante este proceso el adolescente se humaniza, se apropia y re-crea las características y atributos de la historia social de su cultura, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez que este lo transforma a ellos<sup>26</sup>.

ADOLESCENCIA TEMPRANA O INICIAL - DIEZ A TRECE AÑOS: en esta etapa, el adolescente se ajusta a los cambios que marcan el inicio de la misma. El adolescente se encuentra ambivalente entre separarse de sus padres o no y prefiere socializar con "pares"

del mismo sexo. Conserva un pensamiento concreto con planes vagos hacia el futuro. En esta etapa inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación. Se centra mucho en sí mismo y explora qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.

**ADOLESCENCIA MEDIA: CATORCE A DIECISÉIS AÑOS:** en este período, es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. Explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, así mismo diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y el descubrir la abstracción de nuevos conceptos. El riesgo de vincularse a actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural es mayor durante esta etapa.

**ADOLESCENCIA FINAL O TARDÍA - DIECISIETE A VEINTIÚN AÑOS:** en este grupo, el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Este establece y consolida relaciones que se basan en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de los otros. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. Define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología.

**ADULTO JOVEN:** a este grupo pertenecen las personas entre veintiuno y veinticuatro años de edad y corresponde con la consolidación del rol social

## MARCO LEGAL Y NORMATIVO

La Constitución Política de 1991 consigna en sus postulados los derechos básicos esenciales para todos los ciudadanos. En este marco son de especial preponderancia el derecho a la salud y los derechos de los niños y niñas (Artículo 44) en tanto prevalecen sobre los demás desde un principio de prioridad por la infancia. Igualmente interesa el articulado que hace referencia a los derechos de los adolescentes y jóvenes, derechos asociados a la protección y formación integral. (Artículo 45).

La Ley 100 de 1993, que organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su Artículo 163 asume la cobertura de salud familiar mediante el Plan Obligatorio de Salud -POS, convirtiendo en beneficiarios del sistema a los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar y dependan económicamente de éste; además a los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad y dependan económicamente del afiliado.

Los acuerdos 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Resolución 412 de 2000 exigen la realización de actividades de salud pública y los procedimientos e intervenciones relacionados con la prevención específica, detección temprana y atención integral.

El Acuerdo 244 de 2003 determina la identificación e incorporación de población especial al sistema de salud en la categoría de beneficiarios del régimen subsidiado. Estas poblaciones que son consideradas como de prioridad para su inclusión son:

- Población infantil abandonada.
- Población en desplazamiento forzado.
- Comunidades indígenas.
- Población desmovilizada.
- Núcleos familiares de las madres comunitarias.

A lo anterior se articula la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que insta a las entidades territoriales a formular y desarrollar instrumentos técnicos y prácticos de acción y atención a la población en edad reproductiva con una atención singular en la población adolescente.

En este sentido, la Circular 018 de 2004 del Ministerio de la Protección Social, planteó para la implementación de la Política que las entidades territoriales deberán formular un Plan de s.f. que desarrolle las orientaciones, principios y estrategias propuestas por dicha política integrando las intervenciones y acciones previstas en los diferentes planes de beneficios.

Las líneas de intervención generales deberán orientarse a:

- Promoción de la salud de adolescentes y jóvenes mediante estrategias de información, educación y comunicación en coordinación con el sector educativo y otros sectores relacionados.
- Suministro de métodos de anticoncepción hormonal, de barrera y emergencia a adolescentes y jóvenes no asegurados en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginadas y de riesgo.
- Promover en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, el desarrollo de servicios de atención integral a los adolescentes y jóvenes.
- Evaluar la percepción de los y las adolescentes y jóvenes sobre las acciones y servicios de salud dirigidos a ellos, factores protectores y comportamientos de riesgo.

## **RELACIÓN ENTRE EL PROYECTO DEL FONDO MUNDIAL COLOMBIA Y LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Hay una relación sinérgica entre los objetivos y metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la propuesta del Proyecto del Fondo Mundial, como puede apreciarse en la tabla a continuación:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	ESTRATEGIAS Y ACCIONES DEL PROYECTO DEL FONDO MUNDIAL EN COLOMBIA
<p>Impulsar en la población medidas de <i>promoción de la salud y de prevención de la enfermedad</i> y estimular la <i>atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y salud reproductiva</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Proyecto con enfoque de salud pública en el que la atención primaria de la salud y la promoción de la salud se proponen como estrategias fundamentales.</li> <li>· Énfasis en protección y restitución de Derechos Humanos –incluyendo el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos– y fortalecimiento de políticas públicas en el ámbito municipal dirigidas a adolescentes y jóvenes–incluyendo políticas educativas sobre educación para la sexualidad humana, prevención del VIH–.</li> <li>· Énfasis en protección y promoción de la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes</li> <li>· Énfasis en prevención de la infección por el VIH y el Sida en adolescentes y jóvenes.</li> <li>· Apoyo al desarrollo o fortalecimiento local del enfoque de creación de entornos saludables en el ámbito de las instituciones educativas –Escuelas Promotoras de la Salud– y las instituciones prestadoras de servicios de salud –servicios o centros amigables con las y los adolescentes y jóvenes</li> </ul>
<p>Ampliar la <i>cobertura en el SGSSS de la población con factores de vulnerabilidad</i> en salud sexual y salud reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Énfasis del proyecto en protección y restitución de Derechos Humanos –incluyendo el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos - y políticas públicas, una de cuyas acciones prioritarias es promover la afiliación de los jóvenes en contextos de desplazamiento al SGSSS.</li> </ul>
<p>Fortalecer la red de servicios del país, en relación con la <i>oportunidad, calidad e integralidad de la atención en los eventos de salud sexual y salud reproductiva</i>, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la <i>capacidad y el compromiso del recurso humano</i> y la implementación de los sistemas de información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Conformación y fortalecimiento de redes locales de servicios para la atención integral de las necesidades de salud de la población joven en contextos de desplazamiento.</li> <li>· Apoyo al desarrollo o fortalecimiento local de servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables con las y los adolescentes y.</li> <li>· Capacitación de trabajadores de la salud en el área de influencia del PFMC en Derechos Humanos, salud sexual, salud reproductiva y prevención de ITS, VIH y Sida.</li> </ul>
<p>Desarrollar acciones de <i>vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y salud reproductiva</i>, como factor fundamental para la toma de decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Promoción de las acciones municipales y locales de vigilancia epidemiológica de las ITS, VIH y Sida en las Unidades Base de Acción del Proyecto.</li> <li>· Aplicación de Encuestas CAP en jóvenes en contextos de desplazamiento en cuarenta y ocho municipios del país.</li> </ul>
<p>Desarrollar acciones que <i>vinculen a diversos sectores e instituciones</i> para impactar los problemas de la salud sexual y salud reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· El fortalecimiento de la coordinación intersectorial e interinstitucional en los cuarenta y ocho municipios participantes es uno de los objetivos centrales del PFMC.</li> <li>· Garantizar la participación activa de los propios jóvenes y demás actores claves en el ámbito municipal y comunitario en todas las etapas de ejecución del PFMC, es uno de los principios fundamentales del mismo.</li> </ul>
<p>Aprovechar las <i>redes sociales como escenario de intercambio de información y apoyo solidario</i> en las áreas prioritarias de la política de salud sexual y salud reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Apoyo a la conformación o fortalecimiento de redes y organizaciones de jóvenes y de personas viviendo con VIH y Sida, entre otras.</li> </ul>



El PFMC es complementario a la responsabilidad del Estado en los municipios y departamentos, y busca promover la optimización de las acciones estatales en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva para jóvenes.

## ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

En resumen, la respuesta que el sistema de salud ofrece a la SSR de adolescentes y jóvenes está orientada por la normatividad y los planes de beneficios existentes, también, por una concepción y especial prioridad sobre el tema que se plasma en la Resolución 412 de 2000 y se articula a la propuesta de la Política Nacional de SSR.

La Resolución 412 de 2000 define la atención en SSR como el conjunto de acciones, intervenciones y procedimientos para la población de diez a veintinueve años, tendientes a garantizar la detección temprana de factores de riesgo o de problemas de salud prioritarios, así como brindar la información sobre la protección de salud de este grupo.

Por tanto su objeto es detectar tempranamente los problemas de salud que afectan el desarrollo de la población objetivo que son los y las jóvenes de diez a veintinueve años:



- **DETECCIÓN TEMPRANA:** detección de alteraciones de desarrollo en población de diez a veintinueve años, de la gestación y detección precoz del cáncer cervico uterino y de seno.
- **PROTECCIÓN ESPECÍFICA:** planificación familiar para hombres y mujeres y atención del parto.
- **ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN:** dirigidas a complicaciones del embarazo, Enfermedades de Transmisión Sexual, ITS, VIH-Sida, violencia contra la mujer y la infancia.

La norma plantea como requerimientos del servicio:

- **ATENCIÓN INTEGRAL:** el adolescente es un ser con capacidad de sentir, pensar, actuar, decidir, crear, proponer y realizar acciones que impulsen, mantengan y cuiden su salud y su desarrollo, de acuerdo con sus propias definiciones, indicadores y necesidades individuales, institucionales y socioculturales.
- **ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO:** para el manejo de las necesidades y problemática del adolescente es preciso organizar un equipo transdisciplinario, debidamente calificado y capaz de abordar integralmente la realidad de esta población, mínimo en las siguientes áreas: cuidado médico, vigilancia del proceso de crecimiento y desarrollo y detección de riesgos en las áreas de sexualidad, violencia, depresión y suicidio, trastorno de la alimentación, adicciones y actividad física.
- **INTERSECTORIALIDAD E INTERINSTITUCIONALIDAD:** son pertinentes los mecanismos de trabajo en red y coordinación con todos los demás actores y sectores sociales de la comunidad para promover el desarrollo juvenil.
- **MANEJO ÉTICO Y CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN:** la atención del adolescente debe garantizar el manejo confidencial de la infor-

mación y el libre acceso a los servicios de salud sin condicionamientos o conocimiento expreso de los padres o acudientes.

- **PARTICIPACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EN LA TOMA DE DECISIONES:** se deben establecer mecanismos para que los adolescentes y jóvenes participen activamente en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades destinadas a promover y mantener su salud.

Estas atenciones generan interacción entre las instituciones y los adolescentes y jóvenes atendidos, en términos de reconocer derechos y propender por el desarrollo de responsabilidades. El cuadro que se presenta a continuación resume los contenidos de la interacción.

DERECHOS	RESPONSABILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A conocer y entender su propia situación de salud.</li> <li>2. Saber y ejercer lo que se necesita para evitar riesgos y mejorar su situación.</li> <li>3. Recibir acciones y servicios básicos para cuidar y mantener la salud.</li> <li>4. Conocer y acceder a los recursos, programas y políticas existentes.</li> <li>5. Ser reconocido como actor social y a participar en la toma de decisiones y tratamientos con el equipo de salud.</li> <li>6. Ambientes saludables: limpios, higiénicos, seguros, pacíficos, que reconozca y respete su interés e intimidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidar y mantener su salud y la de los demás.</li> <li>2. Cumplir y/o aportar para la modificación de políticas y programas existentes.</li> <li>3. Buscar, crear y actuar en los espacios de participación.</li> <li>4. Vigilar y contribuir al control de los riesgos y problemas que afectan su y la salud de los que lo rodean.</li> <li>5. Exigir el cumplimiento de los deberes de la institución de salud, del estado y de la sociedad en general para promover su desarrollo y salud.</li> </ol>

El servicio cuenta con tres grandes componentes:

1. La consulta de primera vez por médico general para la detección de alteraciones del desarrollo.
2. Realización de exámenes de laboratorio.
3. La elaboración de un plan de intervención.

La CONSULTA DE PRIMERA VEZ debe ser realizada por médico general para la detección de alteraciones del desarrollo y contiene:

- Orientación e información;
- Historia familiar, médica y personal, antecedentes y situación actual, y
- Examen físico que incluya exploración general, antropométrica, signos vitales, examen por sistemas y valoración de Tanner.

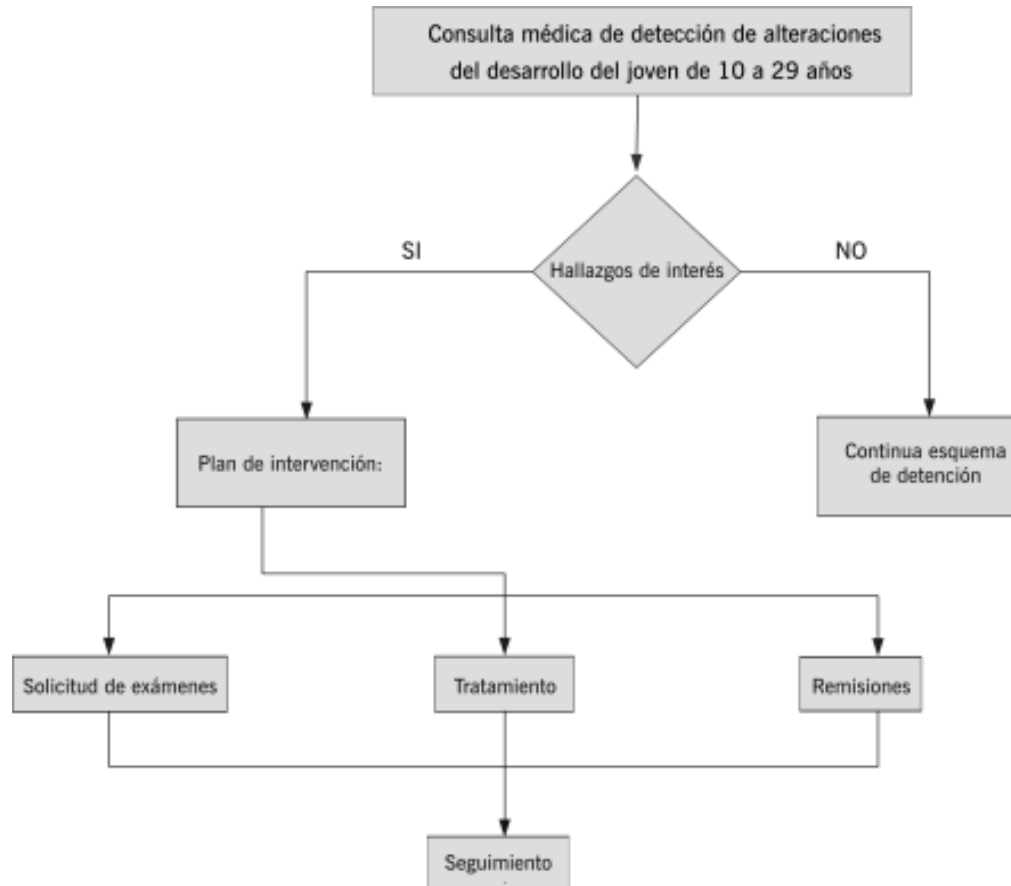
Esta consulta debe realizarla un médico capacitado, una vez durante cada período: adolescencia inicial, media, tardía y adulto joven, 4 en total<sup>27</sup>.

La REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO deben incluir: hemoglobina, perfil lipídico, serología VDRL y citología cervico-uterina.

<sup>27</sup> Es importante resaltar que por norma solo están incluidas 4 consultas, lo cual debe ser interpretado como la forma de iniciar un plan de seguimiento por cualquier causa. En los casos de la Salud Sexual y Reproductiva, SSR, esto significa que, sin perder la posibilidad de las consultas y controles para la detección de las alteraciones del desarrollo, el o la joven debe ser remitido a esos servicios de SSR.

Al final de la consulta y de acuerdo con los hallazgos, se debe elaborar un PLAN DE INTERVENCIÓN con el o la joven. El plan enfatiza en el refuerzo de los factores protectores, control de factores de riesgo y tratamiento de los problemas encontrados. Un plan que incluya la intervención de los factores de riesgo, los tratamientos necesarios y las remisiones pertinentes. Así mismo se debe precisar el esquema de seguimiento.

FLUJOGRAMA DE CONSULTA MÉDICA DE DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE DESARROLLO DEL JOVEN DE DIEZ A VEINTINUEVE AÑOS



## OTROS SERVICIOS DE SALUD PARA JÓVENES Y ADOLESCENTES Y JÓVENES

### Anticoncepción para jóvenes y adolescentes y jóvenes

La anticoncepción se ha definido como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos.

Las instituciones responsables de la atención en planificación familiar a hombres y mujeres tienen el compromiso ético de garantizar los derechos reproductivos y la protección anticonceptiva de hombres y mujeres en edad reproductiva.

La consulta de primera vez será realizada por médico o enfermera capacitados, de acuerdo al método seleccionado por la persona y al nivel de complejidad donde se realiza. Los pasos que debe seguir son:

- Informar sobre el conocimiento de los métodos disponibles, sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno. Se debe siempre hablar del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y de la posibilidad de usar doble método para su protección.

- Responder a las necesidades y dudas del joven o la joven en un lenguaje sencillo y apropiado. Este proceso individual permite que el profesional de salud se asegure que le han entendido lo que ha explicado sobre el método que desea elegir.
- Realizar interrogatorio completo con énfasis en salud sexual y reproductiva, condiciones de salud, hábitos y uso de medicamentos.
- Examen físico general y del aparato reproductivo.
- Brindar apoyo al joven o a la joven para la elección del método, aplicando los criterios de elegibilidad para iniciar el uso de métodos anticonceptivos.
- Entrega del método seleccionado.
- Orientar, informar y educar al joven o a la joven sobre: signos de alarma, importancia de los controles y su frecuencia y doble protección para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.
- Durante las consultas de control se verifica el uso correcto del método, se evalúan molestias y efectos adversos y se realiza un examen físico completo.

ADOLESCENTE CON RELACIONES SEXUALES	¿QUÉ MÉTODO PUEDE ELEGIR EL O LA ADOLESCENTE?
<p>Consejería.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar especialmente: Relación con la familia, apoyo de la pareja, creencias religiosas, actitud frente a los métodos anticonceptivos y frecuencia de las relaciones sexuales.</li> <li>• Preguntas para orientación. ¿Qué edad tiene tu pareja? ¿cómo se conocieron? ¿con qué frecuencia tienen relaciones? ¿dónde tienen relaciones? ¿has usado antes algún método? ¿por qué no? ¿por qué dejaste de usarlo? ¿saben tus padres que tienes relaciones sexuales? ¿qué opinan tus padres con respecto a esto? ¿tienes temor de usar algún método en particular? ¿por qué? ¿qué piensa tu pareja de los métodos anticonceptivos y en particular, del condón? ¿has estado embarazada alguna vez?</li> </ul>	<p>No hay ningún método ideal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para decidir por un método es necesario evaluar la reversibilidad, la efectividad, los riesgos, la tolerancia y aceptabilidad del método.</li> </ul> <p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de las relaciones,</li> <li>• Número de parejas sexuales,</li> <li>• Historia de infecciones genitales,</li> <li>• Capacidad para el uso constante del método.</li> </ul> <p>Alentar a que concorra con la pareja,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La responsabilidad de elección y el uso de métodos anticonceptivos no debe ser solamente de la mujer. Estimular a que el varón participe y comparta la responsabilidad.</li> </ul>

Historia clínica completa.

- Edad de la menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, ciclos menstruales, ITS, embarazos anteriores, abortos, edad de la pareja.
- Consumo de tabaco, drogas, alcohol
- Enfermedades previas: depresión, diabetes, hipertensión arterial, bocio, epilepsia, enfermedades de la coagulación, glaucoma y otros problemas de visión, jaquecas y cefaleas.
- Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia.

Examen físico completo con especuloscopia.

Toma de muestra para citología y frotis de flujo vaginal de ser necesario.

Laboratorio: si no hay elementos anormales no estaría indicado previo a iniciar método anticonceptivo.

Métodos elegibles para adolescentes y jóvenes

- Hormonales: píldoras combinadas o de gestágenos solo, inyectables e implantes de gestágenos.
- Mecánicos de barrera: preservativo masculino, femenino. Ventaja adicional de prevenir ITS.
- Anticoncepción de emergencia: falla de método anticonceptivo, omisión de más de tres píldoras, retraso en recibir el inyectable –más de catorce semanas del último–, abuso sexual.

Se prefiere doble método: hormonal y de barrera –preservativo/condón, preservativo femenino–.

- DIU no se recomienda en adolescentes y jóvenes nulíparas por los riesgos de infección e infertilidad. Los métodos naturales son difíciles de usar por la alta frecuencia de ciclos irregulares que presentan las adolescentes y jóvenes, por el tipo de comportamiento sexual y la práctica y conocimiento que se requiere.

## ADOLESCENTE SIN RELACIONES SEXUALES

Historia clínica y examen físico completos.

Evaluar categoría de riesgo.

Investigar en que estadio de “*petting*” se encuentra. Estos estadios se refieren al nivel de actividad sexual no coital –estadio I a III– que consiste en tomarse de la mano, besarse, abrazarse, acariciar genitales a través de la ropa, caricias sin la ropa, y estadios IV y V que corresponde a la relación sexual completa.

## ¿QUÉ MÉTODO PUEDE ELEGIR EL/LA ADOLESCENTE?

Si no ha iniciado actividad sexual: Bajo riesgo.

Valorar y reforzar la abstinencia, orientar y ofrecer información para lograr una mayor seguridad en ella misma. Deben saber que no son los únicos que hay muchos adolescentes y jóvenes que no han iniciado relaciones sexuales.

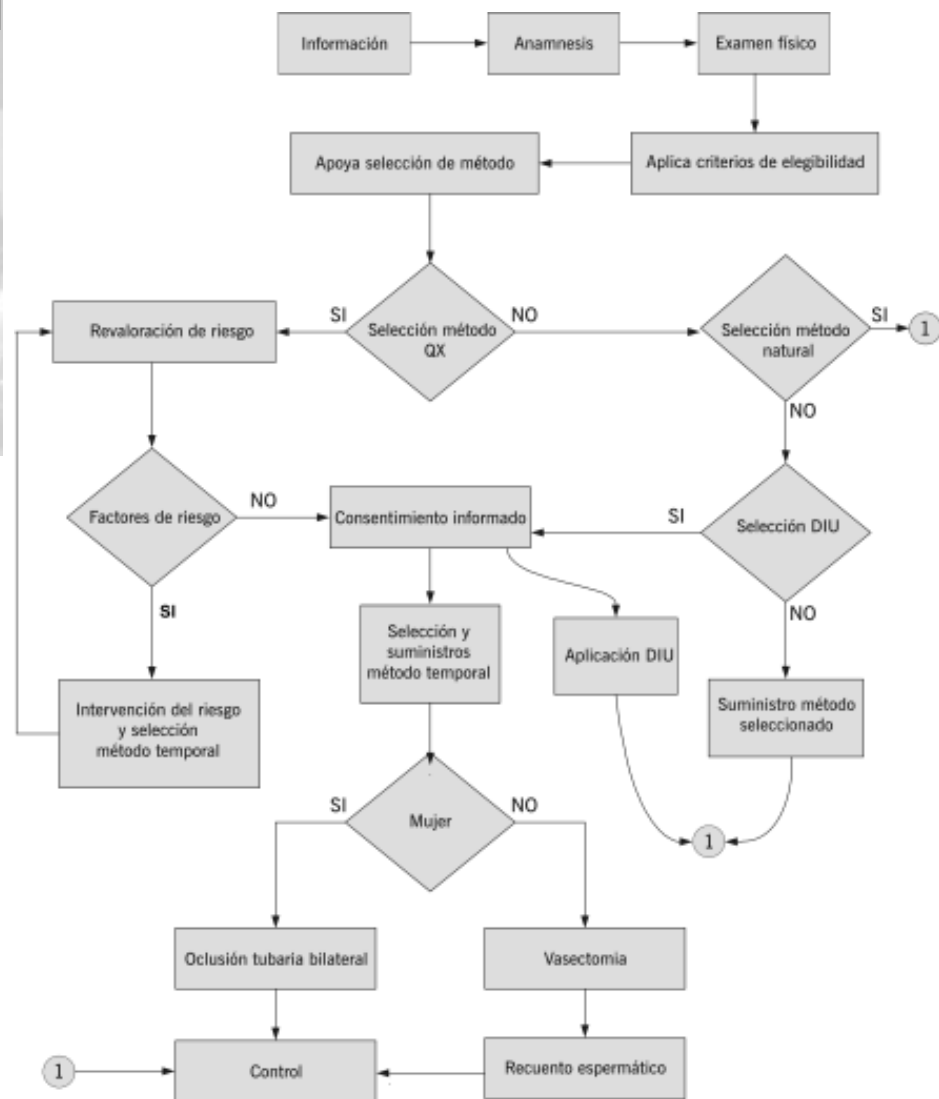
Si está en estadio I o III: Riesgo moderado.

Valorar y reforzar la abstinencia, orientar y ofrecer información para lograr una mayor seguridad. Orientar sobre la decisión o no de iniciar relaciones sexuales, cómo lo percibe y qué piensan los padres. Al mismo tiempo orientar a considerar lo que significa sexo sin riesgos, y cómo disminuir esos riesgos.

## PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

MÉTODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses post-parto
Hormonales	Cada año
DIU de intervalo	Al mes y luego cada año
DIU post-parto o intracésarea	En la consulta de puerperio, al tercer mes del post-parto, y luego cada año
DIU post-aborto	Al mes y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina	A la semana y luego a los tres meses –con recuento espermático–
Esterilización quirúrgica femenina	A la semana

## FLUJOGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN



## Atención de las infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual, ITS, son aquellas que se transmiten a través del contacto sexual<sup>28</sup>, durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano o cavidad oral. La transmisión ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de al menos un contacto sexual penetrativo sin protección –sin uso de condón– con una persona de quien se ignora si tiene o no una ITS, o se conoce que la tiene. Algunas pueden ser transmitidas de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia o a través del contacto sanguíneo. En la presente guía se tomara la infección como sinónimo de enfermedad.

Las ITS pueden ser sintomáticas o asintomáticas; 5 de cada 10 hombres y 8 de cada diez mujeres con ITS no desarrollan síntomas<sup>29</sup>. Por eso deben buscarse en toda persona que presente un comportamiento sexual de riesgo, así no presente síntomas<sup>30</sup>.

El control de las infecciones de transmisión sexual es fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Entre las estrategias eficaces para su control están la detección, el manejo precoz y eficaz de los casos, al permitir la prevención secundaria y la prevención primaria a nivel colectivo. Adicionalmente, el tratamiento precoz y eficaz de las ITS previene la propagación del VIH. Para lograr lo anterior es necesario proveer servicios que satisfagan las expectativas de los pacientes, y promover ampliamente su demanda.

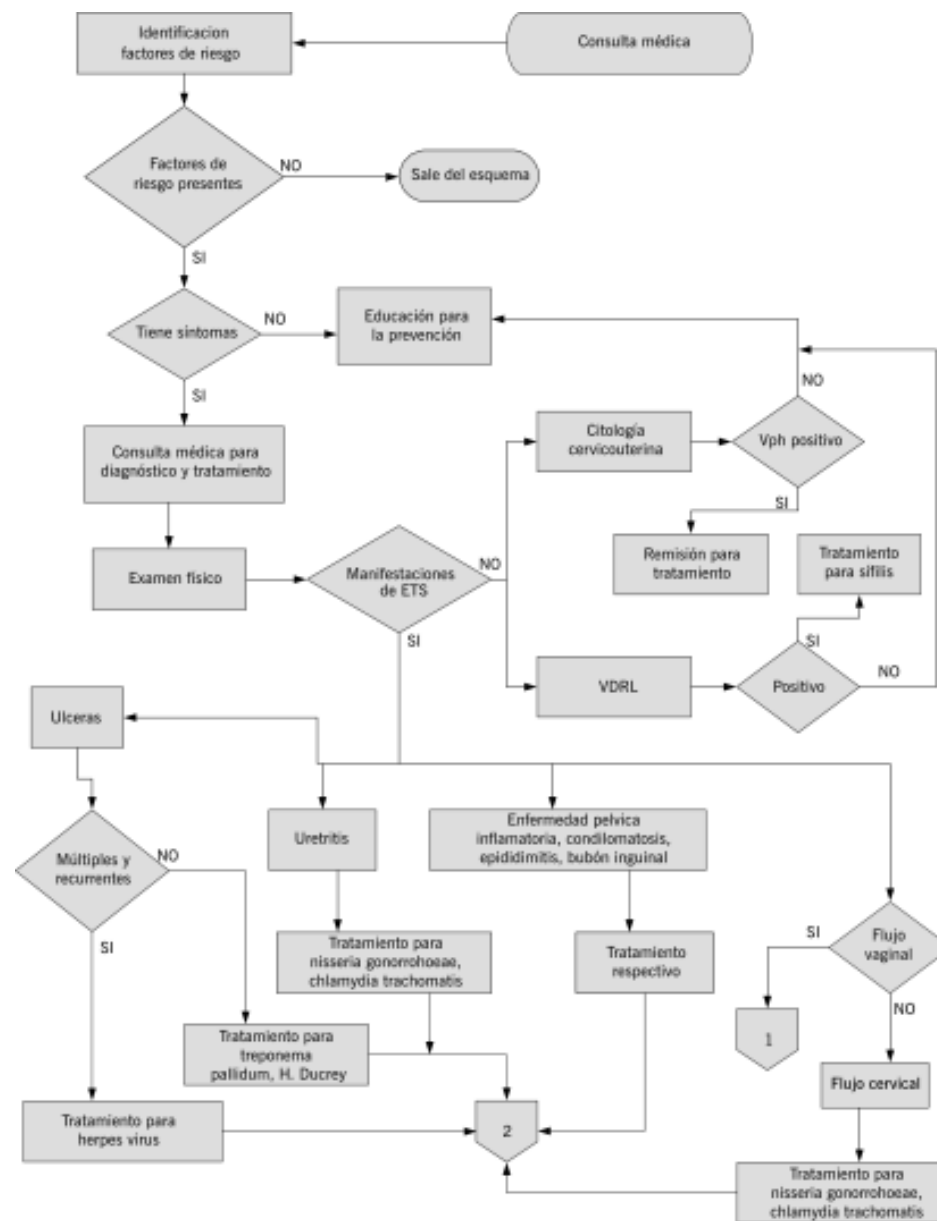
Las ITS ocasionan complicaciones, siendo más vulnerables las mujeres y los niños cuando las adquieren por transmisión madre a hijo. Las complicaciones más frecuentes en mujeres son el aborto, la infertilidad, dolor pélvico crónico y embarazo ectópico con mortalidad materna asociada; entre las secuelas y complicaciones también se puede incluir el cáncer de cuello uterino, la enfermedad hepática crónica, cirrosis y cáncer del hígado. Las complicaciones y secuelas puede incluir el aborto, la muerte fetal y malformaciones congénitas: ceguera, sordera, lesiones óseas, lesiones neurológicas irreversibles, entre otras. Las complicaciones en hombres incluyen la inflamación de genitales, la infertilidad, el cáncer de pene, la enfermedad crónica del hígado, cirrosis, cáncer del hígado, etcétera.

La detección de las ITS se inicia cuando un joven de diez a veintinueve años asiste a un servicio de atención médica. En el interrogatorio se evalúa la vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo sexual. Si existe un comportamiento de riesgo se indaga sobre la presencia de síntomas como úlcera genital, secreción uretral y disuria en el hombre, o flujo anormal, molestia al orinar, dolor vulvar, dolor pélvico o úlcera genital debe ser diagnosticado y su enfermedad resuelta en el mismo día en que solicita la atención mediante provisión inmediata de medicamentos antibióticos de acuerdo a los protocolos nacionales para tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Independientemente que tenga síntomas se realizan pruebas de laboratorio para otras ITS y asesoría preprueba de VIH.

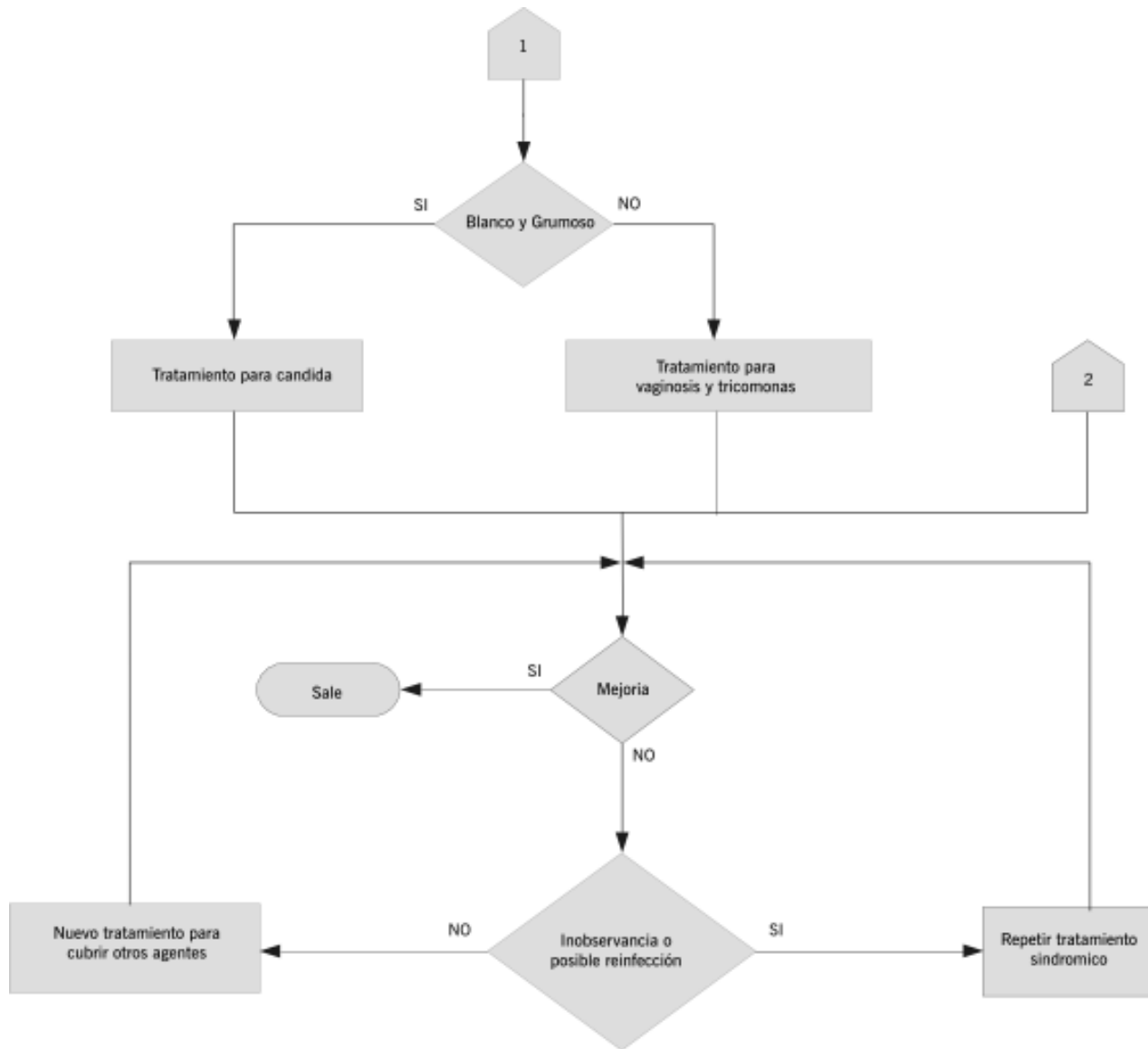
28 Ministerio de Salud. Guía de atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Bogotá DC: Ministerio de Salud; 2000.  
29 Ministerio de Salud. Guía de atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Bogotá DC: Ministerio de Salud; 2000.  
30 Ministerio de Salud. Guía de atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Bogotá DC: Ministerio de Salud; 2000.

# DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL





## DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



### INFORMACIÓN PARA LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES

#### *¿Cuál es mi problema?*

Todo indica que hay una infección genital, algunas de estas infecciones se transmiten con la relación sexual, y probablemente eso fue lo que te pasó. Tienes que cuidarte para que esto no te vuelva a ocurrir y una de las formas es estar seguro de usar siempre un condón en cada relación sexual y venir a los controles para examinarte, hacer las pruebas y diagnosticar estas infecciones rápido para tratarlas.

#### *¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?*

Si se diagnostican y tratan a tiempo en general no ocurre nada, pero pueden traer complicaciones si no se tratan a tiempo o si tú no vuelves al control. Las complicaciones son infecciones del útero, abscesos en los ovarios y las trompas, peritonitis, infección general o cuando desees quedar embarazada puedes tener más riesgo de infertilidad, embarazos ectópicos, o dolores pélvicos crónicos. Si estás embarazada pueden ocurrir complicaciones como muerte del niño en el útero, parto prematuro, o ruptura de la bolsa de aguas. Para los hombres, la estrechez uretral futura con trastornos urinarios y compromiso de la fertilidad.



### *¿Qué debiera hacer para el tratamiento?*

Hay que hacer pruebas para investigar qué tipo de infección tienes y debieras hacer un tratamiento con antibióticos. Es muy importante hacer el tratamiento completo para asegurar la curación completa. También es necesario que tu pareja se estudie y se trate, así no vuelven a enfermarse.

## DetECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino presenta una alta incidencia y mortalidad en Colombia. Es más frecuente en mujeres pobres con vida sexual activa o alta paridad. La detección temprana del cáncer de cuello uterino por citología cérvico uterina está dirigida a mujeres de veinticinco (25) a sesenta y nueve (69) años y a menores de veinticinco (25) con vida sexual activa. La citología practicada a intervalos regulares es efectiva para detectar precozmente el cáncer cervical.

La toma de la citología cervico uterina debe ser realizada por un médico o enfermero con el esquema 1-1-3; esto significa que si el resultado de la primera citología es normal (1), se realiza una segunda citología al año (1) para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda citología es normal se debe citar a la mujer para otra citología en tres años (3) y mantener esta periodicidad (3), en tanto el resultado de la citología continúe negativo. Si la última citología fue tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-3. La citología debe ser realizada por médico o enfermera debidamente capacitados

La citología cervico uterina no es diagnóstica, solo identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él. Indica qué mujeres deben ir para diagnóstico definitivo de cáncer.

La institución de salud debe realizar búsqueda activa de las mujeres con resultado de citología anormal. Cuando el reporte de la citología es normal, es de suma importancia motivar a las jóvenes para que cumplan con regularidad sus citas para citología dentro del esquema 1-1-3 y dar indicaciones sobre el siguiente control.

Es importante resaltar la búsqueda activa que se debe hacer a todas aquellas mujeres que pasados los 30 días no regresen a reclamar su reporte.



## INFORMACIÓN PARA LA ADOLESCENTE

### *¿Cuál es mi problema?*

Existen cambios en el cuello del útero debidos a infecciones que has tenido. Estos cambios pueden deberse a la inflamación y esta no permite observar bien las características de las células. Como es muy importante asegurarnos que no haya células que puedan transformarse en algo más grave, trataremos la inflamación y haremos una nueva citología y otro estudio muy parecido, la colposcopia, donde el médico verá el cuello del útero con lente de aumento y una luz especial y tomará muestras directamente de lo que ve. Que se trate de una lesión premaligna, no quiere decir que sea un cáncer, solamente que tiene más chance de transformarse si no te tratas.

### *¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?*

Si es solamente inflamación, no habrá problemas. Hay que hacer el tratamiento adecuado para que no empeore, ya que si se agrava puedes tener problemas en el futuro –para quedar embarazada o tener mayor riesgo de desarrollar lesiones malignas– sobre todo si se confirma que hay una infección por virus del condiloma.

### *¿Qué debiera hacer para el tratamiento?*

Para que haya menos consecuencias peligrosas para ti sería bueno que trataras de usar siempre condón en las relaciones sexuales para evitar infecciones, que dejaras de fumar y vengas a controlarte cada vez que te lo recomendamos. Quizás sea necesario tomar un pequeño trozo de tejido, lo que llamamos una biopsia, para poder estar seguros. Esto lo hace el médico que hace la colposcopia si lo considera necesario. Si todo está bien, lo más probable es que no necesites controlarte seguido y no hagas nada más.

## DetECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

Lo mínimo para reducir la mortalidad materna es garantizar la atención de calidad durante el control prenatal, el parto y el posparto inmediato y tardío. Razón por la cual es indispensable inducir la demanda del control prenatal para identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo.

Para iniciar la atención, la joven requiere una prueba de embarazo si éste no es evidente. En la primera consulta prenatal se evalúa el estado de salud de la gestante y se identifica presencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles. Le ordenarán una serie de exámenes de laboratorio –incluyendo prueba de VIH– y ecografía, toxoide tetánico y diftérico y micro-nutrientes

La joven gestante recibe educación sobre:

- Fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.

- Importancia de la estimulación del feto.
- Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.

A cada joven gestante se le entrega del carné materno y educación sobre la importancia de su uso. En el carné materno se encuentran el registro de atenciones clínicas, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.

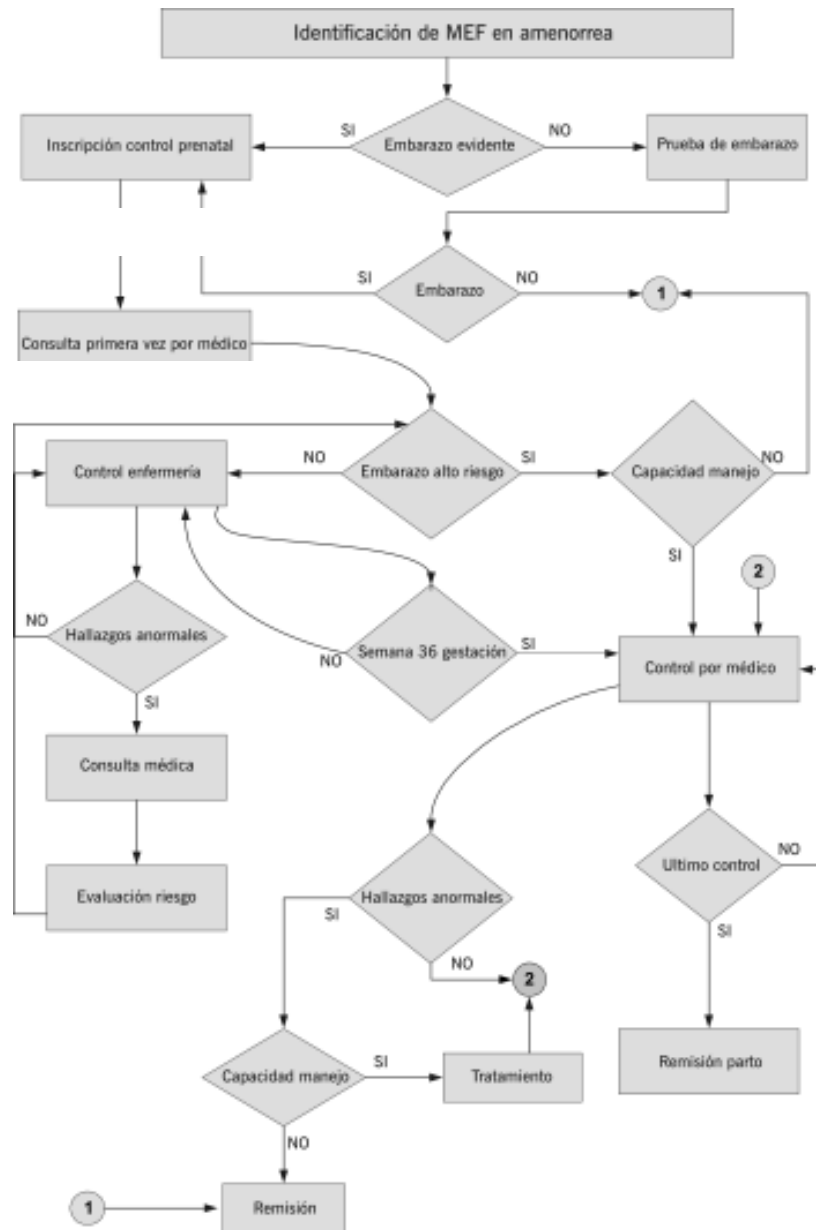
El equipo de salud, debe controlar, los riesgos biológicos, nutricionales, psicológicos y sociales encontrados. En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en otro nivel de complejidad, en la nota de remisión, se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de salud.

La joven gestante debe asistir a las consultas de seguimiento por médico o enfermera mensualmente hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto. El médico realizará el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo.

Los 2 últimos controles prenatales serán realizados por médico cada quince días, para orientar a la gestante, compañero y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y entregar en forma completa la nota de remisión si es el caso. En el último control se debe dar instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución donde se le atenderá el parto.

Durante el control deben recibir información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sus condiciones particulares y sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente. Además se debe remitir a curso de preparación para el parto, recibir asesoría para planificación familiar y solicitud de firma del consentimiento informado si la gestante elige método permanente para después del parto.

FLUJOGRAMA DE CONTROL PRENATAL



## Atención del adolescente o joven maltratado

En Colombia el maltrato físico es el más frecuentemente reportado<sup>31</sup> aunque el maltrato emocional parece ser más prevalente.

Usualmente el maltrato físico es recurrente y cada vez más grave. Las consecuencias físicas y psicológicas son numerosas e incluyen la muerte, incapacidad, lesiones como laceraciones, fracturas, quemaduras, contusiones, y daño cerebral; múltiples problemas en el desarrollo social y afectivo, incluyendo una mayor probabilidad de manifestar comportamientos violentos y delincuenciales. Es indispensable que el sector salud trabaje decididamente en la promoción del buen trato, la prevención, detección y atención del maltrato al niño. Además que notifique y denuncie los casos que conozca, y mantenga un sistema de vigilancia en salud pública que permita la orientación de las intervenciones.

31 Ministerio de Salud. Guía de atención del menor maltratado. Bogotá DC: Ministerio de Salud; 2000.

El maltrato infantil es toda acción u omisión que interfiera negativamente en el sano desarrollo físico, mental o emocional de un menor, causado por un adulto a cuyo cuidado se encuentra el menor<sup>32</sup>.

La atención del joven o adolescente maltratado debe incluir:

- Detección con el correspondiente tratamiento integral que disminuya las secuelas y la muerte.
- Detección de factores de riesgo e identificación precoz del maltrato, para lograr una intervención adecuada por parte del sector salud y su interrelación con otros sectores.
- Búsqueda activa de los casos de maltrato en todas las instituciones del sector salud con una oportuna y apropiada atención de los casos detectados.
- Vigilancia epidemiológica y mecanismos de denuncia para atención por los sectores de protección y justicia.
- Acciones que contribuyan al establecimiento de una cultura de promoción del buen trato.

La atención de jóvenes víctimas de cualquier tipo de maltrato se debe realizar por un equipo interdisciplinario de salud, debidamente capacitado y habilitado para responder a las demandas de atención en el área médica, psicológica y de trabajo social.

Cuando se diagnostica en un joven maltratado, se está dando a la familia la oportunidad de cambiar su funcionamiento y, por supuesto, al tratar a tiempo a los adolescentes y jóvenes se está interrumpiendo la transmisión de la violencia de generación a generación y por lo menos paliando el daño psicológico severo que se genera y evitando el maltrato o muerte de uno o varios niños de la misma familia o comunidad.

Son factores protectores del maltrato:

- Promover la formación de un sólido vínculo afectivo entre los padres y sus hijos capaz de amortiguar las dificultades de la crianza, sin que ocurra el maltrato en cualquiera de sus formas.
- Evitar las separaciones entre la madre, el padre y el bebé durante el parto y en los momentos siguientes a éste, a no ser que exista patología neonatal severa.

- Permitir y estimular el contacto físico entre la madre joven o adolescente y el bebé. Incluir al padre en todo el proceso.
- Tratar respetuosamente a la madre adolescente o joven y al padre, incluso afectuosamente, constituyéndose en lo posible en una red de soporte psicosocial que la familia pueda contactar en el futuro próximo para solicitar ayuda en la tarea de la crianza. Tratar a los bebés con gran valoración y cuidado amoroso, dando un modelo de identificación sana para los padres hacia el futuro.
- Ayudar a las comunidades a la formación de diversas redes que aporten enriqueciendo emocionalmente y ofreciendo contenciones en las situaciones de crisis (ligas de madres, grupos de padres, etc).
- Enseñanza de las diversas etapas de desarrollo psicosexual a los padres.
- Si bien no puede situarse la responsabilidad de la prevención del abuso sexual en los adolescentes y jóvenes, es claro que hacerles

conocer qué es el abuso sexual, advertirles que no todos los adultos son confiables, informarles sobre el derecho que tienen a controlar el acceso a su cuerpo y brindarles alternativas para enfrentar los intentos de abuso sexual, disminuye el riesgo.

- Educar e informar a los adolescentes y jóvenes sobre sus derechos.

## Maltrato físico

El maltrato físico es toda agresión física a un menor de edad causada por los padres, personas del grupo familiar o cuidadores. Puede ser de intensidad leve, moderada o grave y su ocurrencia antigua, reciente o recurrente<sup>33</sup>.

Las consecuencias del maltrato físico dependen de la severidad de la lesión que puede llegar hasta la muerte. Las secuelas pueden ser de tipo funcional o estético.

### Factores de Riesgo

DEL JOVEN O EL ADOLESCENTE	DE LA FAMILIA O DE SUS MIEMBROS	SOCIALES
<p>Retardo mental. Parálisis cerebral. Deformidades físicas. Con enfermedades crónicas.</p>	<p>Crisis familiares por necesidades básicas insatisfechas Familias donde la violencia es aceptada como forma de relación entre sus miembros. Padres que han sufrido maltrato infantil. Condición de padrastro o madrastra. Bajo nivel de escolaridad de los padres. Padres adolescentes y jóvenes. Hijos indeseados, o que no cumplen las expectativas de los padres y son considerados insoportables, feos, malos. Disfunción de la pareja. Aislamiento social. Bajos niveles de comunicación. Inadecuada escala de valores. Alteraciones en el sistema de vinculación afectiva de padres e hijos. Padres consumidores de alcohol o sustancias psicoactivas.</p>	<p>Desempleo. Tolerancia social al maltrato en general. Hacinamiento. Desplazamiento forzado. Corrupción. Bajo nivel de ingreso. Ausencia de redes sociales de apoyo.</p>

### Atención

La consulta podría ser la única oportunidad de detectar el maltrato, interrumpir el dolor y la situación de disfuncionalidad familiar. Está en manos del personal de salud que atiende al joven, confrontar a la familia con su realidad de violencia.

Es de vital importancia considerar el diagnóstico a la menor sospecha, especialmente cuando no hay correlación entre la información que se ha obtenido en la historia clínica y los hallazgos al examen físico o las pruebas de laboratorio, cuando la actitud de los padres es hostil, cuando son demasiado solícitos frente a un joven atemorizado y muy callado, cuando existe control extremo de un padre sobre el otro, cuando se niegan a responder preguntas o se han demorado en buscar ayuda.

Las historias clínicas pueden ser documentos probatorios en casos de maltrato infantil, y por tanto debe registrarse toda la información obtenida.

En el siguiente cuadro se realiza un inventario de los hallazgos más frecuentes al examen físico, que deben alertar a los clínicos sobre la posibilidad de un caso de maltrato en un niño/a

SISTEMA/ ÓRGANO/ ÁREA	SÍNTOMAS
Piel y tejidos blandos	Edema (inflamación), equimosis o hematomas (moretones) en cara, extremidades, nalgas o tronco. Cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas: quemaduras con cigarrillos, plancha, líquidos, en pies, manos, espalda o nalgas. Heridas profundas en tejidos blandos de cavidad oral. Laceraciones en tejidos blandos de cavidad oral
Esquelético	Fracturas nasales, dentales y en cavidad bucal. Dislocación del hombro o del codo. Contusiones del hombro o del codo. Esguinces de 1º, 2º y 3er. Grados Contusiones o machacamientos.
Sistema Nervioso Central	Trauma craneoencefálico que genera desde hematomas del cuero cabelludo, moretones, heridas pequeñas sin pérdida de la conciencia, sin convulsiones hasta pérdida de conciencia, hemorragias subaracnoideas, hematomas intracraneales, convulsiones, coma.
Respiratorio	Casi ahogamiento. Broncoaspiraciones.
Órganos de los Sentidos	Heridas o hematomas de párpados sin compromiso del globo ocular. Heridas del globo ocular. Lesiones corneales - Desprendimiento de retina. Heridas del pabellón auricular y del conducto auditivo externo. Hemorragia en el oído medio o interno. Ruptura del tímpano. Hemorragia nasal que cede fácil al taponamiento. Desviación del tabique.
Cavidad Abdominal	Golpes, hematomas, contusiones que no comprometen las vísceras, sólo la pared abdominal. Ruptura de vísceras, peritonitis.
Otros	Todo abdomen agudo sin explicación clara. Signos de traumatismo en otras localizaciones, cuya explicación no sea clara.



## Maltrato Emocional o Psicológico

Da cuenta de los efectos adversos sobre la conducta, la emocionalidad, la seguridad y la capacidad de adaptarse al medio, de un menor, producidos por la actitud de un adulto, la cual puede enmarcarse como alejada y ajena a toda conducta con sentido constructivo, educativo o protector para el joven<sup>34</sup>.

Dentro de esta variante de maltrato se encuentran numerosas conductas que padres, maestros y cuidadores que realizan con los adolescentes y jóvenes, por ejemplo el rechazo, la crítica, la constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones, la ridiculización de sus acciones, la amenaza de abandono o daño si no cumplen con las expectativas de los padres, las demandas y exigencias inapropiadas para la edad que terminan confiriéndole un papel adulto o de paternidad que no le corresponde, así como la sobreprotección mediante actitudes que inhabilitan e inmovilizan el normal desarrollo.

El maltrato psicológico del menor se clasifica en: *leve*, como aquel que es reparable en un corto tiempo de tratamiento; *moderado*, el que requiere una intervención prolongada al joven y a su familia, y *grave*, aquel que no tiene retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima toda la vida. Como se mencionó anteriormente, es importante recordar que todos los tipos de maltrato están acompañados de maltrato psicológico.

La consecuencia del maltrato psicológico es la determinación que ejerce en los patrones de relación interpersonal. En muchas ocasiones, el joven o la joven "aprenden" que la manera de relacionarse con el mundo es a través de la agresión y en adelante reproducirán el maltrato del que han sido víctimas, ejerciéndolo contra las personas con quienes se relacionan, especialmente si éstas están de alguna manera en situación de indefensión como los niños, los ancianos, los discapacitados, etc.

### Factores de Riesgo

SOCIALES	
Desempleo o estrés laboral. Dificultades económicas severas. Cambios bruscos de patrones culturales. Aislamiento de la familia de recursos de apoyo (salud, educación, recreación, etc.)	
DEL JOVEN O EL ADOLESCENTE	DE LA FAMILIA O DE SUS MIEMBROS
Bajo rendimiento escolar Exigencia excesiva de rendimiento escolar por parte de los padres o maestros. Trastornos en el desarrollo físico o emocional (hiperactividad, crisis de llanto, enfermedad crónica, retardo mental).	Padres que ignoran, rechazan, aíslan, aterrorizan, pervierten, atacan verbalmente, o presionan al niño. Padres que no responden a las necesidades del joven y fracasan en estimularlo de manera adecuada. Padres que no establecen contacto visual con el joven. Padres que no reaccionan a la presencia del niño y que no demuestran afecto hacia él. Padres que no le proveen al niño intimidad y autonomía adecuada para su edad. Madres que presentan depresión profunda. Padres que amenazan permanentemente a los hijos. Padres que protegen excesivamente a sus hijos. Embarazos indeseados. No participación del padre en la crianza. Conflictos de pareja. Alcoholismo o drogadicción. Trastornos mentales. Antecedentes de maltrato. Inestabilidad afectiva.

34 Ministerio de Salud. Guía de atención del menor maltratado. Bogotá, D.C. Ministerio de Salud; 2000.

Algunos signos y síntomas de maltrato psicológico y emocional pueden ser:

- Angustia marcada ante el llanto de otros
- Agresividad y negativismo.
- Miedo de ir a la casa o a la escuela.
- Demasiada movilidad o excesiva quietud.
- Hábitos desordenados.
- Tartamudeo, comerse las uñas, tic.
- Hipocondría, miedos o fobias.
- Falta de actividad exploratoria.
- Rechazo a recibir ayuda.
- Intentos de suicidio.
- Uso de bebidas alcohólicas o drogas.
- Pesadillas e insomnios.
- Sentimientos de inferioridad, dificultad de concentración, aislamiento social.
- Depresión.
- Robos caseros.
- Miedos a objetos o situaciones.
- Retardo en el desarrollo Psicomotor
- Autoexigencias excesivas.
- Desconfianza hacia personas ajenas al grupo familiar.
- Apego exagerado a personas desconocidas.
- Destructividad de objetos.
- Sumisión o rebeldía exageradas.
- Tendencia acentuada a accidentes.
- Autoagresiones.
- Sueños con contenidos agresivos.
- Inseguridad y búsqueda constante de aprobación de parte de los mayores.
- Manifestaciones psicósomáticas.
- Cefalea, náuseas, vómito, anorexia, bulimia, enuresis, encopresis, gastritis, colitis, úlceras, crisis conversivas, entre otras.
- Caída del cabello, erupciones de la piel, intoxicaciones por intento de suicidio.

## Abuso Sexual

Contacto o interacción entre un menor y un adulto, en el que el menor es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor. El abusador puede ser un menor cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el menor<sup>35</sup>.

Los mitos o falsas creencias acerca del abuso sexual dificultan su prevención y manejo; los más frecuentes son:

- El abusador suele ser un desconocido; aproximadamente el 80% de los abusadores son personas cercanas al joven.
- Los abusos sexuales suelen ser actos brutales con graves heridas; se ha demostrado que la mayoría de abusos son sutiles y no dejan mayores huellas físicas.
- Los abusos sexuales son incidentes aislados, que ocurren en callejones oscuros; la verdad es que ocurren generalmente en los hogares o en sitios donde se cree que los niños están seguros (escuela, tienda, consultorio, iglesia entre otros).

35 Ministerio de Salud. Guía de atención del menor maltratado. Bogotá DC: Ministerio de Salud; 2000.

- Los abusadores son personas de estratos socioculturales bajos; existen entre los abusadores personas de alto rango social y elevado nivel académico.
- Los hombres son raramente abusados; las estadísticas muestran cómo los niños son cada vez más víctimas de abuso sexual.
- Los niños mienten acerca del abuso sexual; nunca un niño inventa este tipo de relatos, por eso siempre se debe prestar atención a ellos.
- Sólo se abusa de los adolescentes y jóvenes; se abusa de niños de todas las edades.
- Los niños o jóvenes provocaron el abuso y hubieran podido defenderse; jamás un niño provoca a un adulto, está en estado de indefensión y el adulto usa el poder, la autoridad, la fuerza, y se aprovecha del temor o la ignorancia.

### *Factores de Riesgo*

<b>DEL JOVEN O ADOLESCENTE</b>	<b>DE LA FAMILIA O DE SUS MIEMBROS</b>
<p>La condición de sometimiento y dependencia            Las niñas son más abusadas intrafamiliarmente y los niños más frecuentemente fuera de su casa.            Expuestos desde muy temprana edad al comportamiento sexual de los adultos.            Con autoestima negativa.            Con poco vínculo afectivo con sus padres.            Discapacitados física o intelectualmente.            Desconocimiento sobre lo que es el abuso sexual y la manera de evitarlo.</p>	<p>Familias donde hay abusadores con miembros pasivos, dependientes y sumisos.            Dependencia económica del abusador.            Con historia de abuso sexual infantil, y abuso psicológico y físico en la infancia y en la vida actual.            Impera el silencio por temor al que dirán.            Ausencia de expresiones afectivas positivas como la ternura, el reconocimiento y valoración del otro.            Hacinamiento.            Familias autoritarias.            Familias con niveles de comunicación bajos.            Poca claridad en las normas familiares y en particular las de comportamiento sexual y autocuidado.</p>
<b>SOCIALES</b>	<b>DEL ABUSADOR</b>
<p>Significado social de la mujer aún desde la niñez.            Sobrevaloración de la figura masculina en la familia.            Sumisión de la madre y los hijos hacia el padre autoritario.            Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.</p>	<p>Dificultades para establecer relaciones sexuales con personas adultas.            Predilección por establecer relaciones sexuales con menores.            Actuación infantil.            Posiblemente fueron objeto de abuso sexual en su infancia.            Aparentemente tienen una vida sexual activa y satisfactoria con personas de edad apropiada, sin embargo, ésta no es estable y se ve afectada por múltiples factores externos.            Personalidad controladora, dominante.            Consumidores de alcohol u otras sustancias psicoactivas.</p>

Reconocer el abuso sexual es difícil para muchos médicos y para otros profesionales quienes condenan el hecho de que haya adultos que abusan de los niños para su propia gratificación; esto es particularmente difícil cuando el niño ha sido abusado por un familiar que puede ser también su paciente.

En muchos casos de maltrato físico, los hallazgos son obvios, como lesiones recientes o signos de fracturas antiguas vistas mediante radiografía y puede ser más fácil reconocer la existencia previa del maltrato. No pasa lo mismo con el abuso sexual.

El análisis de historias clínicas en casos de abuso sexual conocido o sospechado, revelan que más del 80% de los niños pueden no presentar lesiones recientes o antiguas. En la mayoría de las investigaciones por abuso sexual, la información obtenida de una entrevista apropiada con el joven es mejor evidencia que el examen médico.

Es importante recordar que una proporción de jóvenes quienes han sido abusados sexualmente también pueden haber sido maltratados físicamente.

La ausencia de hallazgos al examen en menores abusados sexualmente puede explicarse por el tiempo transcurrido desde la ofensa, (lesiones del área genital sanan rápidamente y sin dejar cicatriz.), porque el ofensor pudo restringir su acción a besos, frotamiento, caricias y masturbación o a otros actos para conseguir en forma deliberada gratificación sexual del abusado, sin causar lesiones visibles. La penetración pudo ser anal y no dejar lesiones o solo dejar pequeñas lesiones.

Algunos signos y síntomas de abuso sexual pueden ser:

- Dificultad para caminar o sentarse, dolor o molestias en el área genital, sangrado en boca, ano o vagina.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Infecciones urinarias a repetición.
- Cuerpos extraños en ano o vagina.
- Embarazo precoz.
- Masturbación excesiva.

- Enuresis o encopresis.
- Desordenes de la alimentación.
- Miedo a dormir solo.
- Regresión del lenguaje.
- Autoestima disminuida.
- Preocupación por temas sexuales.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Trastornos somáticos.
- Depresión con o sin ideación suicida.
- Cambios en el rendimiento escolar.
- Temor a los adultos.
- Promiscuidad con un adolescente.
- Trastornos del sueño.
- Ansiedad, inestabilidad emocional.
- Fugas de la realidad.
- Intento de suicidio.
- Pérdida de la memoria.
- Rechazo hacia el padre u otros familiares.
- No querer llevar el apellido del padre.

## Gestación y Maltrato

Se consideran maltrato, aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer. Indudablemente para que el feto llegue al nacimiento en las mejores condiciones de vida, la madre debe haber sido atendida, pues la atención prenatal es determinante.

Adicionalmente es importante considerar a las madres a quienes se administra, sin precaución suficiente, drogas teratogénicas y aquellas que aún a sabiendas de su gestación ingieren drogas altamente tóxicas para sí mismas y para sus futuros bebés.

### *Factores de riesgo*

#### **DEL EMBARAZO**

- Embarazos no deseados
- Negación permanente del embarazo.
- Mujeres con intentos de aborto o abortos anteriores.
- Mujeres que planean dar sus hijos en adopción.
- Mujer embarazada abandonada por el padre del niño o rechazada por su familia.
- Farmacodependencia o alcoholismo.
- Padres con antecedentes de maltrato.
- Padres con enfermedad mental grave o sociopatía.
- Madres adolescentes y jóvenes.

Los siguientes comportamientos son sugestivos de maltrato durante la Gestación:

- Inasistencia a controles prenatales.
- Consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas, medicamentos y otros.
- Mala alimentación.
- Estados depresivos causados por el embarazo.

## **Negligencia**

Deprivación de los elementos básicos, cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niño o de la niña tales como alimentación, educación, salud, cuidado, afecto, entre otros. Puede ser temporal, asociada a un período o evento determinado como una enfermedad; o permanente, por ejemplo el abandono de un adolescente o joven con alguna discapacidad.

DEL ADOLESCENTE O EL JOVEN	DE LA FAMILIA O DE SUS MIEMBROS
<p>Enfermedades crónicas.                      Discapacitados física o mentalmente.                      Comportamientos como hiperactividad, hipoactividad, rebeldía.                      Sexo del niño, que no satisface las expectativas de los padres.</p>	<p>Bajo nivel educativo de los padres.                      Pobreza o miseria.                      Familias monoparentales o de madresolterismo.                      Elevado número de personas por hogar.                      Desconocimiento de los servicios sociales del Estado.                      Embarazo no deseado.                      Situaciones conflictivas de la pareja, que llevan a desatender a los adolescentes y jóvenes                      Enfermedad mental, adicciones o situaciones depresivas.                      Débiles lazos afectivos entre los padres o responsables.                      Desconocimiento de los servicios de protección del Estado.</p>
SOCIALES	
<p>Patrones culturales que subvaloran al niño.                      Ausencia de redes sociales de apoyo.                      Desempleo o inestabilidad laboral.                      Descuido deliberado en el período de gestación, por parte de la madre o demás miembros de la familia.                      Exclusión forzada del joven, dejándolo en instituciones públicas o en la calle.                      Salida del hogar, parcial o definitiva, de los responsables del joven dejándolo desprotegido.                      No participación de la familia en las redes de solidaridad vecinal, veredal o barrial.                      Débiles o conflictivos lazos vecinales y comunitarios.                      Pobreza y desempleo generalizados.                      Descomposición social.                      Mendicidad.                      Tolerancia de la comunidad frente al maltrato.</p>	

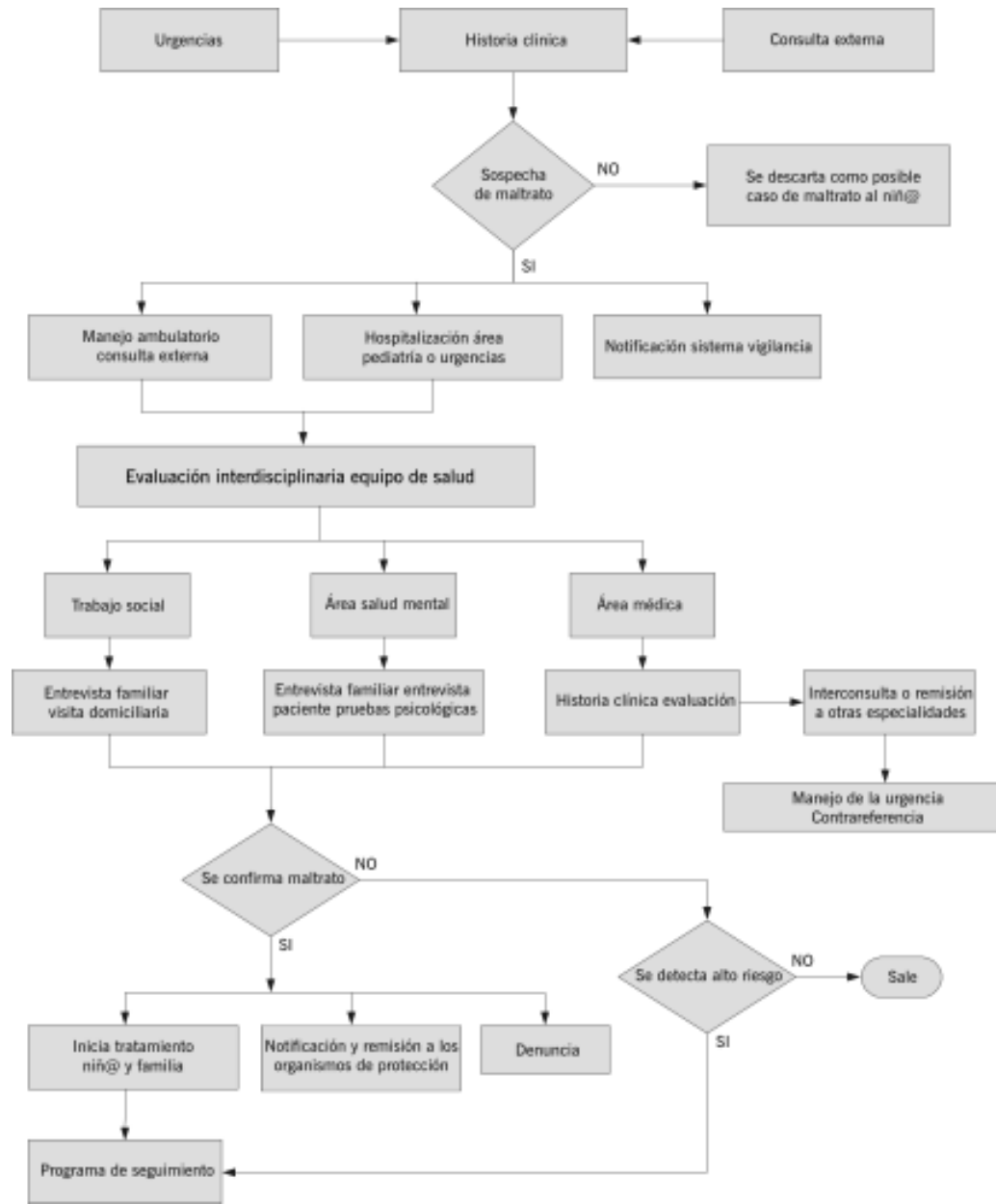
## Maltrato Social o Institucional

Falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y niñas, como consecuencia de la ausencia de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, de quienes tienen a cargo su crianza y cuidado. El maltrato institucional se refleja la mayoría de las veces en oferta insuficiente de servicios, baja calidad, ineficiencia, falta de oportunidad y ausencia de integridad en los mismos.

Algunas de las modalidades más conocidas de maltrato social son el abandono físico, el niño de y en la calle, el infractor, el vinculado a actos terroristas, el desplazado y el trabajador, entre otros.

Es importante identificar este tipo de maltrato por cuanto las personas sin acceso a los servicios del Estado (educación, salud, justicia, empleo) son en ocasiones incapaces de desarrollar afecto y carecen de medios de subsistencia, sin que por otra parte el modo de vida enriquezca la transmisión de valores sociales y culturales.

# FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL MALTRATO



## ATENCIÓN A LA MUJER MALTRATADA

La violencia contra la mujer es la manifestación más cruda del desequilibrio de las relaciones de poder entre los sexos y de la posición subordinada de la mujer en la sociedad donde, tanto en el nivel de la ley como de la costumbre, se ha ignorado, tolerado y hasta estimulado tal comportamiento.

Aunque no es posible determinar la incidencia de la violencia contra la mujer dentro y fuera del hogar dado el subregistro en su denuncia, un buen número de estudios permite aproximar la estimación de la magnitud.

La violencia de género tiene sus propias características a lo largo del ciclo vital. En la etapa prenatal, con el aborto selectivo por género y las golpizas durante el embarazo; durante la infancia con el abuso físico y emocional, el abuso sexual por parte de los miembros de la familia, la pornografía y la prostitución infantil; durante la adolescencia, la violencia de los compañeros del sexo opuesto y novios, el abuso sexual en el trabajo o en el colegio, el asedio sexual, la prostitución forzada o mediante inducción o engaño. En la edad reproductiva el abuso de la mujer por parte de su pareja masculina íntima, violación conyugal, homicidio por el cónyuge o compañero actual o pasado, abuso psicológico, abuso sexual en el trabajo, violación, abuso de mujeres discapacitadas. En la vejez, abuso de viudas y ancianas<sup>36</sup>.

La violencia doméstica o violencia intrafamiliar comprende las agresiones que ocurren dentro de una unidad familiar o doméstica, siendo esta: maltrato infantil, violencia contra la pareja o contra los adultos mayores, contra los hermanos, o contra las demás personas que formen parte de dicha unidad. Es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (por afinidad, sangre o afiliación) y que transforma las relaciones entre ellos en maltratadoras causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos.

Dentro de las consecuencias no fatales de la violencia de género tenemos<sup>37</sup>:

- *Para la salud física:* ITS, embarazo no deseado, aborto espontáneo, dolor pélvico crónico, cefalea, problemas ginecológicos, abuso de drogas o bebidas alcohólicas, asma,

síndrome de intestino Irritable, conductas nocivas para la salud (tabaquismo, sexo sin protección), discapacidad permanente o parcial.

- *Para la salud mental:* desorden de estrés postraumático, depresión, ansiedad, disfunción sexual, desórdenes de la alimentación, desorden de personalidad múltiple, trastorno obsesivo-compulsivo.

Dentro de las consecuencias fatales están el suicidio y el homicidio.

Los médicos y profesionales de la salud en todas sus especialidades tienen pacientes víctimas de violencia doméstica; aún pocos rutinariamente preguntan sobre el abuso y muchos no saben que hacer si la respuesta es positiva al abuso. Los médicos y otros profesionales de la salud, tienen la responsabilidad con sus pacientes de identificar y documentar los daños causados por la violencia doméstica<sup>38</sup>. Cada médico y profesional de la salud, probablemente ve como mínimo una víctima de violencia doméstica diaria.

36 Ministerio de Salud. Guía de atención de la mujer maltratada. Bogotá DC: Ministerio de Salud; 2000.  
37 Ministerio de Salud. Guía de atención de la mujer maltratada. Bogotá DC: Ministerio de Salud; 2000.  
38 Ministerio de Salud. Guía de atención de la mujer maltratada. Bogotá DC: Ministerio de Salud; 2000.



Los victimarios usan muchas formas de abuso para ganar poder y control sobre su pareja, esto incluye:

- Abuso verbal y emocional.
- Intimidación en los tratos, incluyendo la coacción utilizando terceros.
- Aislamiento: hace referencia a los casos en donde se busca controlar cada aspecto de la vida de la víctima como su tiempo, sus actividades, su contacto con los otros. Así mismo cuando a una víctima no se le permiten trabajar, recibir llamadas telefónicas o ver amigos o familiares, debe estar fuera o desconectada del mundo exterior.
- Abuso económico: Es donde se controla el acceso de los miembros de la familia al uso del dinero y se tiene un control sobre el manejo y gasto del mismo.
- Abuso sexual: Se refiere a todas las conductas que atentan contra la libertad sexual. Incluye acoso sexual, incesto, violación, actos sexuales abusivos, que se realicen contra cualquier miembro de la unidad doméstica o contra la persona con la que se haya convivido o procreado.
- Abuso físico: Se refiere a las conductas que constituyen lesiones personales y en general a todas aquellas que atentan contra la integridad física<sup>39</sup>.

La violencia contra la mujer y sus secuelas son lo suficientemente prevalentes para justificar la búsqueda de rutina en todos los servicios sin excepción. Un encuentro con el personal de salud puede ser la única oportunidad para detener el ciclo de violencia antes que ocurran lesiones más graves.

Es importante tener en cuenta que muchas mujeres tienen dificultades en reconocer que son víctimas de abuso y maltrato por parte de su cónyuge o familiares y no buscan ayuda. Algunas se encuentran psicológica y físicamente impedidas para salir de la casa. Otras carecen de dinero y medios de transporte.

La atención perinatal constituye un momento de especial atención para la detección del maltrato ya que hay mayor vulnerabilidad. En relaciones maltratantes los abusos tienden a incrementarse y constituyen graves riesgos tanto para la madre como para el feto.

La evaluación del abuso debe ser incorporada como rutina en la atención prenatal y en el postparto. Un número importante de bebés con bajo peso al nacer son hijos de mujeres maltratadas.

### Razones por las que los profesionales de la salud no preguntan por el maltrato

Miedo a ofender a la paciente.

Creer que la violencia no le ocurre a las pacientes: La violencia doméstica ocurre en todos los estratos socioeconómicos, en todas las razas en todas las edades y en todas las orientaciones sexuales.

Dificultades para manejar el tiempo de consulta estandar y temor de acortar el tiempo a otros pacientes.

Temor de no poder responder apropiadamente a la situación de maltrato y enfrentar el manejo de problemas desconocidos.

Los profesionales de la salud pueden ser víctimas, agresores o testigos de violencia en sus hogares, por lo que pueden ser también parte de este problema, o simplemente puede causarles estrés y dificultar así su trabajo.

Los profesionales se cohiben de inmiscuirse en la vida privada de sus pacientes, sin tener en cuenta que la violencia doméstica es un problema de salud pública.

Creer que la mujer puede simplemente irse y evitar que continúe el maltrato; infortunadamente no es tan simple, las mujeres no dejan al que las maltrata por muchas razones como se explicó atrás.

Creer que la víctimas nunca abandonarán realmente a su victimario y que en consecuencia no vale la pena la intervención. Entre el 43- 70% de las víctimas dejan sus agresores.

Creer que no es el momento adecuado para tratar el tema del maltrato: Es importante tener en cuenta que una intervención a tiempo ayudará al manejo de las consecuencias y todos los problemas que esto puede traer.

### Razones por las cuales las mujeres no cuentan sobre el maltrato

Miedo a la revelación por temor a la falta de seguridad: La paciente puede tener miedo su seguridad propia o a la de su familia, por lo general las víctimas son amenazadas por sus victimarios.

Vergüenza y humillación: Una paciente quien se avergüenza por el hecho de ser abusada también siente miedo de ser juzgada por sus doctores.

La paciente siente que merece el maltrato y no merece la ayuda: son comunes los problemas de baja autoestima entre la mujeres víctimas de maltrato, lo cual hace frecuente los sentimientos de culpa en relación con la situación. Es común que el agresor ataque repetitivamente la autoestima de la víctima.

Experiencia de falta de resolución a su problemática o de respuestas poco pertinentes a su situación en consultas médicas previas.

Sentimientos de protección sobre el agresor.

Percepción de maltrato no severo e incapacidad para prever la evolución del mismo y percibir nuevos hechos.

La consulta es una oportunidad para enviar mensajes terapéuticos a la paciente, que permitan poner en evidencia la problemática e incentive la búsqueda o aceptación de la ayuda terapéutica.

## Violencia Física

Forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional ya que es generada con una intencionalidad específica.

Se expresa cotidianamente en el ámbito familiar, como consecuencia de una dinámica de poderes donde histórica y culturalmente la mujer se sitúa en un plano inferior al hombre.

SOCIOCULTURALES	
Bajo nivel educativo y de ingreso (no es una constante) Desempleo Subvaloración social de la mujer Reconocimiento del machismo como valor social Fortalecimiento de conductas discriminatorias hacia la mujer.	
DEL AGRESOR (PADRE, HIJO, CÓNYUGE, OTROS FAMILIARES)	DE LA AGREDIDA
Antecedentes del maltrato: 1. Bajo nivel de escolaridad Crisis conyugales y familiares por diferentes causas (celos, dificultades en la educación de los hijos, etc.) 2. Rivalidades permanentes Alcoholismo y Drogadicción. Trastornos de personalidad Valoración de la violencia física como medio de resolución de conflictos. Desconocimiento de los derechos de la mujer.	Historia de maltrato, situaciones traumáticas en la infancia Pasividad e inseguridad Agresividad e intolerancia Alcoholismo y drogadicción Discapacidades Baja autoestima Incapacidad de tomar decisiones autónomas. Dependencia económica

## Violencia Psicológica

Se refiere a todo tipo de agresión a la vida afectiva lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de diferentes órdenes, emocional, psicológico, social, en forma temporal o permanente. Además de estar íntimamente relacionado con las agresiones físicas y sexuales puede presentarse como una relación cotidiana en la convivencia familiar expresada en 3 formas:

- Agresión verbal utilizada para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al agredido. Expresa el deterioro en las formas de comunicación entre los integrantes del grupo familiar.
- Lenguaje corporal: manifestaciones exageradas y permanentes miradas de insatisfacción, de rechazo o burlescas; ausencia de expresiones afectivas, la exclusión y el aislamiento llegan a formar parte del lenguaje cotidiano como una forma de hostilidad y agresión emocional.
- Chantaje afectivo que se ejerce entre la pareja y entre padres e hijos. En este caso la violencia emocional se expresa en la negación a la libertad del otro.

El abuso emocional o psicológico puede preceder o acompañar la violencia física como una forma de control a través del miedo y la degradación. Al igual que la violencia física tiene como base la subvaloración o descalificación de la mujer y el autoritarismo, la imposición de ideas y deseos.

FAMILIARES	SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"><li>· Situaciones traumáticas de la infancia</li><li>· Intolerancia a la diferencia</li><li>· Noviazgos apresurados o superficiales que no permiten la compenetración afectiva de la pareja.</li><li>· Uniones forzadas por situaciones imprevistas.</li><li>· Desacuerdo en los intereses prioritarios de cada uno.</li><li>· Dependencia afectiva, económica, social, etc.</li><li>· Ausencia y exceso de autocrítica</li><li>· Influencia de las familias de origen en la relación conyugal.</li><li>· Trastornos mentales</li><li>· Alcoholismo y drogadicción.</li><li>· Desacuerdos en la crianza y socialización de los hijos.</li><li>· Tendencia a interesarse mas por las familias de origen, que por situaciones de la propia familia.</li><li>· Disputas por la posesión de bienes o por la satisfacción de necesidades económicas como respuesta a dificultades de tipo afectivo.</li><li>· Alianzas o formación de bandos entre los miembros de la familia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Dificultades económicas o laborales.</li><li>· Tensiones sociales.</li><li>· Significado cultural de la mujer en la relación de pareja.</li><li>· Falta de énfasis por el Estado a los derechos sexuales y reproductivos.</li><li>· Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas.</li><li>· Concepciones culturales erróneas sobre los diferentes roles y las formas de interacción en la familia y en la pareja.</li></ul>

## Violencia Sexual

Es toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer, que causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad."

La violencia sexual atenta contra la libertad sexual que se refiere a la capacidad de autodeterminación de mujeres y hombres sobre su vida sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los derechos de los demás.

La libertad entraña la capacidad de elección, control y la responsabilidad acerca de los asuntos que competen con la sexualidad y la vida reproductiva incluidos la salud sexual y la salud reproductiva sin sufrir discriminaciones, coacción o violencia.

Es la forma de violencia que produce un impacto emocional más grave puesto que atenta contra la intimidad, la dignidad, la imagen, la estima y la libertad de la persona.

El abuso sexual de la mujer al interior de la familia reviste la mayor gravedad no sólo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza que se tienen con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visualizar.

Este tipo de violencia incluye violación, forzamiento, incesto, abuso, acoso sexual, burlas respecto a su comportamiento, insultos y agresión durante la relación, sadismo y obligación a tener relaciones cuando no se desea. Sobre las víctimas de violencia sexual se suele tender un manto de duda, sospecha y culpabilización. Se tiende a considerarlas provocadoras de la agresión que sufren. Estas atribuciones negativas, sobre las mujeres, implican que la víctima tenga

que entrar a demostrar "que no es culpable" de la violación o del abuso, con el agravante de que no se cree suficientemente en su palabra.

La forma como una mujer violada es atendida puede alentar o acabar totalmente con la posibilidad de denunciar el hecho y restablecer sus derechos

### *Factores de Riesgo*

SOCIOFAMILIARES	
Crisis familiares Reconocimiento del machismo como valor social Mitos y tabúes sobre la sexualidad Subvaloración de la mujer Hacinamiento Significado de la mujer como objeto sexual (revistas, televisión, publicidad) Alcoholismo y Drogadicción	
DEL AGRESOR	DE LA AGREDIDA
Desconocimiento de los derechos de la mujer. Práctica del machismo como forma de relación. Inadecuada educación sexual. Padrastrros y familiares con débiles lazos afectivos Trastornos de personalidad.	Dependencia económica y emocional. Baja autoestima. Bajo nivel educativo. Pasividad e inseguridad . Educación basada en estereotipos de género. Desconocimiento de sus derechos. Enfermedad mental. Limitaciones físicas.

## Estrategia para la detección de las mujeres víctimas de violencia

Para la detección de las mujeres víctimas de violencia, la Asociación Médica Americana y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomiendan la pregunta de rutina para todos los pacientes femeninos en urgencias, en cirugía, en control prenatal, en consulta externa, en ginecología y en salud mental, en relación con la ocurrencia de maltrato.

Las preguntas a desarrollar deben ser directas y en todos los casos debe evitarse el enjuiciamiento. Las preguntas deben realizarse en privado, en los casos en que la pareja de la víctima se rehúse a dejarla sola durante la entrevista, es preciso enviarla a otro servicio en donde solo sea permitido el acceso a la usuaria, este es el momento ideal para realizar las preguntas.

Las preguntas sobre la violencia y otras manifestaciones de abuso de la pareja deben ser incorporadas en la historia clínica de la paciente:

A continuación se presentan algunos ejemplos de preguntas apropiadas:

- Muchas mujeres experimentan algunos tipos de abusos físicos, como ser maltratadas o golpeadas, ¿Usted ha tenido que pasar por esto?
- ¿Su pareja alguna vez la ha maltratado o la ha tratado mal físicamente?
- ¿Usted se siente segura en la casa?
- ¿Alguna vez ha sido golpeada por su pareja?

Evitar utilizar preguntas como:

- ¿Es usted víctima de violencia doméstica?
- ¿Ha sido usted agredida por su pareja?

De forma complementaria a las preguntas, hay que empezar a sospechar que existe abuso cuando:

- Hay Inconsistencia entre la historia y la lesión.
- Son frecuentes la demanda de consultas médicas
- Cuando no se busca oportunamente la ayuda médica
- Cuando la pareja del paciente insiste en estar cerca y responder las preguntas directamente él.

- Cuando las quejas psicósomáticas son repetitivas.
- Cuando se diagnostican lesiones de causa externa durante el embarazo (Recordar que el 25 % de las mujeres embarazadas son víctimas)
- Ante evidencia de múltiples lesiones en diferentes estados de cicatrización.
- Presencia de lesiones sugestivas de una postura defensiva de la víctima.
- Presencia de lesiones en la cabeza, el cuello, el pecho o el abdomen.
- Depresión o ideación suicida.

## Alteraciones Psicológicas

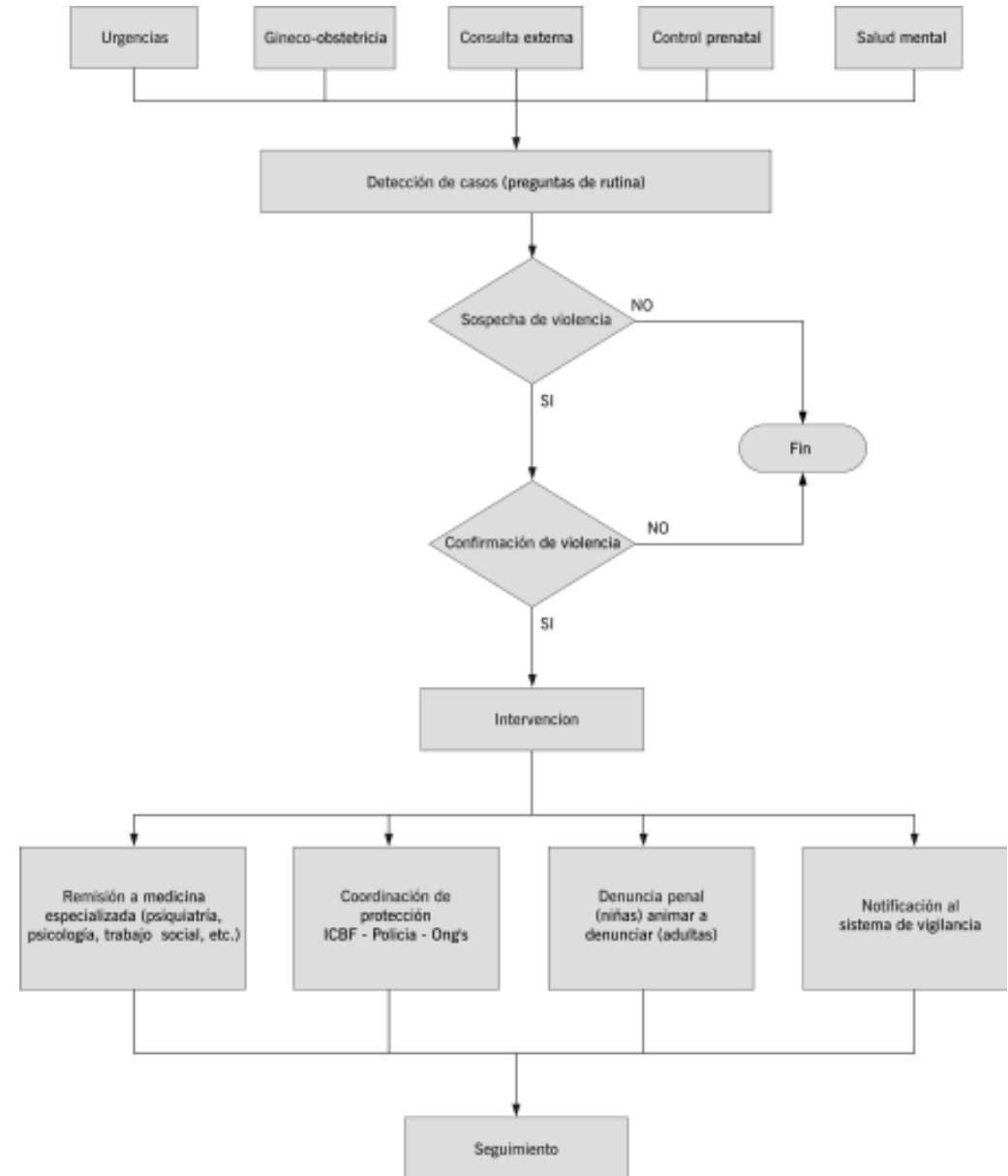
- Manifestaciones psicósomáticas (dolores de cabeza, mareos, cólicos, crisis conversivas, trastornos gastrointestinales)
- Depresión, negatividad, inseguridad, miedo, ansiedad, crisis de pánico, intento de suicidio, timidez, retraimiento, mutismo, aislamiento social.
- Dificultad para establecer relaciones con otras personas, agresividad.
- Poca expresividad, intolerancia, resentimientos.
- Ruptura de lazos familiares, alcoholismo y drogadicción.
- Insomnio o inapetencia.
- Aislamiento social.
- Trastornos psicósomáticos tales como dolores de cabeza, úlceras y asma.
- Dificultades en las relaciones sexuales (frigidez, impotencia, eyaculación precoz, vaginismo).
- Celos.
- Depresión.
- Concentración disminuida.
- Fatiga
- Palpitaciones
- Vértigo
- Parestesias
- Dolor crónico o dolor debido a trauma difuso sin evidencia visible
- Dolor pélvico, dolor torácico atípico.
- Autoagresión.
- Intento de Suicidio
- Uso de somníferos o tranquilizantes.

### Otras medidas a realizar

- Realizar manejo del dolor de acuerdo a las características de la lesión y a la intensidad.
- Si existen trastornos psicósomáticos ordenar exámenes para descartar enfermedad orgánica.
- Se deben utilizar las ayudas diagnósticas necesarias: Rx, exámenes de laboratorio y remitirla para manejo especializado, si se requiere. Es necesario realizar los contactos con la institución de referencia para garantizar la atención adecuada.

No olvide sospechar un delito sexual en los casos de menores de 14 años, embarazadas, o con enfermedades de transmisión sexual.

### FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL MALTRATO









# Atención en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia

Amparo Hernández Bello  
Pontificia Universidad Javeriana<sup>40</sup>

Julia Isabel Álvarez Rueda  
Pontificia Universidad Javeriana

<sup>40</sup> Este documento hace parte de los hallazgos, análisis y reflexiones en el marco del proyecto "Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2006", que se realiza en convenio entre la Universidad Javeriana, la Secretaría Distrital de Salud y la Fundación de Atención al Migrante de la Arquidiócesis de Bogotá, con el apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá, IDRC.

Se define como desplazado por la violencia: toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, a abandonar su lugar de residencia y sus actividades económicas habituales, porque su vida, integridad física, seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas por razones del conflicto armado interno, disturbios y tensiones, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias que puedan alterar o alteren el orden público (Artículo 1º, Ley 387).

Colombia es el segundo país con mayor proporción de población desplazada en el mundo después de Sudán y el tercero entre los países que durante el 2004 presentaron nuevos desplazamientos<sup>41</sup>. Cifras oficiales<sup>42</sup> a octubre 31 de 2005, muestran que el acumulado de personas desplazadas ascendió a 1.706.236 equivalentes a 383.498 hogares. Según CODHES, el número de personas afectadas por el conflicto entre 1985 y el segundo trimestre de 2005 era de 3.563.504 y reporta que en el primer trimestre del año se registró un incremento del 10 por ciento en el número de desplazados con respecto al mismo período del 2004.

Cerca del 90 por ciento del territorio nacional se encuentra afectado –novecientos setenta y seis (976) de los mil cien (1.100 municipios<sup>43</sup>)– y se ha reportado que en el último año trescientos sesenta y tres (363) municipios de treinta y dos (32) departamentos recibieron población desplazada proveniente de zonas donde el conflicto se mantiene, algunas donde se ha profundizado y otras que muestran su expansión<sup>44</sup>.

Los desplazados forzados constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad el país. En su mayoría son mujeres, niñas y niños y uno de cada cuatro es indígena o afro-colombiano. 49,7 por ciento de las personas desplazadas son hombres y 53 por ciento mujeres, de los cuales cerca del 50 por ciento son menores de 18 años<sup>45</sup>.

Diversas investigaciones han mostrado las graves repercusiones del desplazamiento forzado sobre la salud de la población, al punto de ser considerado como una emergencia sanitaria<sup>46</sup>.

La alta morbilidad por patologías de la piel, alérgicas, respiratorias y digestivas y por el aumento de enfermedades inmunoprevenibles, malaria y fiebre amarilla; el alarmante incre-

mento de la violencia doméstica; los embarazos en adolescentes y jóvenes; el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual como el VIH y las afecciones psicológicas que afectan el comportamiento social, ocupacional y familiar, son de presentación común<sup>47</sup>, y explicables por las circunstancias y condiciones de vida de la población: la desnutrición e inseguridad alimentaria, las deficiencias en el saneamiento básico, la falta de vivienda adecuada, el hacinamiento y las limitaciones para el acceso a servicios públicos, la exposición a vectores de enfermedad y contaminantes ambientales, las dificultades de acceso a educación, la demora en la entrega de las ayudas estatales y los obstáculos para el uso de los servicios de salud.

41 Global IDP, 2005. *Internal displacement. Global overview of trends and developments in 2004*. Geneva, p. 10-13.

42 Red de Solidaridad Social. Registro SUR a octubre 31 de 2005. [www.red.gov.co](http://www.red.gov.co)

43 Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2005. Documento CONPES 3400. *Metas y priorización de recursos presupuestales para atender a la población desplazada por la violencia en Colombia*. Bogotá, noviembre 28 de 2005.

44 Codhes, 2005. "La política del avestruz", *Boletín No. 58*, mayo de 2005. [www.codhes.org](http://www.codhes.org)

45 DNP, 2005., *op. cit.*

46 El acuerdo 059 de 1997 definió la salud de la población desplazada como un evento catastrófico.

47 Vega R; Hernández A y otros, 2004. "Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2005". Convenio PUJ- SDS-Famig/IDRC-OPS. Informe de resultados, Primera fase., Bogotá, marzo de 2004.

Este conjunto de problemas determinantes y riesgos que generan en la población un nuevo perfil de enfermedad, discapacidad y muerte, parecen haber sido impuestos por el desplazamiento y por las limitaciones de la respuesta oficial, como ha sido declarado en numerosas ocasiones por la Corte Constitucional, cuyos pronunciamientos en defensa de los derechos de los desplazados riñen con el marco institucional y jurídico vigente<sup>48, 49</sup>.

## MARCO NORMATIVO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO FORZADO POR LA VIOLENCIA

En consonancia con las normas internacionales sobre Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, la atención a las necesidades de la población en situación de desplazamiento se rige por lo dispuesto en la Ley 387 de 1997 y sus decretos reglamentarios, con los que se adoptan las normas para la prevención, atención humanitaria y estabilización socioeconómica de los desplazados, y se crean el sistema y el plan nacional de atención<sup>50</sup>, hoy en cabeza de la Agencia Presidencial para la Acción Social.

La atención humanitaria de emergencia busca mitigar las necesidades básicas de alimento, alojamiento, salud, atención psicosocial y provisión de elementos básicos para la sobrevivencia, y la fase de estabilización y consolidación socioeconómica, apoyo en educación, salud, vivienda y generación de ingresos.

En el caso de salud, la Ley 387 define que la atención en materia de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación se realice de acuerdo con lo dispuesto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>51</sup>, condicionada al reconocimiento de la condición de desplazado y su inclusión en el Registro Único de Población Desplazada, SUR<sup>52</sup>.

No obstante en sus inicios la Ley 387 otorgaba algunas garantías especiales para la provisión de servicios de salud en cualquier parte del territorio nacional, los decretos 2131 y

48 Ver Corte Constitucional, Sentencia T025 de 2004 y comunicados de prensa 2005.  
49 Global IDP, 2005. Colombia: respuesta gubernamental al problema del desplazamiento interno criticada al agudizarse el conflicto. [www.idpproject.org](http://www.idpproject.org)  
50 Departamento Nacional de Planeación, 1999. Documento CONPES 3057. Plan de acción para la prevención y atención del desplazamiento forzado. Bogotá, marzo de 1999.  
51 Creado mediante la Ley 100 de 1993.  
52 Conforme a lo dispuesto por el Artículo 32 de la Ley 387 de 1997 y el Título III del Decreto 2569 de 2000.

2284<sup>53</sup> de 2003 definieron que para los desplazados el acceso a la atención y a los beneficios debía ser igual que para la demás población pobre y vulnerable, restringiendo el enfoque diferencial y de discriminación positiva.

Así, la población afiliada al régimen contributivo o al régimen subsidiado recibe los servicios conforme las coberturas, limitaciones, exclusiones y mecanismos de financiamiento definidos para cada régimen, en tanto la población no asegurada es atendida en las instituciones públicas a través del primer nivel de atención con cargo a los recursos de oferta de la entidad territorial receptora, provenientes del Sistema General de Participaciones. Independientemente del cumplimiento de los requisitos sobre reconocimiento y registro, la atención inicial de urgencias tiene carácter obligatorio y gratuito conforme las disposiciones constitucionales.

Con el Decreto 250 de 2005<sup>54</sup> se adopta un nuevo plan para la atención integral en las fases de prevención y protección, asistencia humanitaria y estabilización socioeconómica orientado por principios de enfoque humanitario, de restitución de derechos, reconocimiento de la diversidad regional y local y enfoque diferencial de género, etnia y edad, en el que se hace énfasis en el apoyo psicosocial y el desarrollo de acciones de salud pública, manteniendo las directrices en materia de afiliación a la seguridad social.

## ASEGURAMIENTO Y ACCESO: LA RUTA DE ATENCIÓN Y LA REALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

A pesar que la atención en salud constituye una de las principales demandas –57 por ciento de los hogares desplazados<sup>55</sup>–, la cobertura del aseguramiento y el acceso a los servicios han sido históricamente bajos en esta población, entre el 30 y 40 por ciento<sup>56</sup>–.

Varias encuestas<sup>57, 58</sup> han mostrado que el 80 por ciento de los hogares reportaron algún miembro enfermo recientemente, pero sólo 22 por ciento recibió atención, siendo la falta de dinero, la principal razón (60 por ciento) para no acceder a los servicios de salud. Muchas personas no buscan atención médica cuando se sienten enfermas porque no tienen dinero para

pagar el transporte, la consulta, los exámenes diagnósticos o los medicamentos y el elevado gasto de bolsillo que se reporta en estos rubros amenaza la seguridad financiera de los hogares.

Esto parece tener explicación en las características del proceso de identificación y registro oficial de las circunstancias del desplazamiento; en el largo proceso que va de la inclusión en el sistema de información a la afiliación y prestación de los servicios; en las restricciones del aseguramiento por los menores beneficios ofrecidos en el régimen subsidiado comparado con el contributivo y con la atención a través de los subsidios a la oferta y en las limitaciones de los prestadores de servicios de salud frente a los retos y condicionantes socioeconómicos, ambientales y cul-

53 Decreto 2131 del 30 de julio de 2003, por el cual se reglamenta el numeral 4 del Artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del Artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia. Decreto 2284 de agosto 11 de 2003, por el cual se modifican los Artículos 2, 4, 5 y 7 del Decreto 2131 sobre inclusión de los afiliados al régimen subsidiado al SUR, definición de los responsables en el pago de la atención inicial de urgencias y consideraciones sobre los riesgos en salud derivados del desplazamiento.

54 Ministerio del Interior y de Justicia. Decreto 250 de febrero 7 de 2005, “Por el cual se expide el Plan nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones”.

55 RSS-CODHES, 2003. Encuesta Nacional de Desplazados ENADE.

56 OIM, 2002. *Diagnóstico sobre la población desplazada en seis departamentos de Colombia 2001*. Bogotá, OIM-Misión en Colombia.

57 OIM, *ibidem*.

58 PMA, 2003. *Vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria de la población desplazada por la violencia en Colombia*. Bogotá, WFP-PMA.

turales que afectan la salud de los desplazados, quienes no constituyen una población homogénea, sino distinta en sus realidades y circunstancias.

No obstante la existencia de una legislación que prevé garantizar los derechos vulnerados de las víctimas, existe una brecha importante entre la formulación de políticas y la ejecución de los programas. De hecho, la abundante reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la normatividad emitida para el reconocimiento y atención de la población, han terminado por constituir un laberinto que genera confusión, desorientación, desatención y barreras al acceso en distintos niveles. De allí la importancia de reconstruir los distintos y distantes caminos que siguen los desplazados para la realización de su derecho a la salud: la ruta de atención en salud.

De manera general se pueden dividir a las personas desplazadas en dos grupos. Aquellas que han sido reconocidas por el Gobierno Nacional e incluidas en el Sistema Único de Registro SUR para quienes se reconocen derechos con enfoque diferencial, y las que no han sido registradas en las que la respuesta a sus necesidades es asimilable a la ofrecida para la demás población pobre y vulnerable. En ambos casos pueden representarse por lo menos seis situaciones distintas de las cuales depende el acceso a los servicios de salud.

Las personas desplazadas que han declarado, han sido incluidas en el SUR y deciden asentarse en el municipio receptor, tienen derecho a recibir los servicios de salud y los medicamentos señalados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S sin tener que efectuar ningún pago en las entidades públicas o privadas con la cual la entidad territorial tiene convenio para este fin. También tienen derecho a elegir una Administradora de Régimen Subsidiado.

La primera situación corresponde a aquellas personas que han llegado a un municipio receptor y no han hecho o han decidido no hacer la declaración. Si necesitan un servicio de salud, pueden recurrir a una institución prestadora de servicios de salud de la red pública y acceder como no afiliados en iguales condiciones que la población pobre no asegurada residente, efectuando un pago que dependerá del puntaje obtenido en el Sistema de Identificación de Beneficiarios, SISBEN, si ya han contestado la encuesta, o del puntaje que le asignen en la aplicación del instrumento provisional.

En una segunda situación se encuentran quienes ya han hecho la declaración. A diferencia del grupo anterior, pueden acceder al servicio de urgencias sin efectuar ningún pago presentando la constancia de declaración siempre y cuando no se haya superado la vigencia de 45 días, pero las demás atenciones dependerán de su inclusión en el SUR y de la afiliación a la seguridad social.

La tercera situación representa las personas que después de hacer la declaración no fueron inscritas en el SUR, cuyas circunstancias y restricciones para el acceso a los servicios son iguales al grupo 1. La cuarta situación corresponde a las personas que fueron incluidas en el SUR y que no han hecho libre elección de ARS pero pueden ser atendidas por la IPS públicas.

En la situación 5 se encuentran las personas que ya eligieron una ARS y acceden a los servicios en los términos y con los beneficios contenidos en el POS-S, y el caso 6 corresponde a las personas que, reubicadas, conservan la afiliación hasta cuando cesa la condición de desplazamiento, aún no aclarada por las normas.

Como se verifica en el esquema en la práctica existen múltiples rutas. Cada una puede a su vez ser distinta según las características de la población y depende mucho de la situación de aseguramiento y relación con los servicios de salud previa al desplazamiento; del tiempo del desplazamiento, y lo que es más crítico aún, de los trámites, procedimien-

tos y racionalidad de la atención que limitan las posibilidades de hacer uso de los servicios en caso de necesidad.

La población desplazada dispone de escasa información sobre trámites, servicios y derechos a su llegada a la entidad receptora. Esto puede estar ocasionado por:

- la falta de documento de identificación;
- la desconfianza en las instituciones para declarar los hechos causantes del desplazamiento;
- las demoras en el proceso entre la declaración y el reconocimiento e inclusión en el SUR;
- el desconocimiento de los procedimientos para apelar;
- el flujo deficiente de información por la demora en la entrega actualizada de las bases de datos entre Acción Social –Red de Solidaridad Social– y las entidades responsables de la atención;
- las contradicciones entre las bases de datos oficiales sobre desplazamiento y el sistema de verificación de derechos en el sector salud;
- las limitaciones del aseguramiento en los procesos de libre elección, beneficios ofrecidos por los planes, de posibilidades de movilidad intra e interurbana y reconocimiento e intervención diferencial sobre riesgos;
- los trámites y costos asociados de los procedimientos para la atención como fotocopias;
- el trato discriminatorio en los servicios de salud;
- la falta de conocimiento por parte de los funcionarios sobre las normas y derechos de los desplazados;
- la fragmentación de servicios entre instituciones y niveles de atención, y
- la ausencia de un enfoque diferencial del modelo de atención que reconozca la vulnerabilidad, riesgos y determinantes particulares que justifican un enfoque diferencial de la atención en los prestadores de servicios de salud.

Todos son factores que actúan como barreras de acceso a los servicios y que, de manera general, han sido agrupados en cuatro grandes tipos: los derivados del proceso de reconocimiento, registro e inclusión sobre el desplazamiento; los relacionados con el sistema y flujo de información entre las entidades responsables del reconocimiento y las instituciones responsa-

bles de la atención; los del aseguramiento, y los de la prestación de servicios de salud propiamente dicha.

Esta agrupación permite diferenciar aquellos factores directamente implicados con las decisiones del sector salud y sus límites normativos, de aquellos extra-sectoriales. Apunta a identificar distintos niveles de problemas, de intervención y de responsabilidad, desde las decisiones que pueden ser tomadas al interior de los hospitales en el proceso de atención, aquellas que requieren trabajo intersectorial local que puede ser liderado por el sector salud; las que refieren a la interpretación de los lineamientos normativos para la atención en virtud de las realidades distritales, y las de nivel nacional que apuntan a la intervención en política y leyes sobre el sistema de aseguramiento en el país y sobre el sistema de atención al fenómeno del desplazamiento forzado.

Así, la (re)construcción de una ruta de atención en salud, es un ejercicio necesario en el proceso de mejorar la realidad de los desplazados forzados en tanto permite dar cuenta de los factores que determinan las oportunidades de las personas para realizar su derecho a la salud y asignar responsabilidades para fortalecer los que posibilitan el acceso y eliminar las barreras.







*Servicios de salud amigables*

*una alternativa para*

*la promoción de la salud sexual y  
reproductiva en  
jóvenes y adoles-  
centes y jóvenes*

Leonardo Mantilla Castellanos  
Consultor Externo PFMC

Daniel Fernández Gómez  
(PFMC)

# INTRODUCCIÓN

Diferentes entidades preocupadas por mejorar las condiciones de vida de la población han desarrollado estrategias de promoción de la salud. Sin embargo, se ha evidenciado la necesidad de definir líneas específicas de intervención con la población de adolescentes y jóvenes ya que sus actitudes, comportamientos y prácticas inciden en el perfil epidemiológico del país.

El desarrollo de Servicios de Salud Amigables es un reto para las entidades prestadoras de servicios de salud, como una propuesta de intervención dirigida a un grupo poblacional que no ha sido atendido de acuerdo con la normatividad del Ministerio de Protección Social. Se atiende a los jóvenes sin considerarlos como un grupo poblacional especial que requiere la aplicación de estrategias integrales que garanticen una oportuna y adecuada atención en salud.

Desde el punto de vista clínico tradicional se aborda el evento aislado de la enfermedad y no se interviene en las situaciones de riesgo en las que se ven involucrados adolescentes y jóvenes en cada uno de los escenarios donde se mueven.

La falta de acceso a los métodos de regulación de la fertilidad, el alto índice de embarazos no planeados a temprana edad, la exposición a las infecciones de transmisión sexual, la desescolarización e incursión en el mundo laboral que en gran medida los expone a la explotación laboral y riesgos ocupacionales no propios para su edad, los abortos, el abandono de los pequeños y el maltrato infantil, la desintegración familiar, son situaciones que deben ser abordadas por todos los actores sociales involucrados en la atención de la población joven con estrategias integrales que permitan atenderlos oportunamente.

Un Servicio de Salud Amigable involucra a todos los actores de la comunidad para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva con calidad y oportunidad a los jóvenes y adolescentes y jóvenes.

A continuación se tratarán aspectos relacionados con las características, componentes, modalidades, requerimientos y oferta de los servicios amigables como marco general para su

implementación. Este es un modelo que debe ser revisado y contextualizado de manera que se pueda aplicar con éxito en las diferentes comunidades en las que se desarrolla el PFM.

## ENFOQUE: ¿CÓMO SE DEFINE UN SERVICIO DE SALUD AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES?

Un servicio de salud amigable para los adolescentes y jóvenes requiere de un enfoque de desarrollo, donde se involucra tanto la prevención de los problemas como la promoción del desarrollo. Parte de las necesidades que tienen hombres y mujeres adolescentes y jóvenes en el ámbito de la sexualidad y ofrece alternativas de solución novedosa y adaptada a la cambiante realidad, convirtiéndose en oportunidad para atraer a los jóvenes al servicio.

La estrategia se define como una iniciativa encaminada a la protección y promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud con el apoyo de los diversos actores de la comunidad.

El servicio se enmarca dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el cual toda entidad prestadora de servicios habilitada tiene el potencial de convertirse en un servicio de salud "amigable", lo cual representa un estándar de calidad superior para la posterior certificación del servicio. Todo ello desde el punto de vista del Decreto 2309. De esta manera se pretende garantizar la calidad de la información y atención en salud sexual y reproductiva que reciben los jóvenes y adolescentes y jóvenes.

Los actores de la comunidad son sujetos fundamentales para la intervención, ya que son quienes tienen el conocimiento de las condiciones y limitaciones de la población y se convierten en el puente de comunicación con los jóvenes, sin embargo se debe delimitar su actuar en términos de la identificación y canalización de la población hacia el servicio amigable, donde el joven recibirá la atención e información adecuada a sus necesidades clínicas y emocionales particulares logrando de esta manera individualizar la intervención de corte comunitario, sin desconocer el papel de todos los participantes.

Se deben tener en cuenta algunas *premisas fundamentales* para desarrollar servicios de salud "amigables":

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen la responsabilidad, a la vez que la oportunidad, de contribuir a que la vivencia de la sexualidad en los jóvenes represente salud, bienestar y placer, convirtiéndose en verdaderos servicios promotores de salud y desarrollo.
- Los y las jóvenes deben participar en la construcción de dichos servicios como sujetos responsables de su realidad. La participación se ve materializada cuando los y las jóvenes y adolescentes y jóvenes trabajan en la planificación, diseño, ejecución y seguimiento de las actividades adelantadas por los proveedores del servicio.
- El desarrollo de servicios amigables requiere la existencia de políticas nacionales y municipales favorables a la salud sexual y la salud reproductiva de la población, particularmente de la gente joven.
- El o la adolescente es reconocido o reconocida como una persona que tiene derechos. El servicio amigable hace que se cumpla el derecho tanto a recibir información sobre su salud, en general, y su salud sexual y reproductiva, en particular, como que se respete

su capacidad para tomar sus decisiones en este ámbito y gozar de una sexualidad saludable.

- Se requiere de un enfoque de derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género como ejes transversales de la intervención, para comprender las normas sociales que llevan a los jóvenes a enfrentar problemáticas difíciles de solucionar aumentando su vulnerabilidad.
- Los servicios amigables tienen en cuenta al factor generacional, como una dimensión que lleva a desencuentros entre adultos y jóvenes, así como a situaciones inequitativas y de exclusión, dado el desequilibrio de poder en las relaciones entre los dos grupos. En este sentido es necesario que el personal de salud redimensione el concepto y reflexione acerca de su actitud frente a los adolescentes y jóvenes y aprenda a trabajar con el objetivo común de hacer que los servicios de salud sean realmente amigables.
- Los servicios de salud deben ser flexibles para que permita planear acciones donde los jóvenes acuden al servicio pero también acciones en las que el servicio llega directamente a los jóvenes en su medio natural con información, orientación y apoyo.
- Se hace necesario articular redes de trabajo donde confluyan sectores como educación, bienestar, desarrollo social y salud entre otros que hagan posible la vivencia de las políticas públicas dirigidas a los jóvenes y adolescentes y jóvenes.

- La organización al interior del servicio amigable es importante para garantizar la calidad de los servicios, contemplando aspectos tales como los horarios y los espacios adecuados a las necesidades de los adolescentes y jóvenes, la distribución espacial del servicio, la comodidad, la buena organización de los procedimientos administrativos, los aspectos de los diferentes tipos de consulta que se brindan, incluyendo la orientación, la consejería y la provisión de los insumos necesarios.

## COMPONENTES DE UN SERVICIO DE SALUD AMIGABLE

Para que un servicio cumpla con las características expuestas anteriormente, debe contemplar los siguientes componentes:

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGABLE:** la institución o servicio está ubicado en un lugar de fácil acceso para los jóvenes. Cuenta con horarios y ambientes diferenciados, con espacios que permitan brindar atención con respeto y confidencialidad.

**PROFESIONALES DE SALUD AMIGABLES:** las y los trabajadores de salud tienen actitudes positivas hacia la gente joven: buscan ganarse su confianza y asegurarles confidencialidad y un trato respetuoso. Así mismo, les transmiten el mensaje de que reconocen sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

**PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN Y ADMINISTRATIVOS AMIGABLES:** el procedimiento previo a la atención es fluido y se cuenta con un sistema de seguimiento a la persona joven que requirió el servicio. Los protocolos de atención son flexibles.

**ATENCIÓN AMIGABLE CON ADOLESCENTES Y JÓVENES** el trato a las(os) jóvenes se da en un marco de respeto y confidencialidad. Ellos y ellas necesitan que se les brinde orientación en diversos temas y que se les ofrezca la posibilidad de incorporar en la atención a personas significativas –sus padres, su pareja–. La sexualidad se asume como un aspecto natural de la vida.

**DISPONIBILIDAD DE UNA GAMA AMPLIA DE SERVICIOS:** consiste en que el servicio se extienda a la comunidad, identificando a la población joven que requiere atención en salud. Así mismo, considera que las diversas necesidades de la población juvenil tienen que atenderse en coordinación con otras instancias de la comunidad.

**CONOCIMIENTO DE LAS PERCEPCIONES DE LA GENTE JOVEN SOBRE LOS SERVICIOS:** es necesario conocer qué piensan las y los jóvenes respecto al trato y la atención que reciben. Saber si lo consideran como un lugar en el que son bienvenidos(as), como un ambiente que promueve la privacidad y la confidencialidad, y en el que, además, se les brinda el apoyo que requieren para responder a sus necesidades.

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:** el servicio se reconoce como un actor más de la comunidad y promueve la realización de diagnósticos participativos, mediante los cuales se recojan las necesidades de la población y se busquen conjuntamente alternativas para responder a ellas.

**SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y MONITOREO:** se establecen objetivos e indicadores concretos y se evalúa su cumplimiento periódicamente.

## MODALIDADES DE LOS SERVICIOS AMIGABLES

Dependiendo de los recursos institucionales y comunitarios disponibles, se pueden organizar con la gente joven diferentes tipos de servicios amigables en salud sexual y salud reproductiva:

**SERVICIOS VINCULADOS A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:** surgen como parte de la atención que brindan hospitales, centros de salud u otras instituciones prestadoras de servicios de salud, que buscan responder de un modo más adecuado y diferenciado a las características y necesidades de la gente joven en salud sexual y salud reproductiva. Existen varias modalidades posibles:

**SERVICIOS DIFERENCIADOS EXCLUSIVOS:** por lo general cuentan con una infraestructura y una entrada diferente de la de la institución en general. Tienen profesionales especializados y designados específicamente para dicho servicio. Mantienen un horario permanente y estable, diseñado para atender a adolescentes y jóvenes.

**SERVICIOS DE ATENCIÓN DIFERENCIADA:** en este caso se comparte la infraestructura con la institución de salud, pero se cuenta con un horario diferenciado y algunos ambientes exclusivos para la gente joven. Los profesionales que atienden han sido capacitados especialmente para esta tarea, pero su labor no está circunscrita sólo a la atención de jóvenes. Existe una señalización adecuada para orientar a las y los adolescentes y jóvenes hacia los servicios de atención diferenciada.

**CONSULTORIO DIFERENCIADO:** es similar al anterior, aunque el área para atención de jóvenes es mucho más restringida, pudiendo incluso limitarse a un sólo consultorio o espacio físico.

**SERVICIOS O CENTROS QUE NO ESTÁN VINCULADOS A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:** son servicios o centros promovidos por las administraciones municipales, organizaciones comunitarias, parroquias, organizaciones no gubernamentales o de base comunitaria. Pueden tener múltiples servicios o brindar únicamente

servicios de salud sexual y salud reproductiva. También hay varias modalidades posibles:

- *Centros que brindan una atención integral de salud:* además de otro tipo de acciones –recreativas, de capacitación, etc.–.
- *Centros para jóvenes que brindan solamente servicios de salud sexual y salud reproductiva:* este tipo de centros ha disminuido, dado que es evidente que las necesidades de la gente joven no se presentan de manera fragmentada sino que incorporan múltiples aspectos.
- *Servicios comunitarios para jóvenes:* en estos establecimientos no se brinda atención de salud sino servicios recreativos y culturales dirigidos a que la gente joven use de manera creativa su tiempo libre y desarrolle sus capacidades. Por lo general, las demandas específicas vinculadas a la salud que surgen en estos espacios se derivan hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- *Servicios en las instituciones educativas:* se trata de lugares de escucha o centros de orientación que funcionan al interior de los establecimientos educativos.

La promoción de servicios amigables para adolescentes y jóvenes en salud sexual y salud reproductiva es una estrategia del PFMC para todos los municipios participantes en el contexto del PFMC. A los Mecanismos Coordinadores y a las Entidades Ejecutoras les corresponde analizar la forma y modalidad más conveniente de organizar dichos servicios de acuerdo con el análisis de necesidades y recursos existentes.

Es probable que en algunos municipios ya exista alguna institución prestadora de servicios de salud o centro con experiencia en el tema, mientras que en otros casos la iniciativa deba fortalecerse o iniciarse. Esto significaría la existencia de varias alternativas como:

- Que el servicio amigable este ubicado en una institución prestadora de servicios de salud o centro comunitario o juvenil del área de influencia del PFMC. En el segundo caso, se requerirá el acuerdo previo con la dirección municipal de salud para garantizar el tiempo de los(as) trabajadores(as) de la salud que brindarán el servicio.
- El servicio amigable puede localizarse directamente en la Unidad Básica de Acción, UBA, en un centro que preste otros servicios a la población juvenil. Estos servicios podrían hacer parte de los proyectos de emprendimiento social de las(os) jóvenes, e inicialmente podrían contemplar una oferta más limitada de servicios, orientada fundamentalmente a las actividades de información, abogacía y orientación en salud sexual y salud reproductiva. Una de sus funciones principales consistiría en "servir de puente" entre la población joven de la UBA que requiere atención y las instituciones prestadoras de servicios de salud más cercanas.
- En los municipios con más recursos humanos e institucionales podrían coexistir ambas modalidades: centros "amigables" en la UBA e instituciones de salud "amigables" en otro lugar del municipio cercano a la UBA.



El Comité sobre Programación en Salud de Adolescentes y jóvenes formado entre las agencias internacionales de cooperación técnica OPS/OMS, UNICEF y FNUAP recomienda la organización de servicios de salud amigos de los o las adolescentes y jóvenes, con énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Los servicios de salud amigos de los y las adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los o las adolescentes y jóvenes y sus familias ya sea por el vínculo que se establece entre los o las usuarios/as y el trabajador de salud y/o por la calidad de sus intervenciones.



Un servicio de salud amigo de los y las adolescentes y jóvenes:

- Brinda atención integral de la salud en los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje para el autocuidado o cuidado mutuo de la salud.
- Está organizado cubriendo las áreas de Admisión, Enfermería, Medicina, Salud Mental, Trabajo Social y Odontología acorde a sus posibilidades de espacio físico y recursos humanos.
- Respeto el motivo de consulta por la que el o la adolescente concurre al servicio como puerta de entrada, ofreciéndole alternativas para su resolución integral con la participación de las otras disciplinas y/o servicios de salud.

En resumen, el servicio amigable tiene las características señaladas en el siguiente cuadro:

Características	¿Cómo lograrlo?
Accesibles geográficamente	Instalados en el primer nivel de atención, o en lugares no convencionales como clubes, escuelas u organizaciones juveniles y religiosas.
Accesibles en horarios	Horarios flexibles, acordes a las necesidades de los o las adolescentes y jóvenes.
Accesibles económicamente	Servicios gratuitos o accesibles
Accesibles culturalmente.	Adaptados a la edad, desarrollo y los gustos de los o las adolescentes y jóvenes en la cordialidad del trato, ambientación, en el perfil de los trabajadores de la salud. Esta adaptación debiera hacerse con la participación de los o las adolescentes y jóvenes usuarios/as. Adaptados a la cultura local en el lenguaje y preferencias.
Confidenciales	Normas claras de confidencialidad para los o las adolescentes y jóvenes y sus padres/madres, expuestas en el servicio. Evitando la concurrencia de adolescentes y jóvenes a servicios de planificación familiar para adultos/as, donde puedan ser identificados/as.
Integrales	Atención preventiva y clínica de los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje. Articulados a una red de servicios e instituciones de la comunidad, como escuelas, clubes, organizaciones juveniles, religiosas, programas de empleo, recreación, etc.
Con enfoque de género	Servicios para hombres y mujeres. Oferta de consejerías y grupos que permitan analizar y transformar la inequidad de género en la capacidad de decisión de adolescentes y jóvenes hombres y mujeres sobre su salud, su sexualidad y su desarrollo. Con permanente reflexión de los trabajadores de salud sobre los estereotipos de género que ellos sostienen y que se pueden sostener la inequidad entre hombres y mujeres a través de sus prácticas.
Con intervenciones sustentables	Articulados con proyectos preventivos ya conocidos por la comunidad. Con propuestas autogestionadas por la comunidad.
Con capacitación permanente	Capacitación en servicio sobre la base de casos concretos, interdisciplinaria, con propuestas de mejoramiento de la calidad de atención que incluya el análisis de la perspectiva socio-emocional de los o las adolescentes y jóvenes y los trabajadores de la salud.
Evaluables periódicamente	Con la participación de los o las adolescentes y jóvenes, sus padres/ madres y otros trabajadores de red de instituciones y organizaciones de la comunidad.



## TIPOS DE INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS AMIGABLES

Tipo de intervenciones	¿Cómo lograrlas?
Educación para la salud	Incorporando la evaluación y apoyo a los aprendizajes para el autocuidado/ cuidado mutuo de la salud a su práctica cotidiana, en vistas al mejoramiento de la calidad de vida, al desarrollo y a la adopción de estilos de vida saludables.
Salud integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva	Actividades de prevención clínica que garanticen un control integral en salud y atención de la demanda en salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres, aún aquellos o las en circunstancias especiales, como adolescentes y jóvenes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otros. Abriendo las puertas al placer, la alegría de vivir, a amar, a la construcción de parejas.
Atención de patologías transmisibles locales	Protocolos adaptados localmente.
Atención de la emergencia	Articulados con una red de salud que garantice la prevención y asistencia de lesiones por causas externas, la emergencia y referencia en salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres.
Medicación	Incluyendo la suplementación alimentaria y disponibilidad de anticonceptivos.

## PERFIL DEL TRABAJADOR DE SALUD QUE ATIENDE A ADOLESCENTES Y JÓVENES

Si en el servicio de salud no es posible conformar un equipo interdisciplinario, el trabajador de la salud debe tener capacidad para trabajar con adolescentes y jóvenes hombres y mujeres desde un enfoque integral, articulando sus actividades con trabajadores de la salud de diferentes disciplinas de servicios de salud de su zona.

El enfoque integral se facilita con un formulario de historia clínica integral y hace posible que cualquier trabajador de salud sea una puerta de entrada al servicio.

El equipo interdisciplinario podría tener los siguientes actores:

- El trabajador social recibe inquietudes sobre maltrato intrafamiliar o derechos en el sistema de salud y realiza visitas comunitarias o a las familias en mayor riesgo.
- El psicólogo realiza la consulta para orientación vocacional o trastornos emocionales, interviene con psicoterapias a nivel individual, grupal y familiar y ofrece servicios de asesoría y consejería.
- El médico o enfermero atiende la consulta de control en salud para el joven o adolescente, para la práctica de deportes o de un problema de salud.

- El odontólogo recibe la demanda de los problemas bucales o realiza el control escolar e interviene en la reparación de problemas odontológicos.
- El educador recibe la demanda en consejería e interviene en las dificultades en la escuela.
- El promotor de salud acerca las intervenciones del servicio a la comunidad.

Cualquiera sea su disciplina, el trabajador y/o el equipo de salud debieran desarrollar las siguientes competencias:

### Competencias del trabajador de salud para adolescentes y jóvenes

- 1) Sustener una adecuada comunicación y eventual intermediación tanto con los y las adolescentes y jóvenes como con los padres y madres o adultos responsables.
- 2) Promover los derechos de los y las adolescentes y jóvenes dentro y fuera del servicio de salud.
- 3) Realizar una adecuada anamnesis y diagnóstico bio-psicosocial que incluya: evaluación del crecimiento, cálculo del percentil de crecimiento, cálculo de interpretación de la velocidad de crecimiento y desarrollo puberal –según estadios de Tanner– examen físico completo, con estado nutricional –índice de masa corporal– orquidometría y examen genital, evaluación del desarrollo psicosocial y cognitivo, relación con la familia, relación con los amigos, la escolaridad, factores de protección, vulnerabilidad y riesgo.
- 4) Hacer efectivas las siguientes intervenciones preventivas: evaluación de aprendizaje para el autocuidado o cuidado mutuo de la salud; consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y jóvenes y padres/madres; vacunación; detección de riesgos, vulnerabilidad y factores de protección para la salud; atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva, aún a adolescentes y jóvenes con necesidades específicas como adolescentes y jóvenes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otras.

Promover en la consulta:

- a) Autonomía para la toma de decisiones libres y responsables
- b) Comunicación entre padres e hijos

- c) Defensa de los derechos de los y las adolescentes y jóvenes
  - d) Fortalecimiento de la conciencia ciudadana y solidaria de los y las jóvenes
  - e) Escolarización y capacidad de construir de proyectos
  - f) Autoestima
  - g) Fortalecimiento de la actitud crítica frente a los medios masivos de comunicación
  - h) Sexualidad libre y responsable, independientemente de la orientación sexual
  - i) Hábitos saludables en la recreación.
  - j) Garantizar la confidencialidad.
  - k) Desarrollar su trabajo en el marco de consentimiento informado, negativa fundada.
  - l) Ejercer una actitud vigilante y crítica de su propio accionar con relación a las conductas discriminatorias, sobre situación social, raza, religión, orientación sexual y género
- 5) Tener capacidad para trascender los límites de su disciplina con una visión y práctica interdisciplinaria y transdisciplinaria, reconociendo y respetando la competencia de cada disciplina e interactuando con ella.
  - 6) Trabajar en coordinación con otras instituciones: en redes de servicios de salud, y redes intersectoriales con organizaciones de la comunidad, como la escuela, el club, organizaciones juveniles, recreativas, laborales, juzgados, entre otras.
  - 7) Abordar los aspectos relativos al género desde una perspectiva crítica y transformadora, teniendo especial cuidado en no reproducir, sobre la base de sus propias concepciones, estereotipos de género que dificulten el desarrollo y la salud de los y las adolescentes y jóvenes.

# EL MODELO DE SERVICIOS PREVENTIVOS

Los servicios preventivos son aquellos que enfatizan la prevención clínica y la promoción del desarrollo humano entre sus intervenciones.

La perspectiva preventiva en la consulta implica transformar el modelo "curativo" de atención incluyendo medidas para la detección temprana de riesgos o vulnerabilidad de enfermedad o lesión, promoviendo el desarrollo humano, el placer y la alegría de vivir, amar, comunicarse y construir un medio ambiente saludable, mediante decisiones libres y responsables.



La prevención clínica de adolescentes y jóvenes implica:

- Evaluación de aprendizaje para el autocuidado o cuidado mutuo de la salud
- Consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y jóvenes, padres y madres
- Vacunación
- Detección de riesgos o vulnerabilidad y factores de protección para la salud, que incluye la promoción del crecimiento y desarrollo integral y la resolución temprana de los riesgos
- Atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres desde la perspectiva de género

El modelo de servicios preventivos para adolescentes y jóvenes sólo es posible mediante una determinada organización y gestión del servicio de salud, flexible, creativa, orientada a usuarios adolescentes y jóvenes, facilitando su participación activa y trabajo en equipo de los trabajadores de salud. Estas recomendaciones pueden ser utilizadas como un instrumento para reflexionar sobre el tipo de organización y gestión del servicio, a fin de centrarlo en las necesidades de los y las adolescentes y jóvenes.

## REDES DE SERVICIOS DE SALUD Y REDES INTERSECTORIALES

Los problemas de salud reconocen causas diversas e interactuantes y por lo tanto su resolución implica actuar sobre las diferentes circunstancias que rodean a los y las adolescentes y jóvenes y que están presentes en la comunidad en que viven con respuestas multifactoriales. No se pretende que los servicios de salud sean los que provean todas las intervenciones necesarias para los y las adolescentes y jóvenes, sino que articulen sus acciones con una red de servicios de salud y con las organizaciones de la comunidad como escuela, club, instituciones deportivas, recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados de menores y de familia, comunidades religiosas, entre otras, a fin de ampliar el abanico de propuestas.



## ACCIONES DE LA RED PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Red de servicios de salud	Red de instituciones de la comunidad
Conocimiento de los trabajadores y/o equipo de salud capacitados y motivados con la atención de los y las adolescentes y jóvenes en servicios de atención secundaria y terciaria de la zona	Organización de una base de datos actualizada sobre las instituciones y organizaciones de la comunidad, sus acciones, su historia y los marcos conceptuales, horarios de atención y nombre de los que trabajan con adolescentes y jóvenes
Coordinación con servicios de atención secundaria y terciaria próximos, para garantizar la interconsulta, referencia y contra-referencia de los y las adolescentes y jóvenes	Construcción de un marco conceptual y metas comunes respecto a las necesidades de los y las adolescentes y jóvenes
Referencias e interconsultas personalizadas –con nombre del trabajador de salud y horarios de atención–.	Difusión –por cartelera en sala de espera del servicio, carteles, etc.– de acciones de las instituciones de la comunidad, con nombre del referente y horarios claros de atención. Por ejemplo: bolsa de trabajo, números telefónicos de auto-ayuda –frente a intento de suicidio, maltrato y abuso físico, adicciones, etc.–, instituciones de apoyo escolar, capacitación para el empleo, entre otras.
Búsqueda de una coordinación sustentable, que trascienda a las personas.	Reuniones periódicas con los referentes de las instituciones para coordinar actividades y propuestas.
Abogacía para apreciar las necesidades y respetar los derechos de los y las adolescentes y jóvenes	Reconocimiento y respeto por el campo, trayectoria y lógica de las instituciones y organizaciones de la comunidad
Capacitaciones e investigaciones conjuntas.	Capacitaciones conjuntas.
Promoción de: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Acceso a un primer contacto con visión integral.</li> <li>· Continuidad en la atención.</li> <li>· Orientación comunitaria.</li> <li>· Enfoque familiar.</li> <li>· Adecuación cultural –en particular a la cultura de los y las adolescentes y jóvenes, de su familia y el entorno–.</li> <li>· Confidencialidad de la consulta.</li> <li>· Consentimiento de los y las adolescentes y jóvenes.</li> </ul>	Comunicación conjunta a la comunidad de los servicios ofrecidos.
	Consideración democrática de los liderazgos, compartiendo el poder para la toma de decisiones.
	Promoción de la participación de los o las adolescentes y jóvenes en las actividades ofrecidas
	Evaluaciones conjuntas con participación directa de los o las adolescentes y jóvenes y sus padres/madres.





NO MAS  
MALTRATO Y ABUSO SEXUAL  
EN LAS ESCUELAS Y EN LAS CASAS

INSTITUCION EDUCATIVA

DIA DE LA  
FLORESTA NACIONAL  
Creciendo con Flores

# *Asesoría en salud sexual y reproductiva*

Mary Luz Mejía. UNFPA

## **CONSEJERÍAS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES**

La consejería es una consulta educativa destinada a adolescentes y jóvenes hombres y mujeres sanos que se ofrece en el servicio de salud en horarios diferenciados de la consulta médica o psicológica. Los y las adolescentes y jóvenes pueden solicitar un turno para consejería cuando lo crean conveniente, sin necesidad de hacer previamente una consulta médica o psicológica.

Puede ser también una indicación que hace el trabajador de salud al o a la adolescente, después de la evaluación de aprendizaje de autocuidado de salud, realizada durante la consulta preventiva anual.

La consejería promueve un aprendizaje emocional, mediante la escucha atenta, el diálogo cálido y abierto a la expresión afectiva. Se diferencia claramente de un consejo y del acompañamiento psicoterapéutico.



Puede organizarse una consejería no sólo en servicios de salud, sino también en otros entornos comunitarios donde participan los y las adolescentes y jóvenes: escuelas, clubes, organizaciones juveniles, comunidades religiosas, entre otros.

### *¿Quién realiza la consejería?*

" Puede realizarla cualquier trabajador de salud con entrenamiento: enfermero, psicólogo, trabajador social o médico.

### *Duración*

- Cada consejería requiere un tiempo de 30 minutos y la explicación al/a la adolescente que se respetarán las reglas de confidencialidad.
- Por lo general las consejerías son por única vez, no están previstas citas semanales como en un tratamiento psicológico.

### *Objetivo*

- Que los y las adolescentes y jóvenes logren determinadas capacidades para la vida tales como discernimiento, empoderamiento para la toma de decisiones libres y responsables, capacidad de negociación, capacidad de interacción social, cómo hacer frente a la presión de los pares y construcción de su identidad.

### *Metodología*

1. Crear un ambiente cómodo de acercamiento y calidez para los y las adolescentes y jóvenes, evitando que exista un escritorio o camilla de por medio.
2. Si el o la adolescente concurre a la consejería acompañando por su padre o madre, es necesario aclararles que se requiere mantener un diálogo con el o la adolescente a solas.

3. Iniciar la consejería con el o la adolescente explicando el encuadre: reglas de confidencialidad, los 30 minutos de duración, objetivos.
4. Preguntar sobre hábitos de vida del o de la adolescente, la relación que mantiene con su familia y con sus pares, incluida la escuela, la etapa de su desarrollo que esta viviendo, para conocer el o la adolescente.
5. Facilitar que el o la adolescente gane confianza con el trabajador de salud, antes de conversar sobre áreas más personales como la sexualidad y/o consumo de sustancias.
6. Favorecer por medio de preguntas que el o la adolescente reconozca aprendizajes previos, valores y creencias, experiencias en la toma de decisiones en situaciones semejantes.
7. Escuchar y observar con atención comportamientos no verbales.
8. Conocer el idioma de los y las adolescentes y jóvenes.
9. Respetar los valores y actitudes de cada cultura.
10. Brindar información clara y acorde a la situación particular, que permita descubrir nuevas alternativas, evaluar aspectos positivos y negativos de las mismas.
11. Propiciar la formulación de nuevas preguntas.
12. Favorecer el reconocimiento de capacidades del y de la adolescente para toma de decisiones, promoviendo la autonomía.

# CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad aumenta la posibilidad que los y las adolescentes y jóvenes expongan sus necesidades, preocupaciones y pedidos de ayuda para afrontar problemas de salud como infecciones de transmisión sexual, embarazo inesperado, depresión, consumo de drogas, entre otros.

Las normas de confidencialidad que se asuman deben ser claras tanto para los padres como para los adolescentes y jóvenes. Estas se deben exhibir mediante cartillas o afiches en la sala de espera. Esta actitud facilita la adhesión de padres, madres y adolescentes y jóvenes.

Una parte de la entrevista se debe llevar a cabo, a solas, con el o la adolescente. El compromiso de confidencialidad no es recíproco sino una obligación del trabajador de salud. Debe alentarse al o a la adolescente a discutir los temas o situaciones que le preocupan y que fueron tratados en la consulta con su familia, a fin de obtener apoyo.

El sistema de atención debe garantizar la solicitud de turnos, estudios, tratamientos por parte de los y las adolescentes y jóvenes sin romper la confidencialidad.



# EJEMPLOS DE CONSEJERÍAS SOBRE TEMAS ESPECÍFICOS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

CONSEJERÍA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	
Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Propiciar conversaciones sobre estereotipos de género que influyen en la imagen corporal y modos de ser más atractivo y saludable.</li> <li>· Los y las adolescentes y jóvenes en situaciones especiales, como práctica deportiva intensa, embarazo, madre lactante, enfermedades crónicas, hábitos vegetarianos o naturistas, tienen derecho a consejería específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Beneficios de la alimentación sana y formas de lograr y mantener un peso saludable.</li> <li>· Necesidad de aumento del consumo de fibras y disminución de grasas saturadas.</li> <li>· Riesgos asociados a la obesidad, disminución brusca de peso y beneficios de la disminución de peso controlada en obesos.</li> <li>· Riesgo de controlar el peso mediante vómitos, laxantes o dietas estrictas.</li> <li>· Factores de riesgo de la anorexia, bulimia y trastorno de la alimentación por atracones.</li> <li>· Alimentos ricos en hierro.</li> </ul>
CONSEJERÍA SOBRE PRÁCTICA FÍSICA	
Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hacer explícito que el objetivo de cualquier práctica deportiva, en la mayoría de los casos, es la recreación.</li> <li>· Se recomienda la categorización de los o las adolescentes y jóvenes utilizando además de la edad, la talla y la maduración sexual –estadios de Tanner– como criterio opcional, para todos aquellos deportes de contacto o en los que la fuerza o la corpulencia pudieran generar situaciones de competencia desigual o de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Se desaconseja la alta competencia deportiva –profesional– hasta la edad de dieciséis años.</li> <li>· Riesgos de la práctica de pesas antes de haberse completado la pubertad.</li> <li>· Necesidad de no exceder un máximo de quince horas semanales de práctica deportiva para evitar trastornos de crecimiento en adolescentes y jóvenes púberes.</li> <li>· Necesidad de uso de elementos protectores según el tipo de deporte: el casco en ciclismo, patines, patinetas, protectores bucales en deportes de contacto, etc.</li> <li>· Riesgo del uso de anabólicos y otras drogas para la práctica deportiva.</li> <li>· Estereotipos de género que implica en los hombres la exposición a riesgos.</li> </ul>

## CONSEJERÍA SOBRE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none"> <li>· El tabaco es sumamente adictivo. Más del 75 por ciento de los fumadores adultos querrían dejar de fumar y menos del 60 por ciento lo ha intentado en algún momento de su vida. De ellos, alrededor del 20 por ciento lo consigue en el primer intento y el 50 por ciento lo logra después de seis intentos. Por tal motivo la propuesta preventiva se basa en “mejor no empezar”.</li> <li>· Asociar el consumo del tabaco con aspectos valorados por los o las jóvenes como apariencia física –olor desagradable y mal aspecto–, manipulación que logra la publicidad al promover mensajes falsos de atracción física y capacidad para los deportes, reducción de la capacidad deportiva y alto costo.</li> <li>· La promoción de la salud de adolescente en el caso del consumo de sustancias nocivas, requiere de intervenciones inespecíficas, como la construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a la presión de los pares y la publicidad.</li> <li>· Considerar la autoestima de los o las adolescentes y jóvenes a partir de pequeños logros personales y sociales, fáciles de reconocer por sí mismo y por su entorno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Riesgo del consumo de tabaco: enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neoplasias graves.</li> <li>· Aspectos positivos de no fumar.</li> <li>· Las personas que comienzan a fumar en su adolescencia, luego no pueden dejar de fumar.</li> <li>· Referencia a grupos para dejar de fumar.</li> <li>· Cómo evitar el consumo pasivo de tabaco.</li> <li>· Cómo abogar a favor de acciones dirigidas a evidenciar que el fumar es un comportamiento desviado, prohibiendo fumar en lugares públicos, a aumentar el costo del tabaco, limitar las ventas a menores.</li> <li>· Relación entre consumo de alcohol y drogas y riesgos de lesiones por causas externas y relaciones sexuales sin protección.</li> <li>· Capacidad adictiva del tabaco, alcohol y diferentes drogas.</li> <li>· Diferencias entre el uso experimental y la adicción.</li> <li>· Cómo ayudar a un amigo que consume tabaco, alcohol y drogas.</li> <li>· Lugares de atención, teléfonos de autoayuda.</li> <li>· Elaboración de planes y proyectos pequeños, rápidos y viables, que les permita prepararse para establecer metas, estrategias, evaluar y hacer ajustes. Se sugiere el uso del diario personal, que incentiva la introspección, el análisis de emociones y comportamientos y la idea de construcción de su propia historia.</li> </ul>

## CONSEJERÍA SOBRE PREVENCIÓN DE LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Las lesiones por causas externas son las principales causas de muerte de los o las adolescentes y jóvenes. Las mismas no son accidentales, sino prevenibles.</li> <li>· Es importante también promover la responsabilidad social en la construcción de normas de convivencia saludables en los ambientes escolares, familiares o de pares.</li> <li>· Los o las adolescentes y jóvenes debieran lograr un compromiso por impulsar normas de convivencia armónica y respeto a las legislaciones existentes en las instituciones donde participan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Relación entre el uso de cinturón de seguridad y gravedad de lesiones por tránsito.</li> <li>· El uso correcto de cinturones de seguridad en asientos delanteros reduce el riesgo de lesiones en un 45 a 55 por ciento y la mortalidad de 40 a 50 por ciento.</li> <li>· El uso de casco en motos, motocicletas y bicicletas reduce un 75 por ciento las lesiones y un 30 por ciento la mortalidad.</li> <li>· Aumento del riesgo de lesiones por causas externas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, ya sea por lesiones de tránsito o por práctica deportiva.</li> </ul>



- Las lesiones por causas externas también se asocian a trastornos de la visión y la audición. Evitar escuchar música a volúmenes altos, uso de *discman-mp3*, auriculares o teléfonos celulares al conducir vehículos.
- Formas de negociación de conflictos.
- Riesgo del porte de armas.
- Estereotipos de género que impulsa a los hombres a asumir riesgos excesivos.
- Gratificaciones inmediatas que podrían ser sustitutivas de la solución del problema.

## CONSEJERÍA SOBRE SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD

### Aspectos a considerar

- Desarrollar acciones de consejería en todos/as los o las adolescentes y jóvenes que lo demanden.
- Muchos aspectos de sus elecciones estarán atravesados por el tema de la construcción de una identidad diferente a la de sus padres, por lo que se requiere conocimiento y entrenamiento para abordar este aspecto.
- Necesitan una consejería especial los o las adolescentes y jóvenes con conductas de riesgo: trabajadores sexuales hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes homosexuales y travestis que viven marginación social, adolescentes y jóvenes en condiciones de aislamiento social o violencia doméstica, etc.

### ¿Qué preguntar e informar?

- Inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de relacionarse, formas de diálogo y mecanismos para establecer una relación respetuosa e igualitaria.
- Pautas culturales que implican diferencias en la construcción de roles masculinos y femeninos, valores y experiencias –por ejemplo que la sexualidad de los hombres sea más indiscriminada y las mujeres busquen la confirmación de su fertilidad a través de un embarazo, aunque este sea demasiado temprano–.
- Cómo negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar y prodigar en una relación de noviazgo.
- Toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben los o las adolescentes y jóvenes de pares y familiares.
- Decisión del inicio sexual y opciones anticonceptivas existentes.
- Diversidad de la respuesta sexual humana y goce sexual en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes.
- Orientación sexual homosexual en hombres y mujeres, maneras de establecer relaciones de respeto y aceptación. Formas de resolución de problemas con familiares y grupos de pares.
- Embarazo no deseado, habilidades para asumirlo con la pareja y la familia.
- Reelaboración de los proyectos a partir del embarazo.
- Aborto.
- Cómo enfrentar el abuso sexual y/o la violencia sexual en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes.
- Habilidades para manejar los celos y la violencia verbal y física entre novios, especialmente si hay relaciones sexuales
- Cómo diferenciar las caricias saludables de las que producen daño.
- Problemas de la función sexual: falta de erección, eyaculación precoz, anorgasmia, dolor en las relaciones sexuales entre otros.

## HOMBRES Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Por décadas las mujeres han sido el foco principal de esfuerzos nacionales e internacionales en relación con la planificación familiar y más recientemente con la salud reproductiva. La omisión de los hombres como grupos metas de los esfuerzos de promoción, prevención y servicios de salud sexual y reproductiva ha tenido un grave impacto en la salud y el bienestar de mujeres, hombres y familia en general y ha puesto una carga innecesaria en las mujeres.

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), el tema de la participación masculina en los programas de salud sexual y reproductiva ha suscitado gran interés. Se expresa claramente en el plan de acción de la CIPD, “... el objetivo es promover la igualdad de los géneros en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria, y promover y capacitar a los hombres para que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y de sus roles sociales y familiares”.

Los temas que recomiendan para realizar actividades de consejería y educación con ellos son:

1. Masculinidad y equidad de género.
2. Masculinidad y salud sexual reproductiva.
3. La participación masculina en la maternidad segura.
4. Masculinidad.
5. Los hombres y la transmisión de ITS y VIH/Sida.
6. Toma de decisiones responsables y saludables.
7. Servicios de salud sexual reproductiva.
8. Necesidades específicas de salud para los hombres.
9. Paternidad responsable.
10. Violencia intrafamiliar/abuso sexual

## CONSEJERÍA SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

### Aspectos a considerar

- Es para todos los adolescentes y jóvenes que se encuentren por decidir el inicio de relaciones sexuales o aquellos que tengan relaciones sexuales.
- El objetivo es acompañar la toma de decisión de un adolescente sobre el método anticonceptivo más apropiado para ella o su pareja.
- Facilitar el proceso de reconocimiento personal y de la pareja de su conducta sexual, sus creencias y sentimientos.
- Indicar la necesidad de una consulta ginecológica posterior a la consejería, a fin de complementar la información para el proceso de elección, mediante los estudios clínicos necesarios.

### ¿Qué preguntar e informar?

- Armar una lista de los métodos anticonceptivos que conoce con el adolescente.
- Exposición y demostración de uso de cada método anticonceptivo.
- Puntos fuertes, débiles y efectos secundarios de cada método.
- Uso correcto.
- Importancia de la regularidad y el uso sistemático.
- Modo de incorporación en el coito –cuando sea apropiado–.
- Problemas comunes del uso y soluciones.
- Lugares para obtenerlos.
- Formas de negociar con la pareja la necesidad de su uso.

- Trabajar con los adolescentes y jóvenes sus conceptos de género en relación al poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos.

- Posibles cambios del ciclo menstrual en particular un sangrado prolongado, excesivo y/o amenorrea.
- Significado de la amenorrea.
- Retraso en el retorno a la fertilidad.
- Falta de protección contra ITS e infección por VIH/SIDA –cuando sea apropiado–.
- Efectos secundarios y complicaciones posibles.
- Necesidad de consultas médicas para el seguimiento.

## CONSEJERÍA PREVIA A LA PRUEBA PARA VIH

### Aspectos a considerar

- Es un tipo de consejería diferente donde es prioridad la contención ante el resultado del diagnóstico.
- Promueve el proceso de autorreflexión sobre comportamientos de riesgo para que se genere la necesidad en el adolescente de conocer si está infectado.
- Tiene fines preventivos, facilitando la toma de posición del adolescente frente a la posible infección por VIH.
- Permite detectar factores de riesgo para focalizar la tarea preventiva.
- Establece un vínculo de confianza, basado en la confidencialidad, para futuras acciones de salud.
- Puede ser necesario el apoyo psicológico.

### ¿Qué preguntar e informar?

- Diferencia entre infección por VIH y SIDA.
- Mecanismos de transmisión.
- Preguntar sobre cuál considera que será el resultado. Deben plantearse tres posibles resultados de la prueba: negativo, positivo o indeterminado por el mantenimiento de comportamientos de riesgo o al período ventana.
- Explicar cómo se detecta el VIH por la prueba de ELISA y cómo actúa la medicación
- Dialogar sobre acciones para que una persona con VIH no desarrolle la patología hasta pasados muchos años, como por ejemplo:
  - Detección temprana de la infección, lo que favorecería la disminución del virus en sangre y conservar la salud del adolescente
  - Cambio de hábitos sexuales.
  - Buena alimentación.
  - Vida sexual saludable.
- En el caso de adolescentes y jóvenes embarazadas explicar que esto impediría en un 70 por ciento la infección de su bebé.
- Priorizar siempre la salud y el cuidado de la adolescente.

## CONSEJERÍA POSTERIOR A LA PRUEBA PARA VIH

### Aspectos a considerar

- Al igual que la consejería previa a la prueba para VIH es diferente a la consejería de educación para la salud.
- El objetivo es facilitar la toma de posición del adolescente frente al impacto del resultado.
- Para esto se requiere contención.
- Facilitar la expresión de sentimientos y la autorreflexión para la toma de decisiones relativas al seguimiento y al cambio de comportamientos de riesgo.
- Promover la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos.
- Se requiere el apoyo de un equipo interdisciplinario psicológico.

### ¿Qué preguntar e informar?

- Diferencias entre infección por VIH y SIDA.
- Mostrar los aspectos positivos, aceptando el rol de cada persona en el autocuidado y cuidado mutuo de su salud.
- Aspectos legales: derechos y responsabilidades.
- Seguimiento necesario según el resultado.
- Indagar sobre la posibilidad de compartir la información con alguna otra persona adulta.
- Capacitación para seguir el tratamiento y los controles.

## CONSEJERÍA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA

### Aspectos a considerar

- Hablar en términos simples y precisos, de ser posible escuchar atentamente cuáles son las palabras que usa el o la adolescente.
- Partir de conocimientos previos como por ejemplo:  
¿Sabes que es una enfermedad de transmisión sexual?  
¿Cuáles conoces?  
¿Cómo te parece que se contagia?  
¿Sabes que problema puede traer en la persona que las padece?
- Dialogar sobre los estereotipos de género que hacen que hombres y mujeres se expongan al riesgo de contraer una ITS: diferencias de poder para tomar decisiones, miedo al rechazo, miedo a la humillación, entre otros.

### ¿Qué preguntar e informar?

- Tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, VIH, hepatitis B y sus respectivos signos y síntomas.
- El contagio con un agente no lo inhabilita para sufrir la infección concomitante de otro.
- La protección es fundamental. Sólo se logra con preservativo masculino/ condón, preservativo femenino o abstinencia sexual.
- Relación entre cada método anticonceptivo y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Formas de negociación con el otro sexo para el uso de métodos de protección.
- Importancia de que hable de este tema con la pareja o parejas.
- Importancia del cambio de hábitos sexuales o de actitud de vida. Se requiere el trabajo interdisciplinario entre médicos, psicólogos y trabajadores sociales.
- Promoción del autocuidado/ cuidado mutuo de salud.
- Promoción de a consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peniana, etc.



## CONSEJERÍA ANTE SOSPECHA DE EMBARAZO

### Aspectos a considerar

- Debe realizarse previa a la solicitud de la prueba de embarazo.
- El objetivo es acompañar a la adolescente para que reconozca su conducta sexual y que el embarazo puede ser una posibilidad.
- Logre mayor poder para la toma de decisión sobre su sexualidad, su probable embarazo y su cuidado.
- Trabajar estereotipos de género masculino y femenino y relaciones de equidad entre hombres y mujeres.
- Seleccione el método anticonceptivo más apropiados para ella y su pareja, en caso que el diagnóstico sea negativo –Ver consejería sobre anticoncepción–.

### ¿Qué preguntar e informar?

- Preguntar si conocen en su familia que él o ella tiene relaciones sexuales.
- Explicar claramente las normas de confidencialidad.
- Elegir la persona en quien se confiara el diagnóstico de embarazo en caso de ser positivo, la modalidad y el momento en que se le transmitirá la información.
- Si no puede comunicarlo sola, ofrecer la consejería como espacio para el diálogo con los padres en una entrevista conjunta.
- Riesgos de las diferentes alternativas ante un probable embarazo.
- Prevención de depresión y suicidio.
- Prevención del siguiente embarazo.
- Contenidos de género relativos a la maternidad/ paternidad.

## GRUPO DE APRENDIZAJE SOBRE AUTOCUIDADO DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Se propone organizar un día en el servicio para el funcionamiento de grupos de aprendizaje sobre autocuidado o cuidado mutuo de la salud. Los grupos son autoadministrados y animados por un o una adolescente designado para ese rol. El o la animadora es una participante más del grupo. Los y las adolescentes y jóvenes en el grupo pueden conversar libremente en grupos de pares sobre autocuidado o cuidado mutuo de salud, conocimientos adquiridos y necesidades, aspectos referidos a la consulta en los servicios, opiniones sobre el tratamiento, dudas, sentimientos, derechos a la salud, etc. aprovechando el tiempo en sala de espera.

Para optimizar el espacio se requiere:

- Disponer material audiovisual para el uso autoadministrado por los o las adolescentes y jóvenes sobre distintos aspectos del autocuidado o cuidado mutuo de salud.
- El grupo requiere una duración de dos horas en reuniones con periodicidad mensual o quincenal.

## CONSEJERÍAS Y GRUPOS DE APRENDIZAJES PARA PADRES/MADRES

Promover con los y las padres o madres de los y las adolescentes y jóvenes:

- Desarrollo puberal, sexual, psicosocial y cognitivo durante las etapas de la adolescencia en hombres y mujeres.
- Cambios normales esperables en la relación entre padres e hijos/as.
- Conductas parentales tendientes a promover un saludable ajuste intergeneracional.
- Síntomas y signos de angustia o enfermedad emocional durante la adolescencia.
- Formas de estimular la autonomía y la toma de decisiones libres y responsables.
- Formas de prevenir riesgos y promover la calidad de vida, el placer, la alegría de vivir, el amor y la construcción de pareja.
- Los roles de hombres y mujeres son aspectos culturales y pueden cambiar hacia relaciones equitativas.
- Necesidad de desarrollar habilidad de escucha y empatía hacia sus hijos/as.

## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los derechos sexuales y reproductivos están basados en los derechos humanos que se describen a continuación:

- *Información*: todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de planificación familiar, la usuaria o usuario tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos de planificación familiar.
- *Libertad*: es la capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva
- *Privacidad*: en la vida personal y familiar. Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluida el tamaño de la familia son de carácter privado, pues estas se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.

- *Vida libre de daño*: vivir exento de daño proviene del derecho a la seguridad que tiene la usuaria o usuario en todos los procedimientos que se le realicen como el caso de los métodos de planificación familiar definitivos sin excluir los demás métodos.
- *Igualdad*: Sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, política, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición, es decir se le brinda un trato digno. Los métodos de planificación familiar deben ser dados a conocer en todos los ámbitos para que de esta manera sean accesibles a todas las personas que los soliciten.
- *Justicia Sanitaria*: se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. La usuaria o usuario ejerce este derecho cuando puede acceder a un paquete básico de servicios y de opciones integrales en salud, donde la oferta es confiable y además tiene continuidad de la misma.
- *Elección Informada*: es el derecho que tiene la usuaria o usuario en el contexto de la planificación familiar de recibir información completa acerca de todos los métodos y de hacer su elección libremente.

- *Consentimiento Informado*: es la manifestación de la elección informada hecha por la usuaria o el usuario sobre un procedimiento específico a realizarle, mediante documento escrito<sup>59</sup>; el cual tiene validez si la usuaria o el usuario:
  - Dispone de una información suficiente.
  - Comprende la información adecuadamente.
  - Se encuentra libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.
  - Y es competente para tomar la decisión.

Por lo tanto el consentimiento informado solo se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se deben tener en cuenta los anteriores puntos. De esta manera, es evidente que el Consentimiento Informado no puede reducirse al recitado mecánico de los hechos estadísticos, ni a la firma de un formulario de autorización.





# Asesoría sobre anticoncepción de emergencia

Franklyn Prieto. PFMC

*"Yo no soy quien tiene que tomar la decisión "*  
*"Yo la usaría si fuera mi caso "*  
*"La decisión es de esa persona "*  
*"... es una decisión personal de ella "*  
*"es una decisión que hay que tomar muy rápido "*  
*"la decisión hay que tomarla en ese momento porque el método es así,*  
*entonces es difícil, no es tan fácil "*  
*"Yo tomaría más en cuenta la opinión de la persona "*  
*"De los 18 años en adelante "*  
*"Si fuera una hija mía, si "*

Actitudes hacia la anticoncepción de emergencia<sup>60</sup>

La anticoncepción de emergencia es un método utilizado por la mujer después de una relación sexual sin protección, para prevenir un embarazo no deseado<sup>61</sup>.

Usar el término anticoncepción de emergencia se prefiere a "píldoras del día después" debido a que estos métodos son indicados para su uso de emergencia, no como una opción de regulación de la fecundidad, este método puede ser utilizado en los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección y no sólo durante el día o la mañana siguiente.

Existen dos métodos: el dispositivo intrauterino y las píldoras anticonceptivas; sin embargo, sólo nos vamos a referir a las píldoras de progestina –levonorgestrel–.

## ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA CON PROGESTINA

Es el suministro de una tableta de 0,75 mg. de levonorgestrel –progestina– en las primeras 72 horas que siguen a una relación sexual no protegida y una segunda, 12 horas después de la primera.

Este régimen reduce la posibilidad de gestación después de una relación sexual no protegida en un 89 por ciento cuando es usado correctamente, y es más efectivo que la combinación con estrógenos (75 por ciento<sup>62</sup>).



Esta posibilidad de 89 por ciento puede interpretarse de la siguiente manera: de 100 mujeres que tienen relaciones sexuales sin protección durante los siete días previos o posteriores a la ovulación –que pueden ser la segunda y tercera semana del ciclo menstrual–, ocho podrían quedar embarazadas; si usaran la anticoncepción de emergencia en las primeras setenta horas, se evitarían siete de estos ocho embarazos.

Se considera que el método es útil iniciarlo hasta las ciento veinte (120) horas después de la relación no protegida, sin embargo su eficacia es mayor antes de las cuarenta y ocho (48) horas. Si una mujer requiriera usar el método después de ciento veinte (120) horas, se sugiere no suministrar el medicamento, pues este es ineficaz.



La eficacia de este método de ninguna manera es similar a la obtenida con los métodos anticonceptivos convencionales –combinados orales u hormonales inyectables– que se encuentra entre 90 por ciento y 99 por ciento.

- 60 Marín, C. "Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende mujeres víctimas de violencia sexual sobre anticoncepción de emergencia"; Diagnóstico. San José de Costa Rica: Centro Centroamericano de Población, 2004.
- 61 Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Anticoncepción de emergencia en zonas de conflicto. RHRC, 2004.
- 62 Task Force of Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352(9126):428-433.

## Mecanismo de acción

Son diferentes los mecanismos de acción de las píldoras anticonceptivas de emergencia que pueden evitar la fecundación o dificultar la implantación del óvulo fecundado<sup>63</sup>:

1. Inhibición, retraso o alteración de la ovulación.
2. Aumento de la viscosidad del moco cervical que obstruirá el paso de esperma y dificulta que se encuentren el óvulo y los espermatozoides.
3. Alteración de la trompa de Falopio que dificulta el paso al esperma y el óvulo para la fecundación o al embrión para su implantación.



Se considera que la combinación de estos 3 mecanismos impide finalmente la implantación o la fecundación.

### Mecanismo 1. Alteración de la ovulación

El consumo de hormonas similares a las producidas por el ovario, engaña al cerebro, impidiendo que libere hormonas que estimulan el ciclo de maduración del óvulo. De esta forma, la ruptura del folículo se bloquea o se retrasa o se libera un óvulo no apto para ser fecundado.

### Mecanismos 2 y 3. Dificultad para el encuentro espermatozoide-óvulo

- Después de la relación sexual sin protección, los espermatozoides permanecen en las vías genitales femeninas entre 1 y 5 días, tiempo durante el cual son fortalecidos para cumplir con su misión "fertilizante". Es decir, el espermatozoide no se une con el óvulo inmediatamente después del coito, sino cuando esté condicionado para ello.
- El óvulo sobrevive menos de 24 horas después de liberado, de manera que, en condiciones normales, sólo hay 6 días fértiles a lo largo del ciclo, es decir, el embarazo es posible si el coito se lleva a cabo cinco días antes –ocho de cada diez embarazos– o el mismo día –dos de cada diez embarazos– de la ovulación. Uno de cada cuatro óvulos fecundados tiene capacidad de implantarse, siendo éste un proceso que se inicia entre ocho y once días después de la ovulación.

Lo que hace el método es demorar o impedir el encuentro entre espermatozoide y óvulo, con barreras como aumento de la viscosidad del moco cervicovaginal o reduciendo el acondicionamiento de los espermatozoides en la trompa de Falopio.



La razón para que el método no sea 100 por ciento efectivo es que no afecta el proceso de formación del cigoto o de implantación en el endometrio, es decir, no actúa una vez ocurre la fertilización.



## Indicaciones

Son indicaciones para el uso del método de anticoncepción de emergencia:

1. Abuso sexual –acceso carnal violento– de mujer que no usa método de planificación.
2. Relación no protegida durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual
3. Ruptura, deslizamiento o mal uso del preservativo durante la relación sexual durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual.
4. Usaria de anticonceptivos orales que olvida por tres días o más tomar la píldora.
5. Expulsión del dispositivo intrauterino durante o después de la relación sexual.
6. Relación sexual no protegida en mujer con ciclo menstrual irregular o que no recuerda la fecha de su última menstruación.

Se debe evitar el uso de la anticoncepción de emergencia cuando:

1. La mujer refiere una relación sin protección o con protección defectuosa hace cinco días o más.
2. Hay antecedentes de más de una relación sexual protegida, algunas de las cuales sucedieron hace más de cinco días.
3. Se corrobora que el método de regulación de fecundidad está siendo bien utilizado.

## Administración

La primera dosis –una tableta– debe administrarse en las primeras setenta y dos horas posteriores a la relación sexual no protegida, seguida de una segunda dosis doce horas después.

En el caso que la joven presente vómito en las siguientes dos horas de administración de la píldora se recomienda repetir la dosis; si el vómito es reiterado, podría utilizarse la píldora por vía vaginal.

## Seguimiento

- Si hay un retardo mayor de siete días o no hay menstruación después de tres semanas de administrado el medicamento se debe realizar una prueba de embarazo.
- Realizar asesoría y consejería en salud sexual y reproductiva que incluya planificación familiar, uso y provisión de preservativos y riesgo de ITS / Sida.

## Efectos adversos

Náusea (23,1 por ciento), vómito (5,6 por ciento) y fatiga (16,9 por ciento). Algunas mujeres refieren cefalea, mareo, dolor abdominal, hemorragia intermitente, sensibilidad mamaria aumentada, mastalgia tipo peso y retención de líquidos.

Todos los efectos son temporales –no más de veinticuatro horas– y no dejan secuelas. No se han observado efectos adversos severos –trombo-embólicos o metabólicos– con el uso de dosis únicas comparados con los métodos de regulación de fecundación de dosis continuadas –píldora diaria o liberación de hormonas controladas–.

Las dosis no son diferentes según la edad.

## Contraindicaciones

No hay contraindicaciones absolutas para su uso, pues la cantidad de hormona utilizada es muy pequeña para producir efectos clínicos significativos. Las contraindicaciones de los anticonceptivos orales se establecen sólo para su uso continuado.

En este sentido, los Criterios de Elegibilidad Médicos de la OMS para el uso de anticoncepción de emergencia señalan que el levonorgestrel no tiene contraindicación médica, ni absoluta ni relativa. Las pastillas se han clasificado como categoría 2 para las mujeres que padecen enfermedades metabólicas o cardiovasculares severas, angina pectoris, migraña y enfermedades hepáticas, es decir, las ventajas de evitar un embarazo inesperado superan los posibles inconvenientes o riesgos de usar el método.



No se recomienda su uso continuo pues su efectividad se afecta de manera importante al alterar transitoriamente y de manera repetida el ciclo menstrual –no se puede identificar fácilmente el momento del ciclo menstrual–.

No se han demostrado alteraciones en la gestación o en el feto relacionadas con el uso de la anticoncepción de emergencia, si el embarazo se produjo<sup>64,65</sup>.

No hay contraindicación de su uso durante la lactancia pues no hay evidencia de peligro para la mujer o el niño. El tratamiento con dos dosis es poco probable que tenga un efecto importante en la cantidad y calidad de la leche materna. La hormona podría pasar a la leche materna y es improbable que afecte al niño<sup>66</sup>.

## Recomendaciones para las mujeres usuarias de métodos de regulación de fecundidad.

En todo caso se recomienda usar preservativo en los siguientes siete días de la toma de los medicamentos de anticoncepción de emergencia.

Si es usuaria de un método con anovulatorios orales, se recomienda continuar con las píldoras hasta acabar el sobre o iniciar un nuevo sobre hasta terminarlo. En estos casos se pueden tener sangrados intermitentes antes de la menstruación.

Si es usuaria de un método con anovulatorios inyectables, se recomienda esperar la menstruación y siete días después aplicar la dosis correspondiente.

64 Bracken, M. B. "Oral contraceptives and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies". *Obstetrics and Gynecology* 1990; 76:552-7.  
65 Cardy, G. C. "Outcome of pregnancies after failed hormonal postcoital contraception: an interim report". *British Journal of Family Planning* 1995; 21:112-5.  
66 McCann MF; Potter L. S. "Progestin-only oral contraception: A comprehensive review". *Contraception* 1994;50-(6 Suppl 1):S1-S195.

## Uso de la anticoncepción de emergencia como un método de regulación de la fecundidad de rutina

No se recomienda su uso rutinario pues es mucho más efectivo el uso de un método de planificación tales como anticonceptivos orales periódicos –por ciclo menstrual–, anticonceptivos hormonales parenterales –inyectables–, dispositivo intrauterino –DIU o T de cobre–, preservativo, ligadura de trompas, vasectomía, etc. Cuando una pareja o una mujer requieren de este tipo de anticoncepción es la oportunidad para realizar la consejería adecuada sobre los métodos de regulación de la fecundidad y su uso.

## PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

### ¿La anticoncepción de emergencia causa aborto?

No. La gestación comienza con la implantación del óvulo fecundado en el útero, lo que toma generalmente seis días después del momento de la ovulación. La intervención en las primeras setenta y dos horas posteriores a la relación sexual no protegida no ocasiona aborto por que la implantación no ocurre durante este periodo. Las píldoras no son efectivas cuando la implantación ya ha sucedido y no pueden interrumpir la gestación establecida pues no afectan al embrión. Se considera que la anticoncepción de emergencia previene el aborto al prevenir el embarazo inesperado.



Para la anticoncepción de emergencia recomendamos el uso de levonorgestrel –Postinor®–, no usamos mifepristona –RU-486®– que es la denominada "píldora abortiva" utilizada en algunos países.

### ¿La anticoncepción de emergencia provoca la menstruación inmediatamente después de ser tomadas?

No. La menstruación se presenta generalmente cerca de la fecha prevista, aunque puede adelantarse o atrasarse unos días. Si no llega después de una semana de la fecha esperada se recomienda una prueba de embarazo, pues existe la posibilidad de que la mujer haya quedado embarazada a pesar del uso del método.

### ¿La anticoncepción de emergencia ocasiona aumento de la promiscuidad o sexo no seguro entre la población joven?

No hay evidencia científica que esto ocurra, ni por el conocimiento de que existe este método ni por su uso. Sin embargo, el conocimiento o el uso de la anticoncepción de emergencia es una oportunidad que se ofrece a la gente joven para involucrarse en los programas de planificación familiar y en procesos de asesoría y consejería en salud sexual y reproductiva para la prevención del aborto, el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Además se ha comprobado que las mujeres que conocen el método lo utilizan antes de las 48 horas lo que previene los embarazos no deseados.

**¿Si los hombres saben que sus parejas pueden usar anticoncepción de emergencia, pueden usar menos el preservativo?**

La anticoncepción de emergencia sólo previene el embarazo, mientras el preservativo evita el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual; por esta razón es indispensable brindar información sobre la necesidad del uso del preservativo para evitar las infecciones de transmisión sexual. Teniendo en cuenta esto, los jóvenes podrían preferir el uso del preservativo, contando con la anticoncepción de emergencia como una alternativa ante mal uso o ruptura del preservativo.

**¿El método puede ser útil si se usa antes de la relación sexual?**

No se ha demostrado que el método utilizado antes de la relación sexual sea efectivo para prevenir el embarazo.

**¿Las mujeres que tienen contraindicado tomar anticonceptivos orales diarios tampoco pueden usar la anticoncepción de emergencia?**

No. La dosis de hormonas que se toma con la anticoncepción de emergencia es relativamente pequeña y en pocas dosis, por lo tanto las contraindicaciones con el uso continuado de anticonceptivos hormonales no se aplican al método de emergencia. La OMS expresa que no hay contraindicación para la toma de anticoncepción de emergencia ni siquiera en aquellas mujeres a quienes se contraindica el consumo de pastillas anticonceptivas de forma regular.

**¿Las mujeres quedan embarazadas debido a conductas sexuales irresponsables, por lo que deben asumir las consecuencias y no usar métodos de anticoncepción de emergencia?**

Las mujeres no son las que quedan embarazadas si no las parejas; hay diferentes situaciones que hacen vulnerables a las mujeres y que les impiden la prevención del embarazo tales como la dificultad para tomar la decisión de manera autónoma, el acceso a la información, a los servicios de salud o al suministro del método de planificación, entre otros. En Colombia, no hay igualdad en las relaciones para la toma de decisiones con una alta dificultad en la negociación del uso de los métodos de regulación de la fecundación.

**¿El método de anticoncepción de emergencia se puede utilizar una sola vez en la vida?**

No. Se puede usar varias veces, sin embargo, su primer uso es la oportunidad para canalizar hacia un método de regulación de la fecundidad permanente y hacia la asesoría en prevención de las infecciones de transmisión sexual y el uso "siempre" del preservativo. El uso repetido puede causar alteraciones del ciclo menstrual que dificulta la identificación de los periodos de fertilidad.

**¿Si tengo menos de 18 años necesito autorización de mis padres?**

No. Al respecto un concepto del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar establece: *... si las razones de salud pública, derecho a la intimidad del menor y conveniencia para los propósitos de salubridad del paciente permiten establecer la prioridad de la reserva de la información, sobre el derecho de los padres y acudientes a recibirla y decidir sobre los asuntos del menor o por el contrario que al involucrar a los padres y acudientes se lesionan o ponen en riesgo de manera seria la salud pública, la individualidad emocional del menor y su salud, es claro que se puede prescindir de la información de los padres, siempre que esa confidencialidad tenga su fuente en la voluntad del menor mismo y se puedan reconocer en estas manifestaciones, las condiciones de sanidad mental, desarrollo intelectual e información necesarias para tomarse como acto jurídico.*

**¿Las pastillas de anticoncepción de emergencia son una dosis tan grande, que es una "especie de intoxicación"?**

No. Los efectos adversos son leves y generalmente son dolor de cabeza, náuseas y vómito que desaparecen en las siguientes veinti cuatro horas a la toma.

## MENSAJES CLAVES PARA LOS JÓVENES

Durante el proceso de atención amigable en salud sexual y reproductiva se pueden tener en cuenta los siguientes mensajes claves:



- El método debe usarse en las primeras setenta 7 dos horas posteriores a la relación sexual no protegida pero es más eficaz entre más temprano se utilice.
- El método tiene dos tomas de la píldora, la segunda en las siguientes doce horas de la primera, si no se hace esta última toma, el método pierde su efectividad.
- El método es seguro para la salud y muy efectivo (89 por ciento).
- El método puede causar náuseas y vómito que pueden ser controlados.
- El método alterará el ciclo menstrual y la menstruación puede aparecer siete días antes o después de lo esperado; la menstruación no ocurre en los días posteriores a la toma de las píldoras.
- El método NO causa aborto.
- El método tiene varios mecanismos que se combinan para evitar el embarazo.
- El método no es muy efectivo si se utiliza como método de planificación familiar pero es útil para situaciones de emergencia como: ruptura del preservativo o mal uso de otro método de planificación.
- El método no induce a que se use de manera repetitiva.
- El método es una oportunidad para acceder a métodos continuos.
- El método puede no evitar el embarazo –uno de cada ocho–, si hay un retraso mayor de siete días es recomendable una prueba de embarazo.
- El método NO protege contra las infecciones de transmisión sexual o el Sida.





# Atención integral en VIH

Bertha Gómez. OPS

El cuidado de la salud es un derecho. En este contexto, el derecho a la atención de cualquier patología se constituye en una necesidad imperiosa en un Estado de Derecho. El acceso a la asistencia y el apoyo en VIH también contribuye a la prevención de la infección por VIH, a servir de vehículo para dar educación sobre relaciones sexuales seguras y facilita intervenciones como la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. La terapia antirretroviral tiene a su vez un impacto en la reducción de la transmisión del VIH, cuando esta es efectiva.

El apoyo a las personas que viven con VIH o Sida, PVVS, contribuye a la disminución de la propagación de enfermedades infecciosas, comunes entre ellos, tales como la tuberculosis y las ITS mediante el diagnóstico y el tratamiento temprano de estas condiciones.

El apoyo integral y respetuoso a las PVVS a través de los proveedores de atención alivia el temor de su comunidad a la infección por VIH y disminuye el estigma y la discriminación. También aumenta la confianza y la esperanza en los afectados: si la calidad de vida de las PVVS mejora como resultado de la atención y el apoyo, la esperanza se instilará en beneficio del individuo y la familia, y como resultado de la sociedad en general.



La atención y el apoyo a las PVVS estimulan su participación en la lucha contra la epidemia. Más allá de abrir la posibilidad de incluir a las PVVS en la política y la toma de decisiones, esto permite la personalización de la infección por VIH en la provisión de la atención de salud, la prevención, la orientación de compañeros y la atención de las comunidades.

El modelo para la atención en salud a las PVVS debe fundamentarse en una visión integral del ser humano, considerando sus dimensiones biológicas, psicológicas, emocionales y sociales. Por lo tanto el concepto de atención integral puede ser entendido como la forma de atención de carácter multidisciplinario e integrado que apoya no solo a PVVS sino a los miembros de su familia y la comunidad<sup>67</sup>. Considera, además, la integración y la no discriminación social a las PVVS como un componente fundamental para avanzar en una construcción participativa de la respuesta al VIH/SIDA.


La *atención integral* también se caracteriza por su accesibilidad y equidad, es decir, que debe ser provista en todos los niveles del sistema de salud y con la misma posibilidad a todas las personas. Esto incluye el cuidado domiciliario y comunitario, atención primaria, atención secundaria y atención terciaria. Cada uno de estos niveles deben ser puntos dentro de una continuidad de la atención, integrada en forma de redes articuladas que se comuniquen entre si.

La complejidad de los servicios puede variar de acuerdo a los recursos humanos, financieros, técnicos e infraestructura en los diferentes lugares. Probablemente no todos los servicios de salud locales puedan brindar todos los servicios pero pueden desarrollar progresivamente estos servicios por etapas.

La atención integral es un proceso dinámico en el cual los recursos disponibles se organizan de acuerdo a estándares fijados para cada situación o nivel de cuidados. Estos estándares deben ser definidos con la participación de los trabajadores de la salud, los pacientes, los familiares, organizaciones de la comunidad, organizaciones religiosas y otras involucradas en el cuidado de las PVVS.

## OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

Los objetivos centrales de la atención integral en VIH son<sup>68</sup>, entre otros:

- 
- Reducir la morbi-mortalidad por el VIH/SIDA.
  - Mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las PVVS.
  - Prevenir la transmisión del VIH y la aparición infecciones oportunistas.
  - Ampliar la participación de las PVVS.
  - Mitigar la repercusión física, socioeconómica, emocional y psicológica del VIH en los individuos, las familias, las comunidades, los países y la sociedad en general, y,
  - Mejorar la atención de VIH en las poblaciones vulnerables como los jóvenes, las mujeres embarazadas, los consumidores de drogas y huérfanos, cuyo acceso a la asistencia es limitado.

<sup>67</sup> Proceedings of the Consultations on Standards of Care for Persons Living with HIV/AIDS in the Americas, OPS, June, 2000.

<sup>68</sup> Key elements IN HIV/AIDS care and support, WHO/UNAIDS, septiembre 2000.

## PILARES ESENCIALES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON VIH

Para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y económicas de las PVVS, la atención debe ser regida por los siguientes pilares<sup>69</sup>:



- **RESPECTO:** de los Derechos Humanos y la dignidad individual
- **ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD:** el nivel local es el responsable de la prestación directa de los servicios.
- **EQUIDAD:** la atención se les presta a todas las personas que viven con el VIH/SIDA independientemente del sexo, la edad, la raza, el grupo étnico, la identidad sexual, los ingresos y el lugar de residencia.
- **COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN:** asegurar un proceso continuo de atención a través de los proveedores y los niveles de atención.
- **EFICIENCIA Y EFICACIA:** la atención eficaz se presta a costos sociales razonables demostrados mediante los procesos de monitoreo y evaluación.



- **MANEJO CLÍNICO:** diagnóstico temprano, incluyendo exámenes, tratamiento racional y seguimiento.
- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y OTRAS DISCIPLINAS:** promoción de prácticas adecuadas de higiene y nutrición, cuidados paliativos, cuidados en casa y capacitación para los prestadores de cuidados en casa y la familia, promoción de la utilización de las precauciones universales.
- **CONSEJERÍA Y APOYO EMOCIONAL:** apoyo psicosocial y espiritual, especialmente para la reducción del estrés y ansiedad, planificación de la reducción de riesgos y enfrentamiento al problema, aceptación del VIH y comunicarlo a otros, vivir con dignidad y planear el futuro de la familia.
- **APOYO SOCIAL:** información, provisión o canalización a apoyo de pares, servicios de bienestar social, apoyo espiritual y asesoría legal.

## ESQUEMA BÁSICO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH

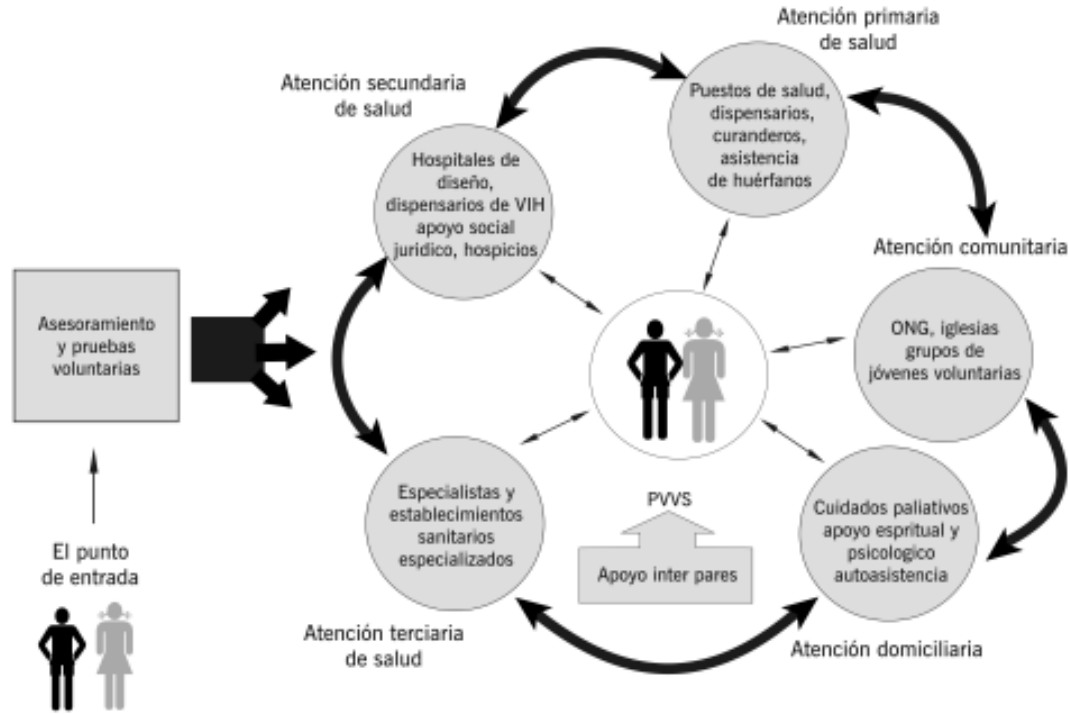
Es necesario asegurar una atención continua de alta calidad, costo-efectiva y al mismo tiempo proveer de guía con una secuencia lógica de eventos, que debe ser útil para priorizar acciones y establecer objetivos de intervenciones posteriores de creciente complejidad.

Los cuatro elementos, que se consideran básicos en la atención integral y que están interrelacionados entre sí, son<sup>70</sup>:

69 Proceedings of the Consultations on Standards of Care for Persons Living with HIV/AIDS in the Americas, OPS, June, 2000.

70 «Construyendo paso a paso: Guías de atención integral para personas viviendo con VIH/SIDA en América» de la OPS, (2000).

## El proceso continuo de la atención del VIH/SIDA



La atención integral en VIH debería contemplar los siguientes componentes mínimos, provistos por los diferentes niveles de atención, desde el nivel familiar, comunitario, primario, secundario y terciario<sup>71</sup>:

71 Construyendo paso a paso:  
Guías de atención integral para  
personas viviendo con VIH/  
SIDA en América.

## COMPONENTES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL VIH/SIDA

### Prevención

- Comunicación para el cambio de comportamientos.
- Promoción del uso del condón y disponibilidad.
- Manejo de las ITS.
- Consejería y pruebas para VIH voluntarias Prevención de la transmisión vertical del VIH.
- Sangre segura.
- Reducción del daño en Usuario de drogas intravenosas.
- Reducción del estigma y la discriminación.

### Cuidado y apoyo

- Manejo clínico de infecciones oportunistas y enfermedades relacionadas con el VIH incluyendo terapias profilácticas.
- Prevención y control de la tuberculosis.
- Terapia antirretroviral, ARV.
- Cuidado domiciliario.
- Cuidado paliativo.
- Apoyo psicosocial.
- Reducción del estigma y discriminación.
- Huérfanos y otros niños vulnerables.
- Apoyo legal.
- Programas de nutrición.
- Microempresas y otros programas de generación de ingresos.
- Información y capacitación en cuidado y prevención del VIH/SIDA para los cuidadores en el hogar.

En general, algunas consideraciones que debemos tomar en cuenta, a manera de ejemplo, y que apoyan la necesidad de los servicios anteriores son:

- Los servicios de tamizaje y diagnóstico son importantes para asegurar el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado. Ambos requieren capacidad de laboratorio y trabajadores de salud entrenados para identificar los signos y síntomas tempranos.
- La consejería y prueba voluntaria ofrece una oportunidad a las personas que no conocen su estado de infección y a aquellas ya diagnosticadas, para recibir educación sobre aspectos preventivos y de su cuidado.
- La educación y participación comunitaria incluye el desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación, creación de redes de soporte en la comunidad y sistemas de referencia hacia los servicios de salud.
- Las intervenciones nutricionales son importantes para PVVS, ya que una correcta alimentación contribuye a una mayor respuesta general a los medicamentos, así como mejorar la calidad de vida. La malnutrición es un factor de riesgo de mortalidad temprana y constituye una de las principales manifestaciones clínicas de la infección por VIH.

- Las intervenciones para el manejo de las ITS incluyen intervenciones preventivas y curativas que reducen las puertas de entrada para el VIH y se constituye en una de las más importantes estrategias de prevención primaria de la infección por VIH.
- Los cuidados paliativos son un componente esencial de la atención integral para las PVVS. Se requiere fortalecer los sistemas de salud locales en el cuidado paliativo.
- Es necesario implementar todas las normas y recomendaciones vigentes, promulgadas por el Ministerio de la protección Social para la administración de la terapia antirretroviral antes de proporcionarlos a una PVVS, para evi-

tar que se administren antes de ser necesarios o de forma inadecuada<sup>72</sup>. Se conoce perfectamente que las reacciones adversas facilitan el abandono del tratamiento de forma parcial o total y esto puede redundar en la aparición de resistencias del VIH, por esto hay que trabajar de forma tal que podamos reducir los factores implicados en una mala adherencia a estos fármacos.

- El apoyo psicosocial a PVVS, atiende entre otros, los siguientes fenómenos:
- Impacto personal de la notificación del VIH.
- Alteraciones del estado de ánimo, asociados al proceso de vivir con VIH.
- Discriminación o aislamiento social por vivir con VIH.
- Dificultades en el acceso a los tratamientos antirretrovirales.
- Dificultades en la adherencia a los tratamientos y controles de salud.
- Autocuidado y prevención secundaria del VIH.

Estas situaciones tienen un impacto considerable sobre la calidad de vida de quienes viven con VIH y por lo tanto requieren de especial atención que posibilite su manejo y estimule el acceso a información actualizada, implementación de conductas de autocuidado, adherencia y prevención secundaria, además de estimular la participación social. El apoyo social y de consejería incluye consejería en prevención secundaria, apoyo a través de servicios directos o grupos de apoyo y cuidados domiciliarios.

## COMPONENTES BÁSICOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA CON VIH

Los componentes básicos de la atención integral de VIH se resumen de la siguiente forma<sup>73</sup>:

**ESTABLECIMIENTO DE UNA BUENA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD/PACIENTE:** es esencial que exista una muy buena relación entre el equipo de salud y el paciente con el fin de que este se encuentre motivado para su atención y se adhiera tanto a los servicios como a los tratamientos. Para esto se requiere conocer cuál es el entorno socio familiar y laboral del pacien-

te así como su estado físico y emocional, y el, a su vez, debe saber que esperar de su equipo de salud, y del servicios de salud que lo atiende.

**MANTENER LA MOTIVACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO Y LOS TRATAMIENTOS QUE SEAN DEL CASO:** una parte importante de la labor de todos los profesionales que atienden a una PVVS es motivarlo a que mantenga el seguimiento clínico en el nivel de atención del servicio de salud indicado, ya que a veces esto resulta difícil y exigente. La derivación a un nivel de tercer nivel de atención no significa perder el seguimiento del paciente en el nivel primario, cuando ello sea posible, ya que muchos cuidados que requiere son propios de la atención primaria.

**APOYO EMOCIONAL PERMANENTE:** el paciente se encuentra en un momento emocional crítico ante la posibilidad o la certeza de haber contraído una enfermedad que considera irreversible y que va acompañada con frecuencia de una respuesta social estigmatizante. El apoyo emocional incluye ayuda para aceptar la enfermedad y para comunicar su seropositividad a terceras personas.

72 Ver la guía de atención del VIH/SIDA incluida en la Resolución 412 de 2000 así como la actualización de esta, próxima a publicarse por el Ministerio de la Protección Social. "Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe" OPS 2003.

**PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES:** se debe promover el abandono de hábitos nocivos –tabaco, alcohol, otras drogas– y la adquisición de hábitos de alimentación adecuada, descanso, ejercicio, actividades durante sus momentos de ocio y otras actividades que puedan contribuir al mejor estado de su bienestar físico y psíquico. Asimismo, se debe recomendar el abandono de conductas de riesgo –deportes peligrosos, conducción temeraria– que puedan ocasionar quebrantos en la salud del paciente o interferir con un seguimiento adecuado.

**VALORACIÓN DE LA IMPLICACIÓN EN LA SITUACIÓN FAMILIAR, LABORAL Y ECONÓMICA DEL PACIENTE:** con frecuencia el paciente se siente muy solo en esta etapa. El papel del trabajador de salud es animarle a que confíe su situación a alguien, ya que la condición de PVVS es dura de llevar en soledad. En el caso de no tener a nadie en quien confiar, debe el trabajador de salud brindarse como confidente sobre todo en los primeros momentos en los que las dudas y las preguntas son constantes. En cuanto a la situación laboral, se le debe recordar que no está obligado a comentar en su trabajo su condición de PVVS.

**INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD, EVOLUCIÓN Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS:** si se pretende que el paciente mantenga el seguimiento adecuado, éste debe conocer lo mejor posible su enfermedad, evolución, infecciones oportunistas que debe prevenir y porqué, alternativas terapéuticas existentes para su caso, cuáles son los beneficios esperados y cuáles los posibles inconvenientes. Es necesario que toda esta información esté en poder del paciente para que maneje su evolución. Solo de esta forma, participando de las decisiones que haya que tomar en cada momento, se podrá asegurar el seguimiento adecuado a largo plazo.

**PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES:** la prevención de la infección por el VIH es la actividad fundamental en todos los niveles de atención. Las intervenciones preventivas no finalizan una vez que el paciente se ha infectado, sino que cambian para adaptarse a la nueva situación: modificar sus comportamientos de riesgo para proteger a terceros de la posible transmisión del VIH.

**APOYO AL PACIENTE PARA COMUNICAR SU CONDICIÓN DE INFECTADO POR EL VIH A SU FAMILIA Y SUS CONTACTOS ÍNTIMOS:** forma parte del proceso normal de adaptación a la nueva situación que el paciente encuentre dificultades o rechazo a la comunicación de la noticia

a sus familiares o contactos. Es imprescindible, por lo tanto, iniciar con él un proceso de apoyo y seguimiento en este sentido, que tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- **Con respecto a la familia o los convivientes:**
  - a) Aclarar con el paciente qué conocimiento o sospechas tiene la familia respecto a sus conductas de riesgo y posibles consecuencias.
  - b) Explorar los temores del paciente hacia las repercusiones que su diagnóstico tendrá en su vida afectiva y en su mundo de relaciones.
  - c) Elegir, para comenzar, comunicar la noticia al familiar o amigo con quien se prevea una mejor relación y un mayor apoyo.
  - d) Ayudar al paciente a planificar el momento, la forma y el escenario en que comunicará a su familia su condición de infectado por el VIH.
  - e) Prepararlo para que dé la información, su significado y sus consecuencias.
  - f) El profesional de salud se puede ofrecer como mediador, testigo o colaborador en la comunicación de la noticia.
  - g) Habrá que tener prevista la posibilidad de que la familia acuda al profesional, tratando de que el paciente no se entere, para solicitar más información o comprobar la veracidad de la misma. Es conveniente, por ello, acordar con el paciente, qué información complementaria podrá darse.

- **Con respecto a los contactos íntimos**, además de lo anterior, habrá que insistir en lo siguiente:
  - a) Será necesario valorar con el paciente los riesgos reales que corren los que tuvieron o tienen contacto íntimo con él y que no han guardado las precauciones adecuadas.
  - b) Es importante que, sin culpabilizar, se reflexione conjuntamente sobre las responsabilidades que se tienen hacia los otros, especialmente hacia aquellos a quienes se quiere.
  - c) En caso que el paciente tenga contactos íntimos y no se considere preparado todavía para hablar de su situación con su pareja, será imprescindible valorar cómo tomar medidas de protección para la otra persona por ejemplo, utilizar un diagnóstico intermedio, como hepatitis B, para introducir el uso del preservativo en las relaciones sexuales.
  - d) Es muy importante que el paciente esté consciente de que el profesional está ética y legalmente obligado a mantener la confidencialidad del diagnóstico, y que sólo se informará – más allá del conocimiento del diagnóstico por parte del equipo de salud que se encargue directamente de su cuidado – a aquellas personas que él decida y autorice. Esto último deberá quedar registrado en la historia clínica.
  - e) Si los profesionales ofrecen un proceso adecuado y cuidadoso de apoyo, la mayoría de los pacientes acceden a comunicar el diagnóstico a sus parejas o contactos íntimos. Sólo en casos muy raros, excepcionales, el paciente se negará a introducir medidas de protección para sus contactos y a comunicarles el diagnóstico. Tales situaciones deberán manejarse con extrema prudencia. Será necesario explicarle al paciente que puede estar colocando al profesional en un conflicto entre su obligación de mantener el secreto profesional y su obligación de preservar la salud de terceras personas, que a veces pueden incluso ser pacientes suyos –la pareja del infectado–. Si esto no es suficiente, quizás haya que exponerle, en un momento posterior, que puede estar incurriendo en un delito de transmisión deliberada, y que el profesional no puede ocultar tal situación. Será bueno comentar el caso en el equipo –preservando la identidad del paciente– para valorar entre todos los miembros otras alternativas. Si la situación se vuelve insostenible, es posible que al profesional no le quede más remedio que comunicar el diagnóstico a las personas en riesgo. Todos los pasos de este proceso deberán quedar anotados en la historia clínica

- f) Para que las medidas preventivas sean efectivas, habrá que intentar, en lo posible, ayudar al paciente a recuperar y/o fortalecer su autoestima, para lo que puede necesitar un abordaje multidisciplinario –psiquiatra, psicólogo, pares...–.
- g) En el contexto de continuidad en los cuidados habrá que estar alerta ante cambios en las circunstancias y entorno del paciente – cambios de pareja, recaída en consumo de drogas, cambios laborales, fallecimientos cercanos, cambios en la situación clínica...– que requieran adaptar el plan de cuidados y consejos consecuentemente.

DISMINUIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN A TERCEROS: cada vez que una persona infectada realiza una práctica de riesgo puede haber una transmisión del VIH. Todas las medidas preventivas que ya se explicaron cuando se pidió la prueba, deben repasarse nuevamente con detenimiento, centrándose en aquellas que tengan más importancia para el paciente. Hay que evitar "meter miedo" que sólo produce reacciones de huida. Aunque es deseable que el paciente no tenga ninguna práctica de riesgo, a veces los cambios de conducta no se pueden producir drásticamente, sino paso a paso, de manera progresiva, con lo que pequeños logros iniciales pueden ser considerados como grandes éxitos en muchas ocasiones. Es importante lograr un compromiso por su parte para disminuir el riesgo de transmitir la enfermedad, pero también debemos facilitar que pueda acceder a

medios para lograrlo: entrega gratuita de preservativos, ayudas para dejar actividades de prostitución, etc.

Las parejas sexuales deberían participar en la intervención preventiva, juntos o separados, o al menos habría que tenerlas presentes. La preocupación de la transmisión en la convivencia cotidiana debe disiparse y se deben comentar las medidas de manejo de sangre y fluidos.

Las parejas en edad de procreación pueden pedir asesoría sobre el riesgo de transmisión vertical, los medios anticonceptivos y las medidas a tomar en caso de desear descendencia.

**DISMINUIR EL RIESGO DE RE-INFECCIÓN DEL PROPIO PACIENTE:** evitar situaciones de riesgo de transmisión del virus también protege al paciente ya que existe la:

- Posibilidad de reinfección que lleva a un incremento de la carga viral y ésta a la evolución más rápida al cuadro clínico de inmunodeficiencia, SIDA.
- Posibilidad de infección por otras cepas que lleva a transmisión de resistencias a fármacos.
- Posibilidad de adquirir otras enfermedades –VHC, VHB, ITS, etc.–.

**MANTENER EL MEJOR NIVEL DE SALUD POSIBLE, FAVORECIENDO LOS CUIDADOS PERSONALES:** es importante que el paciente participe en el cuidado de su salud. El paciente tiene que comprender que no sólo es importante ocuparse de lo relacionado con su infección por el VIH, sino de todos sus problemas de salud, igual que en cualquier otro paciente –ej: consejo antitabaco, nutrición–.

## **CONSIDERACIONES DE ORDEN LOGÍSTICO PARA LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL**

### **Compromiso político**

El compromiso gubernamental es crítico para que los programas de atención integral del VIH sean exitosos y este compromiso se debe movilizar a todo nivel. La experiencia ha mostrado

que este compromiso puede a su vez movilizar otros niveles y sectores y que la participación de todos los sectores involucrados en esta problemática es esencial para obtener los resultados esperados.

El compromiso político a nivel local se expresa entre otros, por:

- La producción de planes y normas que favorezcan la atención integral con principios de equidad
- Movilización de recursos o asignación de presupuesto propio acorde con la magnitud de las acciones que se requieran para dar una respuesta adecuada.
- Participación activa de los tomadores de decisiones en las actividades claves.
- Liderazgo claro y efectivo de las autoridades locales en todas las acciones.

### **Procesos de planificación**

Para implementar de forma racional y adecuada la atención integral del VIH es importante la elaboración de un plan operativo –o plan de acción– local para lo cual se requiere la conformación de un equipo interdisciplinario, que cuente con representación de los diferentes niveles de atención de salud y disciplinas que intervendrán en el proceso de atención integral, con el fin de garantizar la inclusión de todos los aspectos relevantes la participación activa desde el inicio, de aquellos que lo implementarán.



De la misma forma es conveniente que las autoridades locales definan claramente el rol de los diversos organismos e instituciones, tanto locales como nacionales, que intervendrán en su implementación futura. Este equipo, a su vez, debe disponer de los recursos adecuados tanto en información, infraestructura, comunicaciones y tiempo de dedicación con el fin de poder adelantar un trabajo de calidad y basado en la mejor y más actualizada información disponible, adelantar el análisis de situación y elaborar la propuesta operativa.

## **Análisis de la situación local del VIH**

Es posible que no se pueda llevar a cabo, de forma inicial, un exhaustivo análisis de situación por limitación en los recursos para ello, porque no se encuentre toda la información disponible o porque ello puede causar retardos importantes en el proceso planificación de la atención integral. Por esta razón un análisis inicial se deberá realizar utilizando la mejor información disponible. Este debe ser cualitativo y cuantitativo y deberá incluir las capacidades existentes tanto en sector público como en el privado, así como la de otros actores que presten servicios de salud.

Con el fin de recolectar la más relevante información, personas de diferentes disciplinas relacionadas con la provisión de atención integral, incluyendo PVVS y miembros de la comunidad, deberán participar y contribuir en este análisis. Métodos para verificar los datos deberán estar disponibles y documentación clara de las fuentes de información debe ser suministrada con el fin de facilitar futuras revisiones e investigaciones.

Dentro de este análisis es muy importante contar con información sobre el número de PVVS y las necesidades de atención integral y tratamientos en esta población, de acuerdo a sus diferentes características. Las fuentes de esta información pueden ser variadas y provenir tanto del sector público como del privado. Con ella se podrá estimar la brecha entre las atendidas actualmente y las que se requieren atender.

## **Adecuación de los servicios de atención**

Los servicios de salud y sociales que tengan la capacidad de proveer elementos para el cuidado integral, deben ser identificados en cada localidad, así como la red de servicios disponibles en el departamento o a nivel nacional. Esto ayudará en la planificación de sistema de referencia y contrarreferencia y en las posibilidades futuras de colaboración y asociación.

Otros programas de cuidado crónico así como los servicios basados en la comunidad, deben también ser identificados para explorar futuros mecanismos de colaboración y asegurar una adecuada coordinación. Ejemplo de esto son los programas de control de la tuberculosis que pueden proveer un soporte importante en el manejo del paciente con VIH. Los puntos de entrada para los servicios de atención integral para el VIH/SIDA son cruciales para la ampliación del acceso a la atención integral y los tratamientos. Estos puntos pueden incluir centros de consejería y prueba voluntaria, centros para la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA, clínicas de ITS, hospitales, clínicas de tuberculosis, clínicas de cuidado antenatal, servicios de urgencias, etc.

Es necesario definir claramente cuales serán las metas, objetivos, resultados y brechas existentes en la localidad y que se consignaran en este plan operativo ya que de ello dependerán los recursos necesarios

para llevarlo adelante, el modelo de salud que se propondrá y los mecanismos de seguimiento y evaluación de la atención integral.

## MODELO DE ATENCIÓN

El modelo de atención deberá sujetarse a lo dispuesto por las normas vigentes del Ministerio de la Protección Social y deberá asegurar lo siguiente:

- **ACCESIBILIDAD FÍSICA:** la accesibilidad física de los servicios es muy importante para las PVVS, quienes presentan una enfermedad crónica y requieren tratamientos de por vida. Es bien conocido que la utilización de los servicios disminuye en la medida que la distancia del proveedor aumenta. El tiempo es otro factor de accesibilidad, relacionado con la distancia y la facilidad de transporte. En efecto, el tiempo de transporte al lugar de los servicios y el tiempo de espera para recibirlos es el factor más importante reportado por los estudios de percepción del cliente, más que la distancia.
- **DISPONIBILIDAD DE RECURSOS:** determinar cuántos recursos y tecnologías, están disponibles para realizar una intervención. Esto incluye el número de sitios de entrega de servicios, el número de personal y la disponibilidad de tecnología –medicamentos, equipos, etc.–.
- **CAPACIDAD:** los servicios de atención integral deben ser provistos tomando en cuenta los recursos –humanos, financieros, tecnológicos, etc.– disponibles para salud.
- **ACEPTABILIDAD:** aun si los recursos están disponibles y accesibles pueden no ser utilizados si ellos no son aceptados por la población. Actualmente el estigma asociado al VIH/SIDA es un impedimento para la utilización de los servicios.
- **CALIDAD DE LOS SERVICIOS:** es importante anotar que en una escala de valoración la calidad técnica de los servicios estará en función del comportamiento de proveedor de estos servicios y la disponibilidad de los recursos.
- **ADHERENCIA:** la adherencia al tratamiento para un proceso crónico es una condición importante para la obtención de los resultados de la intervención. Esto es más importante en la terapia con antirretrovirales por el riesgo de resistencia.

## MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para evaluar como se están cumpliendo los objetivos y resultados del plan operativo y de la atención integral, se debe incluir un componente de monitoreo y evaluación en el momento de la planificación. Esto quiere decir:

- Seleccionar los indicadores apropiados
- Desarrollar un sistema de recolección de datos –sistema de información–.
- Mantener una permanente revisión, análisis y retroalimentación durante todo el proceso.

Los principales objetivos del monitoreo y evaluación son:

- Recoger evidencia sobre las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- Determinar la efectividad de los programas y de la atención
- Identificar problemas y reorientarlos.

Las condiciones y necesidades pueden cambiar durante el proceso. El uso de indicadores y una evaluación periódica ayudara a proveer flexibilidad para ajustar las actividades y acomodarse a este cambio. Las actividades de monitoreo y la evaluación debe planificarse desde el inicio.

## POLÍTICAS NACIONALES EN VIH

Más de veinte años después del reporte del primer caso de VIH en el país (Cartagena, 1983), el control de la epidemia debe ser una prioridad de salud pública en Colombia. Vale la pena destacar los siguientes avances realizados<sup>74</sup>:

- La formulación de un plan estratégico que considera a la salud sexual y salud reproductiva como una de las prioridades de salud pública.
- Una mayor participación de la sociedad civil en la construcción de propuestas de trabajo conjunto, entre las que se encuentra el Proyecto del Fondo Mundial para reducir las condiciones de vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes en contextos de desplazamiento forzado.
- Participación en las negociaciones de Lima y Buenos Aires con productores de medicamentos, durante la que se obtuvo una reducción de precios que facilitará la tarea de garantizar el acceso universal a los medicamentos.
- La realización de un proyecto de prevención de la transmisión madre a hijo de VIH financiado con recursos de la Unión Europea, que fue incluido como política pública por el Ministerio de la Protección Social.
- Desarrollo e implementación de un modelo de gestión en VIH/Sida que permita fortalecer los sistemas de salud a escala nacional.

Así mismo, a partir de julio del presente año el país cuenta con un PLAN INTERSECTORIAL DE RESPUESTA ANTE EL VIH/SIDA 2004-2007, fruto del trabajo conjunto entre instituciones del Estado, agencias de cooperación internacional y la sociedad civil, y que orientará y dará sostenibilidad a las acciones durante los próximos cuatro años.

74 Tomado de las palabras del doctor Ricardo Luque del Ministerio de Protección Social, durante la 58ª Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas; Reunión de Alto Nivel sobre VIH/Sida de la Asamblea General, Nueva York, Estados Unidos, 22 de septiembre de 2003.





# Prevención del VIH y Sida

Leonardo Mantilla  
Consultor externo PFMC–OIM

## INTRODUCCIÓN

Tres décadas después del inicio de la pandemia del Sida, y pese a los avances realizados, menos de una de cada cinco personas en el mundo tiene acceso a los servicios básicos de prevención del VIH que podrían salvar vidas y revertir la pandemia<sup>75</sup>. Dos terceras partes de los cuarenta y cinco millones de nuevas infecciones por el VIH que se producirán de aquí hasta el año 2010, podrían evitarse si se *aumentara la cobertura del uso combinado de las estrategias de prevención de eficacia comprobada*<sup>76</sup>.

Los temas de Derechos Humanos, educación y emprendimientos sociales juveniles, son objeto de tres módulos específicos en la Caja de Herramientas. Los de promoción de servicios amigables con las y los jóvenes en salud sexual y salud reproductiva, tratamiento de las ITS, consejería pre y postprueba y atención integral de las personas viviendo con VIH/Sida, se tratan en capítulos específicos en este mismo módulo.

# ASPECTOS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EFECTIVOS

La experiencia acumulada permite establecer algunas conclusiones y recomendaciones generales que sirven para orientar el diseño y ejecución de las estrategias de prevención del VIH y el Sida:

- En ninguna parte se dispone de soluciones únicas o mágicas que sirvan para detener la pandemia. En ausencia de una curación completa y definitiva para la infección por el VIH/Sida, de tratamientos accesibles y fáciles de administrar, y de una vacuna, la prevención sigue siendo la mejor herramienta para combatir el problema.
- Los esfuerzos preventivos requieren del uso combinado de estrategias y acciones complementarias y sinérgicas, con el fin de abordar los distintos factores determinantes del problema en cada contexto en particular.
- El "mejor" programa de prevención es aquel que combina estrategias factibles, sostenibles, de eficacia comprobada y que respondan a las características, necesidades, prioridades y recursos específicos de la población sujeto de las acciones.
- Dado que la principal vía de transmisión del VIH es el contacto sexual, los *servicios de salud sexual y salud reproductiva* representan una puerta de entrada fundamental para la prevención y atención integral del VIH/Sida. Dichos servicios pueden contribuir a la prevención de la infección por el VIH mediante<sup>78</sup>:
  - Educación sobre sexualidad humana y disminución de comportamientos de riesgo.
  - Promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas, independiente de su sexo, género, orientación sexual, expresiones de comportamiento sexual, etnia, territorio social o discapacidad física o emocional.
  - Promoción del uso correcto y consistente del condón.
  - Promoción de la protección doble<sup>77</sup>.
  - Detección precoz y tratamiento oportuno de ITS.
  - Prevención de la transmisión vertical.
- La prevención del VIH/Sida *no puede estar divorciada de estrategias encaminadas a la disminución de las condiciones de vulnerabilidad que aumentan el riesgo de infec-*

*ción*, tales como: el mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de vida de las poblaciones; la promoción de la salud, la salud sexual y salud reproductiva; la educación en habilidades y competencias para una vida saludable, incluyendo la educación sexual; disminución de desigualdades y falta de equidad en el acceso a los beneficios del desarrollo social y económico; y la protección irrestricta de los Derechos Humanos, incluyendo los sexuales y reproductivos, especialmente en las poblaciones más vulnerables –por ejemplo, los derechos de los y las niñas, en especial de temas como el abuso sexual y explotación comercial sexual–.

- *Existe una gran brecha* entre lo que se invierte en prevención del VIH/Sida y las necesidades reales. Se ha calculado que en los

77 El uso exclusivo o combinado del condón con otros métodos para tener una protección adicional contra el embarazo no deseado –doble uso–, o el evitar prácticas sexuales de alto riesgo, permiten al mismo tiempo prevenir la transmisión del VIH y otras ITS y los embarazos no deseados.

78 UNFPA (2004). Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. New York: UNFPA.

países de América Latina y el Caribe esta brecha asciende actualmente a 684 millones de dólares. Algunos ejemplos específicos de la región:

- Sólo 18 por ciento de las personas que requieren tratamiento para ITS tienen acceso al mismo.
- Sólo 29 por ciento de las personas interesadas en recibir servicios de consejería pre y postprueba tienen acceso a ellos.
- Sólo 11 por ciento de los hombres que tienen sexo con hombres, 4 por ciento de jóvenes no escolarizados, 38 por ciento de la población escolar y 6 por ciento de las y los trabajadores sexuales y sus clientes tienen acceso a programas para disminuir los comportamientos de riesgo.
- Resulta claro que la *prevención del VIH/Sida debe ocupar un lugar en la agenda de prioridades políticas y de desarrollo social y sanitario* de los gobiernos centrales y las administraciones regionales y municipales, además de las organizaciones internacionales y la industria farmacéutica. La prevención del VIH/Sida requiere inversión, pero no hacerlo tiene un mayor costo humano, social y económico para todas y todos.

El siguiente cuadro resume las distintas estrategias de eficacia comprobada que se usan actualmente en forma combinada en la prevención del VIH/Sida:



- Programas de información, educación y comunicación para la salud, con énfasis en habilidades y competencias para una vida saludable.
- Integración de las acciones de prevención del VIH/Sida con los servicios de salud sexual y salud reproductiva en distintos niveles de atención, incluyendo las acciones de atención primaria de la salud.
- Control de las infecciones de transmisión sexual.
- Acceso oportuno a consejería pre y postprueba voluntaria para el VIH.
- Programas de reducción del daño para quienes se inyectan sustancias psicoactivas.

- Prevención de la transmisión madre a hijo del VIH.
- Normas y procedimientos que garanticen la transfusión segura de sangre y hemoderivados.
- Control de infecciones en las instituciones prestadoras de servicios de salud: normas de bioseguridad, precauciones universales, uso de tecnologías más seguras.
- Intervenciones estructurales: encaminadas a la disminución de la vulnerabilidad social.
- Programas de atención integral para las personas viviendo con el VIH y el Sida.



# LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL PROYECTO DEL FONDO MUNDIAL

En Colombia, el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/Sida (2004-2007)<sup>79</sup> involucra las estrategias anteriores dentro de un enfoque amplio e integral de prevención, cuyos objetivos principales son<sup>80</sup>:

- Fortalecer la capacidad de respuesta del Estado y la sociedad civil ante la epidemia del VIH/Sida, mediante la coordinación interinstitucional e intersectorial que permita optimizar recursos humanos, financieros, técnicos y administrativos en los ámbitos nacional, departamental y municipal.
- Acopiar, producir y difundir la información pertinente al impacto epidemiológico, económico y social de la epidemia del VIH/Sida, mediante la coordinación intersectorial e interinstitucional.
- Promover en la población colombiana conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas que propendan, a lo largo del ciclo vital, por el desarrollo de una sexualidad saludable desde un enfoque integral de Derechos Humanos, sexuales, reproductivos y con equidad de género.
- Reducir en la población colombiana los factores de vulnerabilidad relacionados con las ITS, el VIH y el Sida, con énfasis en los grupos identificados de mayor vulnerabilidad.
- Reducir la transmisión de la infección en todas sus formas, evitando la generalización de la epidemia del VIH/Sida en Colombia.
- Satisfacer las necesidades de atención integral de las personas y familias afectadas por el VIH/Sida, garantizando el acceso de buena calidad con eficiencia y equidad.
- Reducir el impacto social y económico de la epidemia del VIH/Sida en los núcleos familiares y entornos laborales y socioculturales de las personas afectadas, promoviendo el respeto de sus Derechos Humanos y libertades fundamentales y reduciendo el impacto de la epidemia del VIH/Sida en la economía y sostenibilidad del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Proyecto del Fondo Mundial, PFMC, combina varias de las medidas recomendadas nacional e internacionalmente, en una estrategia global de prevención cuyo fundamento principal es la disminución de las condiciones de vulnerabilidad y promoción del desarrollo de las y los jóvenes en contextos de desplazamiento.

La estrategia de prevención incluye los siguientes componentes:

- Fortalecimiento del *trabajo intersectorial*, especialmente entre los sectores salud y educación, con énfasis en acciones conjuntas de promoción de la salud –incluyendo la salud sexual y salud reproductiva– y en el ámbito de la atención primaria de la salud y la creación de entornos escolares saludables.
- Fortalecimiento de la *capacidad de respuesta del sector educativo*, especialmente en los aspectos relacionados con la inclusión del componente de educación para la sexualidad en los Proyectos Educativos Institucionales, PEI, y el fortalecimiento de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.

79 Ministerio de Protección Social y ONUSIDA (2004). Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/Sida. Colombia 2004-2007. Bogotá, D., C.

80 El texto completo del Plan Intersectorial se incluye como material de apoyo en la Caja de Herramientas.

- Promoción y fortalecimiento de la oferta local de *servicios de salud sexual y salud reproductiva para jóvenes*, con énfasis en:
  - Promoción local o fortalecimiento de servicios amigables en salud sexual y salud reproductiva con las y los jóvenes.
  - Acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad humana, salud sexual y salud reproductiva, métodos de anticoncepción y disminución del riesgo de infección por el VIH.
  - Detección y tratamiento oportuno de infecciones de transmisión sexual.
  - Prevención de la transmisión madre a hijo de VIH.
- Atención *integral de las personas viviendo con el VIH y Sida*, con énfasis en:
  - Difusión y protección de los derechos de las personas viviendo con el VIH y Sida.
  - Consejería pre y postprueba voluntaria.
  - Promoción del fortalecimiento de la red de atención integral de personas viviendo con VIH/Sida
  - Provisión de medicamentos antirretrovirales.
  - Seguimiento farmacológico de las personas en terapia antirretroviral.
  - Información para el cuidado en casa de las personas que viven o conviven con el VIH/Sida.
- Estrategias orientadas a la *disminución de la vulnerabilidad social* de la población joven en contextos de desplazamiento:
  - Fortalecimiento de las políticas públicas y planes municipales de atención integral a la población desplazada.
  - Promoción de la protección de los Derechos Humanos, incluidos los sexuales y reproductivos.
  - Promoción del acceso a servicios de salud y educación.
  - Diseño, puesta en marcha y evaluación de proyectos de emprendimiento juvenil de desarrollo social, económico y cultural.



# ALTERNATIVAS FACTIBLES Y EXITOSAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN JÓVENES, EN EL CONTEXTO DE UN EJERCICIO LIBRE, SEGURO Y PLACENTERO DE LA SEXUALIDAD

## Postergar las relaciones sexuales: una opción de vida

Podemos establecer la siguiente información como base de la discusión:



- La gente joven inicia su vida sexual activa a una edad cada vez más temprana.
- La fecundidad en las mujeres adolescentes y jóvenes ha aumentado y es mayor en las jóvenes en contextos de desplazamiento.
- En la mayoría de casos de embarazos en adolescentes y jóvenes, éste no es el resultado esperado. No obstante, no todos los embarazos en adolescentes y jóvenes son inesperados.
- El embarazo en adolescentes y jóvenes, especialmente en contextos de vulnerabilidad social, se asocia con una gama de problemas de salud, económicos, sociales y educativos.
- El embarazo no tiene por qué ser el resultado inevitable de la vivencia placentera, libre y saludable de la sexualidad.
- Es fundamental educar a la gente joven para que analice las ventajas, desventajas y razones para postergar el inicio de las relaciones sexuales.

Resulta claro que a la luz de la información científica disponible sobre embarazo en adolescentes y jóvenes, es deseable que las y los jóvenes no inicien las relaciones sexuales a una edad tan temprana. No obstante, el objetivo final es que si deciden hacerlo, lo hagan en las mejores condiciones posibles para que no corran riesgos inaceptables.

Iniciar o no la vida sexual activa es una decisión personal que no depende sólo de información y conocimientos. También se relaciona con cualidades personales como autoestima y autonomía y destrezas como la capacidad de tomar decisiones, pensar de manera crítica, comunicarse y relacionarse asertivamente<sup>81</sup> o conocerse a sí mismo.

El o la adolescente en el conflicto sobre tener o no relaciones sexuales, fácilmente puede perder de vista la decisión más importante que necesita tomar: *abstenerse de iniciar su vida sexual activa o usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no esperado.*

81 En este contexto, asertividad se refiere a la capacidad de expresar con firmeza, pero sin agredir a las demás personas, lo que pensamos, sentimos o necesitamos en cada momento determinado. La capacidad para “decir no” o para solicitar ayuda en momentos de necesidad, también son dimensiones de la comunicación asertiva o efectiva.

En el trabajo educativo con jóvenes en relación con la posibilidad de abstenerse de iniciar las relaciones sexuales o usar métodos de protección, siempre es necesario conocer sus imaginarios sobre el embarazo adolescente. Diversos estudios han mostrado, por ejemplo, que muchos jóvenes perciben en el embarazo temprano ganancias secundarias como la posibilidad de aumentar su condición –estatus– social, asegurar un futuro, o persuadir a la pareja a la unión, etc. A la luz del contexto en el que los jóvenes se desarrollan y de su propia percepción del futuro y oportunidades, puede ser que las alternativas sean limitadas y que el embarazo y la unión constituyan una clara salida para resolver su futuro.

Es necesario que los padres y las madres de familia, los programas escolares de educación para la sexualidad y los de promoción de la salud sexual y salud reproductiva, eduquen a la población joven para que analice las ventajas y desventajas de postergar el inicio de las relaciones sexuales y consideren que ésta también es una alternativa posible y una opción de vida.

## El uso del condón como doble protección

El *uso correcto y consistente de condones* para hombres y mujeres es un componente esencial de las acciones de prevención entre la población sexualmente activa. Se puede fomentar el uso de condones para la *protección contra el embarazo no deseado y contra ITS, así como contra el VIH –protección doble–*. Es igualmente importante informar a las personas que los métodos anticonceptivos que no son de barrera no previenen la transmisión del VIH.

Promover el uso de condones requiere *comprender las necesidades y preferencias de las personas, así como el ámbito social y cultural de las comunidades*.

Las barreras para su uso son múltiples y están relacionadas con la dificultad en el acceso a los mismos y las significaciones y representaciones sociales, entre otros factores. Diversos estudios señalan que entre los jóvenes el condón está altamente estigmatizado, pues se asocia en muchas ocasiones con un "síntoma de enfermedad" o con llevar "una vida sexual desordenada".

Es importante que los agentes educativos se familiaricen primero con estas actividades antes de realizarlas con los jóvenes y que tengan la posibilidad y recursos necesarios para hacer demostraciones prácticas, las cuales también son bastante efectivas en el trabajo con personas adultas.

## Prevención de la transmisión madre a hijo

El enfoque recomendado internacionalmente incluye:



- Prevención primaria de la infección por VIH en las personas que estén contemplando la posibilidad de tener hijos;
- Prevención de embarazos no deseados en mujeres viviendo con el VIH;
- Prevención de la transmisión madre-hijo durante la gestación, trabajo de parto, parto y lactancia materna; y
- Atención y tratamiento de las madres viviendo con el VIH, en el contexto de la transmisión vertical.

### ¿Previenen los tratamientos antirretrovirales la transmisión vertical?

- No completamente. Algunos estudios han demostrado que la eficacia del efecto protector de varios esquemas terapéuticos disminuye cuando los bebés continúan expuestos al VIH a través de la lactancia materna. Todavía se requiere mucha más investigación para mejorar la seguridad de la lactancia materna en los bebés de madres viviendo con el VIH.
- La prevención de la transmisión vertical implica mucho más que el tratamiento con antirretrovirales. La consejería y realización de pruebas voluntarias son fundamentales pues brindan: (a) información y apoyo para evitar la infección en mujeres en edad fértil; y (b) asesoría y apoyo a las mujeres viviendo con el VIH para que tengan acceso a estrategias de prevención de la transmisión vertical.
- La información disponible actualmente sugiere que los esquemas breves de terapia antirretroviral no tienen efectos adversos en la salud materna, el crecimiento o desa-

rollo infantil, o la salud de los bebés infectados a pesar de la profilaxis. El único riesgo posible para la madre es la anemia, por lo que es necesario garantizar que toda mujer gestante que recibe tratamiento con medicamentos antirretrovirales tenga acceso a control prenatal periódico.





# Herramientas pedagógicas para temas fundamentales sobre el VIH y el Sida

Leonardo Mantilla  
Consultor externo PFMC-OIM

## INTRODUCCIÓN

En el trabajo de educación para la salud con la comunidad, es fundamental que el *agente educativo*<sup>82</sup> facilite u organice los elementos de un proceso o acto educativo que posibilite una relación de negociación cultural a partir del encuentro de diversas lógicas, percepciones y visiones, de tal manera que los productos colectivos resultantes tengan sentido y unicidad práctica para cada participante en el proceso.

Desde el enfoque de la educación popular<sup>83</sup>, la actividad educativa construye puentes entre las imágenes, saberes previos, patrones y elementos culturales, representaciones y símbolos, es decir, entre la estructura previa con la que llegan los protagonistas del proceso –los

82 En el contexto de las acciones de Atención Primaria de la Salud, APS, o promoción de la salud, al hablar de «agente educativo» nos estamos refiriendo en general a todas aquellas personas que trabajan directamente con la comunidad en acciones de información, comunicación y educación para la salud, como por ejemplo, promotoras(es) de salud, líderes comunitarios, jóvenes que trabajan con otros jóvenes, trabajadores de organizaciones de base comunitaria, etc.

83 Los elementos de educación popular de esta Introducción, se apoyan principalmente en el enfoque de la misma de Marco Raúl Mejía y Myriam Inés Awad, expuestos en su libro, *Educación popular hoy. En tiempos de globalización*, Bogotá, D., C., Ediciones Aurora, 2003.



sujetos de la acción educativa, el facilitador y las propias organizaciones en que se inscribe el proceso educativo– y el pensamiento formalizado de tipo académico o científico.

Todo acto educativo supone una *relación de encuentro* entre diferentes lógicas, percepciones, visiones, experiencias y maneras de sentir que constituyen no sólo la base del proceso sino también el insumo desde el cual y sobre el cual se reconceptualiza, recontextualiza y reconstruye las nuevas ideas o conceptos.

La construcción colectiva de saberes y conocimientos –base de un verdadero proceso de empoderamiento individual y comunitario– presupone una serie de elementos implícitos en dicho proceso:

- **CULTURA:** la visión del mundo y la manera de inscribirse y actuar en él están mediadas por las particularidades culturales de las regiones de procedencia de quienes participan en el proceso educativo. La cultura propone modelos para la vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como modelos de masculinidad y feminidad que influyen en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. La cultura se aprende por estímulos provenientes de diferentes fuentes: la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, el vecindario, los amigos y amigas. Todos ellos transmiten, reproducen o cuestionan los modelos culturales hegemónicos de vivencia de la sexualidad y de otras esferas de la cotidianidad.
- **INDIVIDUALIDAD:** a la especificidad cultural y de contexto se suman las particularidades individuales fruto de cada historia de vida, que hacen que en la relación educativa se comprendan más algunos elementos que otros. Así, hay sujetos con mayor posibilidad para memorizar, otros para argumentar, para interactuar, para compartir experiencias de la vida o para manifestar afecto.
- **REPRESENTACIÓN:** las personas interpretan su realidad de modo diferente, lo que sumado a los elementos anteriores, hace que los términos del intercambio educativo sean múltiples. El aprendizaje efectivo y con sentido sólo es posible en el momento en el que puede establecerse ese puente de interés y de posibilidad pragmática entre quienes participan en el proceso.
- **SIMBOLIZACIÓN:** los resultados de la acción educativa están en relación con aspectos que en el mundo de la práctica tienen significado y sentido. La posibilidad de cambio,


de transformación y de resignificación se da en los aspectos en los que la simbolización es posible.

Las distintas personas y grupos humanos también se acercan a la comprensión de las situaciones relacionadas con el VIH/Sida desde sus historias de vida y contextos sociales. Las ideas y conceptos sobre el VIH/Sida varían de una cultura a otra, tanto sobre la forma como se transmite el virus –por ejemplo, por la picadura de un mosquito o por compartir alimentos con alguien viviendo con el VIH o Sida–, como sobre la manera en que puede evitarse o "curarse" –por ejemplo, teniendo relaciones sexuales con una joven que es virgen–.

Encuestas realizadas en cuarenta países indican que más de 50 por ciento de la población joven – quince a veinticuatro años de edad– tiene algunas ideas o conceptos sobre la forma como se transmite el VIH y el Sida que pueden aumentar su vulnerabilidad al riesgo de infección.

En Colombia, una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación con el VIH y el Sida realizada en una población de más de mil setecientos jóvenes desplazados y en condiciones de vulnerabilidad, entre diez y veinticuatro años de edad, en barrios marginales de Montería<sup>84</sup>, entre otras cosas reveló que 30 por ciento de quienes respondieron la encuesta consideraba que el VIH puede transmitirse por la picadura de un mosquito; y entre 36,8 y 40,5 por ciento no tenía conocimiento de la transmisión por la leche materna.

El presente capítulo se centra en temas relacionados con la prevención de la infección por el VIH/Sida:

- 
- Una exploración inicial sobre imaginarios sociales y colectivos sobre el VIH y el Sida.
  - Vulnerabilidad, VIH y Sida.
  - Mecanismos de transmisión del VIH/Sida.
  - Fundamentos de prevención del VIH y el Sida.

La revisión de aspectos conceptuales no se presenta aislada de la propuesta metodológica, por considerar que facilitará el trabajo de las Entidades Ejecutoras con los trabajadores de la salud y otros agentes educativos, y de estos con otros grupos de población en las Unidades Base de Acción, UBA, en cada municipio.

En otras palabras, las Entidades Ejecutoras podrán usar el material de este capítulo como base para el trabajo de formación y actualización de las y los trabajadores(as) de la salud y otros agentes educativos en los temas propuestos. Así mismo, los agentes educativos podrán usar el material, con mayores o menores adaptaciones, como recurso para su trabajo directo en la comunidad, especialmente con la población joven.

## **MOMENTO 1. ¿Qué pensamos y qué sabemos sobre el VIH y el Sida?**

### **Exploración inicial de imaginarios sociales y colectivos**

Esta sesión se propone como un primer espacio de diálogo e intercambio de ideas, conceptos y opiniones sobre el VIH y el Sida, durante la cual, el facilitador se aproxima de manera respetuosa al universo de conocimientos, representaciones y saberes previos del grupo, como punto de partida de un proceso de *construcción colectiva de nuevos saberes* sobre el tema.

En las comunidades son frecuentes algunas ideas o conceptos sobre el VIH/Sida, que responden a contextos específicos pero pueden no estar comprobados científicamente. La re-conceptualización y resignificación contribuye a disminuir la vulnerabilidad individual y colectiva al riesgo de infección, además que brinda la oportunidad de comprender las características específicas del grupo con el que se está trabajando.

84 Organización Internacional para las Migraciones (2004). Salud Sexual y Reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida en jóvenes de diez a veinticuatro años de una ciudad receptora de población desplazada. Montería, Colombia 2003. Bogotá, D. C.: OIM.

Para el desarrollo de esta sesión, se han seleccionado algunas de tales ideas o conceptos en relación con diversos aspectos del VIH y el Sida, a manera de ejemplo, por considerarlos característicos.



Recuerde: en el trabajo directo con la comunidad, es importante que usted siempre trate de *incluir aquellas ideas o conceptos que son más frecuentes en esa comunidad en particular*, con base en la información y conocimiento que haya obtenido a partir del análisis de situación inicial.

Esta unidad también pretende transmitir o reforzar el siguiente mensaje que consideramos de vital importancia: el Sida es una prioridad de salud pública en Colombia y en el mundo y, por lo tanto, todas y todos tenemos el poder y la capacidad de hacer algo al respecto.

### **Duración**

Dos (2) horas aproximadamente.

### **Objetivos**

Se espera que al final de la sesión, el grupo de participantes:

- Reconozca la diversidad de ideas y conceptos sobre el VIH y el Sida que prevalecen en distintos ámbitos de su comunidad, y sea capaz de diferenciarlos de los conceptos científicos sobre el tema.
- Tenga mayor información sobre la gravedad del problema del VIH y el Sida en su comunidad y reconozca la importancia de su participación y compromiso activos en la prevención del mismo.

### **Materiales**

- Cinta de enmascarar.
- Dos letreros grandes con las palabras "CIERTO" y "NO CIERTO", los que se dispondrán en un lugar visible de la pared, el tablero, un papelógrafo o el piso.
- Una bolsa de papel, plástico o tela.
- Tarjetas de cartulina –al estilo de las que se usan para fichas bibliográficas– o trozos de papel, en donde se han escrito los siguientes mensajes –uno por tarjeta–:

### **Mensajes no ciertos**

1. Sólo las personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo –por ejemplo, hombres que tienen relaciones con otros hombres– tienen riesgo de infectarse con el VIH. Como yo no soy así, no tengo de qué preocuparme.
2. Uno siempre puede darse cuenta si alguien está infectado con el VIH.
3. Sólo quienes tienen relaciones sexuales con muchas parejas distintas tienen riesgo de infectarse con el VIH. Yo no me acuesto con casi nadie, así que creo que no corro mayor riesgo.
4. Si usted tiene un resultado negativo en una prueba reciente para el VIH, entonces puede estar tranquilo y tener relaciones sexuales sin protección.
5. VIH y Sida son la misma cosa.
6. Si al fin de cuentas todo el mundo que tiene Sida se muere, es preferible no saber que se está infectado con el VIH.

7. Otro(s): incluya aquí un mensaje NO CIERTO sobre el VIH o el Sida que usted considere es bastante frecuente en la comunidad o población con la que está trabajando. Por ejemplo: "Comer del mismo plato de una persona que vive con el VIH implica un riesgo de infección"<sup>85</sup>.

### Mensajes ciertos

1. Los fluidos corporales que pueden tener una concentración alta de virus del VIH son el semen, la sangre, las secreciones vaginales y la leche materna.
2. Aunque actualmente se dispone de alternativas de tratamiento para disminuir el avance del Sida, éste sigue siendo incurable.
3. Es posible infectarse con el VIH durante el sexo oral.
4. Aunque la infección por el VIH constituye un riesgo para cualquier persona, las mujeres y las jóvenes son más vulnerables social y culturalmente a dicha infección.
5. Hay una relación directa entre el consumo de sustancias psicoactivas –alcohol, marihuana, etc– y el riesgo de infección por el VIH.
6. El uso del condón es un método efectivo para prevenir la infección por el VIH.
7. Otro(s): incluya aquí un mensaje cierto sobre el VIH o el Sida frecuente en su comunidad.

### Desarrollo de la sesión

Invite a cada participante para que saque una tarjeta de la bolsa y la lea en silencio –las tarjetas pueden tener dos tipos de información: ideas comprobadas o no comprobadas sobre el VIH y el Sida–. Después de hacerlo, deberá pegar la tarjeta en la sección de la pared –el tablero, el piso o el papelógrafo– que corresponde a CIERTO o NO CIERTO, de acuerdo a lo que considere para cada caso.

Una vez que todas las personas hayan leído y distribuido sus tarjetas en las dos categorías mencionadas, invite al grupo a sentarse alrededor del panel de tarjetas. Solicite que cada persona, por turno, lea en voz alta sus respectivas tarjetas y que el grupo exprese su opinión sobre la asignación de las mismas. ¿Están de acuerdo? ¿Hay discrepancias o dudas? Estimule la participación activa y el intercambio de opiniones entre todas las personas. Quien esté facilitando la sesión estará atento a clarificar cualquier duda y ampliar algunos conceptos.

### Información complementaria sobre los mensajes NO CIERTO

1. ESTA AFIRMACIÓN NO ES CIERTA: cualquier persona que tenga prácticas sexuales no protegidas, sin importar su orientación sexual, credo, etnia, posición social o económica, puede infectarse con el VIH, así como quienes se inyectan sustancias psicoactivas por vía intravenosa y para hacerlo comparten equipos o usan agujas o jeringas sin esterilizar.
2. NO CIERTO: las personas infectadas con el VIH pueden verse y sentirse perfectamente saludables, ya que el virus puede vivir en el organismo humano mucho tiempo sin ocasionar síntomas. Muchas personas pueden estar infectadas con el VIH, sin saberlo, e infectar a otras así no estén presentando síntomas.

85 La "Encuesta sobre Sexualidad y Salud", aplicada a una población de más de mil setecientos jóvenes desplazados(as) y vulnerables de diez a veinticuatro años de edad en el municipio de Montería, como parte del piloto financiado por el Proyecto del Fondo Mundial en Colombia<sup>84</sup>, reveló que 61,4 por ciento de la población joven encuestada no compraría comida a un tendero viviendo con VIH; 49,5 por ciento no comería del mismo plato de una persona viviendo con el VIH; 33,8 por ciento declararía insubistente a un docente viviendo con el VIH; 24,1 por ciento expulsaría a un estudiante viviendo con el VIH; y 17,2 por ciento no cuidaría a un familiar que resultara infectado por el virus.

La mayoría de personas viviendo con VIH, que no reciben tratamiento adecuado, desarrollan síntomas de Sida después de ocho a diez años. Este tiempo puede ser menor en las personas que se infectan durante una transfusión sanguínea, que han tenido múltiples exposiciones al virus o que tenían estados graves de desnutrición durante el periodo previo a desarrollar el Sida. Los síntomas casi siempre aparecen cuando disminuye el recuento de células de defensa –linfocitos T4 menores que 200/mm<sup>3</sup>–.

3. ESTO NO ES CIERTO: no es necesario tener muchas parejas sexuales para resultar infectado. Las personas que tienen relaciones sexuales sin protección y con múltiples parejas corren el mayor riesgo de infección. No obstante, muchas personas resultan infectadas con el VIH después de haber tenido una sola relación sexual sin protección con una persona que estaba infectada. Muchas de las mujeres reportadas como casos de Sida en Colombia, han informado que su única pareja sexual ha sido su pareja estable.

Incluso las personas que sólo tienen relaciones sexuales con su pareja de toda la vida pueden infectarse, en los casos en que él o ella tienen prácticas sexuales sin protección adecuada con otras personas, o se inyecta sustancias psicoactivas, sin que lo sepa su compañero.

Las siguientes son otras situaciones de riesgo para adquirir la infección:

- Muchas mujeres, niños y jóvenes son infectados como consecuencia de actos de abuso sexual. Es improbable que los abusadores usen condón, y los cortes y heridas producto de una relación sexual forzada aumentan la posibilidad de infección por el VIH y otras ITS.
- Los bebés que nacen de madres viviendo con VIH que no reciben tratamiento pueden infectarse –transmisión madre a hijo– antes de nacer, durante el trabajo de parto y parto o a través de la leche materna.
- También es posible infectarse a través del contacto no protegido con sangre infectada en heridas abiertas o por punción, como por ejemplo, agujas contaminadas –tatuajes, equipos para inyección de sustancias por vía intravenosa– o cuchillas o navajas de afeitar.

4. NO CIERTO: incluso si una prueba reciente fue negativa, la persona corre el riesgo de infectarse siempre que tenga relaciones sexuales sin protección. Recuerde que un resultado negativo puede significar que la persona no ha sido infectada con el VIH o que la infección es tan reciente que todavía no es posible detectar anticuerpos en la sangre.

La *ventana inmunológica* se refiere al periodo de tiempo durante el cual es posible que pacientes infectados con el VIH no tengan resultados positivos en las pruebas para detectar anticuerpos contra el virus. Generalmente se limita a las primeras dos a seis semanas después de la infección, pero para tener un mayor margen de seguridad se ha establecido un periodo de tres meses. En casos excepcionales, la *ventana* puede extenderse hasta seis o doce meses<sup>86</sup>.

86 Family Health International (2003). HIV/AIDS Care and Treatment. A Clinical Course for People Caring for Persons Living with HIV/AIDS. Arlington (Estados Unidos de Norteamérica): Institute for HIV/AIDS.

5. **NO ES CIERTO:** el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, es un virus que ataca el sistema inmunológico y disminuye las defensas del organismo frente a todas las enfermedades. Se llama Sida –Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida– al síndrome o conjunto de síntomas y signos clínicos que presentan las personas que han sido infectadas con el VIH, después de varios años de evolución de la infección, y como consecuencia del daño en el sistema inmunológico ocasionado por el virus. Las personas infectadas con el VIH pueden vivir durante muchos años sin desarrollar el Sida.
6. **NO ES CIERTO:** aunque algunas personas consideran que saber que están infectadas con el VIH es una carga insoportable, la realidad es que saberlo puede prolongar la vida y la calidad de la misma si se accede oportunamente al tratamiento emocional y farmacológico adecuado. Nueve de cada diez personas que viven con el VIH/Sida no saben que están infectadas.

Los estudios demuestran que los jóvenes tienen interés en conocer su estado serológico con respecto al VIH<sup>87</sup>.

El uso de combinaciones de tres o más medicamentos antirretrovirales, ha disminuido la morbilidad y mortalidad asociadas con el Sida desde 1996, en los países donde dichos medicamentos se encuentran disponibles.

Si bien la terapia antirretroviral no cura el Sida, les permite a las personas infectadas vivir durante más tiempo, más saludables y productivos, al reducir el número de virus y aumentar el número de células de defensa –linfocitos T4–<sup>88</sup>.

### Información complementaria sobre los mensajes CIERTOS

1. **ESTA AFIRMACIÓN ES VERDADERA:** solamente podemos contraer el VIH si penetran en nuestro organismo fluidos y secreciones corporales de una persona infectada tales como semen, sangre, secreciones vaginales o leche materna. Algunos investigadores llaman a dichos fluidos puertas de salida, es decir, secreciones o fluidos corporales en los cuales el virus está alojado y que, al salir de nuestro cuerpo, pueden entrar en contacto con las puertas de entrada de otra persona a través de una vía de transmisión<sup>89</sup>.

El VIH no se transmite por medio del sudor, la orina, las lágrimas, la materia fecal, etc.; ya que en éstas la presencia del virus es mínima o no existe.

2. **CIERTO:** aunque existen tratamientos con medicamentos antirretrovirales para disminuir el avance de la infección, o medicamentos para el tratamiento y prevención de las infecciones oportunistas<sup>90</sup>, desafortunadamente el Sida es incurable.
3. **ES VERDAD:** se han reportado casos de transmisión del VIH como consecuencia de practicar el sexo oral con una persona infectada. El riesgo aumenta si:
- Su compañero eyacula dentro de su boca.
  - Usted tiene heridas o cortaduras alrededor de la boca, en ella o en la garganta.
  - Su pareja tiene otra infección de transmisión sexual.

87 UNICEF, ONUSIDA Y OMS (2002). Los jóvenes y el VIH/Sida. Una oportunidad en un momento crucial.

88 UNAIDS (2004). Questions & Answers III: Selected issues: prevention and care.

89 Velandia, M. A. (2002). Manual de consejería pre y postprueba en VIH/Sida. Bogotá, DC: Ministerio de Salud.

90 Infecciones producidas por microorganismos que se comportan como patógenos en las personas cuyos sistemas inmunológicos están afectados, como por ejemplo, personas viviendo con el VIH y Sida, bebés prematuros, ancianos o personas con procesos hematológicos –leucemia–, alteraciones patológicas –Sida– o medicamentosas de la inmunidad.

Si bien se desconoce con exactitud el grado de riesgo que representa, la información disponible sugiere que el riesgo es menor que en los casos de relaciones vaginales o anales sin protección.

4. LAS MUJERES SON PARTICULARMENTE VULNERABLES social y biológicamente a la infección por el VIH y necesitan información y habilidades para protegerse y proteger a sus hijos. Existen factores biológicos como una mayor superficie mucosa que sirve como puerta de entrada al virus, en comparación con los hombres.

También hay factores *socioculturales* como los factores asociados con el rol de género que dificultan o impiden que las mujeres participen en decisiones relacionadas con su vida sexual y su salud reproductiva.

El riesgo de transmisión hombre-mujer es mayor en el caso de las mujeres menores de dieciséis años, en comparación con el riesgo en mujeres mayores antes de la menopausia, quizá como consecuencia de una mayor vulnerabilidad biológica asociada con inmadurez del tracto genital.

5. CIERTO: el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas se asocia con un mayor riesgo de infección por el VIH mediante distintos mecanismos.

En primer lugar, hay una relación entre el uso de sustancias psicoactivas y la sexualidad: se altera la intensidad del deseo sexual entre un incremento producido por el bazuco y una disminución producida por los opiáceos y ocasionalmente por la marihuana.

El uso de psicoactivos influye en que las personas no adopten medidas de protección, en la pobre negociación para el uso de métodos de barrera y en la disminución de la percepción del riesgo personal. Así mismo, el consumo de psicoactivos puede estar asociado con ciertos estilos de vida –tipo de pareja y clase de encuentros sexuales–, normatividad social permisiva, sitios de consecución y consumo de drogas, circunstancias de consumo y factores económicos que lo influyen. Todos estos elementos pueden asociarse con un incremento en el riesgo de transmisión del VIH.

También puede aumentar la actividad sexual sin protección por la necesidad económica para consecución de las drogas<sup>91</sup>.

6. CIERTO: el método más efectivo es la abstinencia, pero si una persona es sexualmente activa, el uso adecuado del condón es efectivo para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, además de evitar embarazos inesperados.

Uso adecuado del condón quiere decir, entre otras cosas: usar condones que se han guardado en lugares oscuros y frescos –no en la billetera o en sitios expuestos directamente a la luz solar–; manipular el condón con cuidado para evitar dañarlo con las uñas o anillos; colocarse el condón inmediatamente se tiene la erección; dejar un espacio libre, sin aire, en la punta del condón al colocárselo; no usar lubricantes como vaselina porque aumentan el riesgo de ruptura del condón; retirar el pene inmediatamente después de la eyaculación; y cambiar de condón para cada relación.

91 ONUSIDA y Ministerio de Salud de Colombia (1999). Infección por VIH y Sida en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Bogotá, D. C.

### Cierre de la sesión

Para finalizar la sesión, puede facilitarse una discusión plenaria con base en algunas preguntas como las siguientes:

- ¿Qué otras cosas han escuchado en la comunidad, especialmente en sus lugares de trabajo, sobre el VIH o el Sida y que consideren no están comprobadas científicamente?
- ¿Cómo ha afectado el problema del VIH/Sida a su comunidad, en especial a la gente joven?
- ¿Hay alguna diferencia en el impacto que tiene la infección por el VIH o el Sida en los hombres y en las mujeres? ¿Por qué?
- ¿Cómo se sintieron durante esta actividad? ¿Qué aprendieron? ¿Qué fue lo que más y lo que menos les gustó y por qué?
- Si fueran a desarrollar esta sesión con niñas, niños o jóvenes, ¿qué modificaciones en la metodología o el contenido considerarían pertinentes hacer?



Recuerde: Asegúrese de tomar nota y conservar las principales ideas y conclusiones de cada sesión que facilite, ya que podrá usarlas para enriquecer las siguientes. Al hacerlo, podrá ir documentando una gran variedad de ideas o conceptos frecuentes en la comunidad y en distintos segmentos de la población, por ejemplo: ¿Cuáles son más frecuentes en la población de jóvenes? ¿Hay diferencias entre las de mujeres y hombres? ¿Cuáles son los imaginarios característicos de niñas, niños y adolescentes y jóvenes? ¿Qué piensa el personal docente en comparación con los prestadores de servicios de salud?

## MOMENTO 2. Vulnerabilidad, VIH y Sida

### Introducción

El concepto clásico de grupos de riesgo, predominante en el estudio y en la respuesta global durante la primera década de la pandemia del VIH/Sida, ha perdido su valor. En la actualidad, se considera que la mayoría de la población tiene algún grado de vulnerabilidad frente a la infección

por el VIH y el Sida, aunque existen individuos con una mayor vulnerabilidad que otros, debido a la interacción de una diversidad de factores.

La condición de vulnerabilidad, resultante de factores personales y sociales, aumenta el riesgo de infección al VIH. Algunos de estos factores incluyen, entre otros: pobreza, desempleo, analfabetismo, desigualdades e inequidad de géneros, falta de información y acceso oportuno a servicios, y violación de los Derechos Humanos.

En consecuencia, las estrategias de prevención del VIH/Sida no pueden centrarse en la modificación de comportamientos individuales; deben tener en cuenta los factores que aumentan la vulnerabilidad. La adopción de un enfoque cultural significa que las referencias y los recursos culturales de una población –estilos de vida, sistemas de valores, tradiciones, creencias y Derechos Humanos fundamentales– se consideran referentes clave para la elaboración de un marco que integre las estrategias y la planificación de proyectos.

La lógica con que está programada esta sesión implica el desarrollo secuencial de los siguientes temas: el concepto de vulnerabilidad en general; la aplicación del mismo al campo específico de la infección por VIH/Sida; el análisis de factores personales y sociales que aumentan la vulnerabilidad de algunos individuos en Colombia frente al VIH/Sida; y la discusión de los factores de mayor vulnerabilidad en los jóvenes en contextos de desplazamiento.



### **Duración**

Dos horas y media aproximadamente.

### **Objetivos**

Se espera que al final de la sesión, el grupo de participantes:

- Haya actualizado sus conocimientos sobre el concepto de vulnerabilidad en general, y su aplicación al campo específico de la infección por el VIH/Sida.
- Recuerde cuando menos seis tipos de individuos que tienen una mayor vulnerabilidad frente al VIH/Sida en Colombia.
- Pueda mencionar al menos cinco factores personales y sociales que aumentan la vulnerabilidad frente al VIH/Sida de las mujeres en edad reproductiva, los adolescentes y jóvenes, las personas viviendo con el VIH/Sida, los hombres que tienen sexo con hombres y los niños y niñas.
- Tenga una mayor comprensión de los distintos factores personales y sociales que aumentan la vulnerabilidad de la población joven que vive en contextos de desplazamiento y que serán sujetos de las acciones del Proyecto del Fondo Mundial.

### **Materiales**

Materiales como papel periódico y de colores, tijeras, pegante y pinturas que sirvan para facilitar las presentaciones dinámicas previstas en esta sesión.

### **Desarrollo de la sesión**

#### **Subtema 1. El concepto de vulnerabilidad**

### **Duración**

Treinta minutos

### **Desarrollo del subtema**

3. Haga una breve introducción sobre el tema general de esta sesión y estimule un clima agradable.

4. Invite al grupo a participar inicialmente en una lluvia de ideas sobre el concepto de *vulnerabilidad* en general –puede escribir la palabra en el centro del tablero o papelógrafo, para que el tema central de la discusión sea visible para todos– y luego sobre la *aplicación del mismo a la infección por el VIH/Sida*. ¿Qué sabe el grupo sobre vulnerabilidad? ¿Qué les dice esta palabra? Amplíe los conceptos y conocimientos del grupo con base en la siguiente información complementaria:



¿Qué es vulnerabilidad?

Más importante que las definiciones, es comprender el significado del concepto. Vulnerabilidad es la cualidad de ser vulnerable, término que proviene del latín *vulnerabilis*, es decir, susceptible de ser herido o vulnerado, en cualquier acepción, de recibir un daño o perjuicio, o de ser afectado<sup>92</sup>. En pocas palabras, vulnerabilidad se refiere a la posibilidad de ser herido o lastimado.

Es necesario enfatizar tres aspectos importantes de la condición de vulnerabilidad: primero, la dimensión que tiene de *posibilidad o potencial*, ya que es lo que permite intervenir por anticipado para prevenir o evitar que suceda el daño o mitigarlo.

En segundo lugar, la vulnerabilidad puede ser particular o social y desde esta óptica puede definirse como las condiciones que particular y socialmente tienen las personas y que incrementan su probabilidad de verse afectadas.

Finalmente, la vulnerabilidad *no es una condición o característica estática* sino dinámica y cambiante, dependiendo de la modificación de los factores que la originaron en primer lugar. En otras palabras, la vulnerabilidad de una persona o un grupo humano puede aumentar o disminuir en respuesta a los cambios en los contextos específicos.



¿Qué significa vulnerabilidad frente a la infección por el VIH/Sida?

En el contexto específico de la infección por el VIH/Sida, podemos entender el concepto de vulnerabilidad como el resultado de la interacción de múltiples factores personales y sociales que limitan la capacidad de la persona para ejercer control sobre su propia salud y evitar el riesgo de infección por el VIH<sup>93</sup>.

5. Facilite una lluvia de ideas sobre los factores personales y sociales –u otros que el grupo estime pertinentes– que consideran importantes en la determinación del grado de vulnerabilidad de una persona, en un momento determinado, frente al riesgo de infección por el VIH.

92 Moliner, María (1998). Diccionario de uso del español (segunda edición). Madrid, Editorial Gredos, S.A.

93 United Nations Development Programme, UNDP (2004). Mapping made easy. A guide to understanding and responding to HIV vulnerability. Bangkok: UNDP.

Algunos ejemplos:

*Personales:* desarrollo físico y mental; género; orientación sexual; factores cognitivos como el conocimiento sobre la sexualidad humana, la capacidad para percibir el riesgo y comprender la información necesaria para disminuirlos; factores de actitud como emociones y sentimientos sobre las situaciones, sobre sí mismos y sobre las demás personas, y factores del comportamiento –cómo se comportan las personas y qué hacen, dependiendo de lo que saben y sienten–.

*Sociales:* en esta categoría se incluyen factores sociales, culturales, económicos o políticos que limitan a la personas para optar por comportamientos saludables, como por ejemplo: discriminación y marginalización de ciertos grupos poblacionales por razón de su etnia, raza, género y orientación sexual; falta de oportunidades educativas, laborales o económicas; roles de género; modelos de desarrollo que fomentan las desigualdades e inequidad en el acceso a los beneficios del desarrollo social; falta de compromiso político con la promoción y protección de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales.

También se incluyen las contribuciones de las políticas y programas específicamente orientados a la prevención del VIH/Sida, que de una u otra forma aumentan o disminuyen la vulnerabilidad frente a la infección, como por ejemplo: programas de información, educación y comunicación para la salud; servicios de salud, especialmente de salud sexual y salud reproductiva, y educación, o programas de promoción y protección de los Derechos Humanos, especialmente de los grupos más vulnerables.

6. Pregunte al grupo ¿por qué una persona se puede infectar?

Una persona vulnerable puede o no infectarse, dependiendo de los comportamientos de protección, saludables o de riesgo que adopte y los factores sociales y del entorno que determinan su vulnerabilidad en un momento determinado.

7. Promueva la discusión de ¿por qué una persona en situación de desplazamiento es vulnerable.

En el caso de los jóvenes en contexto de desplazamiento, la pobreza y falta de oportunidades son factores que determinan una condición de mayor vulnerabilidad en general. En este contexto de vulnerabilidad social, el comercio sexual puede surgir como una alternativa de supervivencia, y la violencia sexual a los menores y las mujeres como una condición relacionada con las condiciones de hacinamiento, machismo y relaciones de género desiguales. Si a estos factores se suman la falta de información y destrezas en salud, al joven o a la joven puede resultarle imposible negociar condiciones para una práctica sexual segura, como por ejemplo, relaciones no penetrativas o el uso apropiado del condón.

### Cierre del subtema

Para concluir se debe resaltar por qué es importante el concepto de vulnerabilidad.

- Pensar en términos de vulnerabilidad permite ir más allá de la simple respuesta frente a los comportamientos individuales de riesgo, que no son la verdadera causa del problema sino el resultado final de la interacción de los distintos factores subyacentes que determinan condiciones de vulnerabilidad.
- El concepto de vulnerabilidad facilita el análisis de una *gama amplia de factores interdependientes* que deben considerarse en el diseño de estrategias de prevención. El análisis de la vulnerabilidad obliga a pensar en términos más amplios –sistémicos–, incluyendo los factores que posibilitan o impiden el desarrollo humano sostenible.

### Subtema 2.

#### Individuos con mayor vulnerabilidad frente a la infección por el VIH y Sida en Colombia

#### Duración

Sesenta minutos

#### Desarrollo del subtema

1. A continuación, invite al grupo a pensar sobre las distintas poblaciones que tienen una mayor vulnerabilidad frente al VIH/Sida en Colombia. Escriba las sugerencias del grupo en el tablero o papelógrafo.
2. Muy probablemente, el grupo identificará, los siguientes grupos de población:

· Adolescentes y jóvenes.	· Población carcelaria.
· Mujeres en edad reproductiva.	· Personas viviendo con el VIH y Sida.
· Trabajadores y trabajadoras sexuales.	· Infantes, niños y niñas.
· Hombres que tienen sexo con hombres, población homosexual y bisexual.	· Usuarios de drogas intravenosas.
· Fuerzas Militares y de Policía.	· Comunidades y poblaciones indígenas.
· Habitantes de la calle.	· Poblaciones en situación de emergencia o contextos de desplazamiento forzado.

8. Solicite que el grupo se divida en cinco subgrupos, cada uno con el mismo número de participantes, y que se distribuyan en lugares diferentes para que puedan trabajar cómodamente sin interrumpir a los demás. Si bien hay muchos grupos que se consideran más vulnerables que otros frente al VIH/Sida, la siguiente actividad se centrará en cinco en particular por considerarlos de relevancia en el marco del Proyecto del Fondo Mundial:

- Jóvenes en contextos de desplazamiento
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Población homosexual y bisexual
- Personas viviendo con el VIH/Sida
- Mujeres en edad reproductiva
- Infantes, niños y niñas

9. Cada subgrupo seleccionará al azar una tarjeta con el nombre de uno de los grupos de mayor vulnerabilidad mencionados. Invite a los participantes para que en *completo silencio* y durante dos minutos traten de "colocarse en los zapatos" de las personas en ese grupo en particular –por ejemplo, un grupo de personas viviendo con el VIH/Sida–. ¿Qué se siente hacer parte de este grupo? ¿Qué emociones, sentimientos y sensaciones experimentan? ¿Qué ideas llegan a su mente? ¿Cómo es la vida para esas personas? ¿Qué problemas y qué oportunidades tienen?

10. A continuación, solicite a los participantes que durante quince minutos traten de identificar algunos factores personales o sociales que determinan una mayor vulnerabilidad frente al VIH/Sida en cada uno de los grupos.

11. Pida ahora a cada grupo que prepare una *presentación* de máximo cinco minutos de las principales conclusiones a las que llegaron, por ejemplo, una dramatización, un dibujo, una mímica o cualquier otra forma de expresión lúdica y creativa. No se trata de leer las conclusiones, sino de transmitir las y comunicarlas a través de otros medios de expresión.

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE VULNERABILIDAD

<p><b>Jóvenes en contextos de desplazamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Deben asumir el doble reto de las demandas y tensiones propias de la adolescencia y transición hacia la vida adulta, en medio de procesos de desarraigo y adaptación a nuevos entornos.</li> <li>· Falta de acceso a servicios sociales básicos como salud y educación.</li> <li>· Deterioro de las condiciones generales y calidad de vida –pobreza, hacinamiento, falta de oportunidades, etc.–.</li> <li>· Choque entre la cultura de origen y la cultura de las comunidades receptoras.</li> <li>· La pobreza y otras tensiones sociales pueden precipitar o exacerbar problemas de violencia intrafamiliar.</li> <li>· Iniciación temprana de la vida sexual activa y tasa muy alta de fecundidad entre las adolescentes y jóvenes desplazadas.</li> <li>· Información inapropiada o falta de ella, lo que les impide decidir apropiadamente con respecto a su sexualidad y su ejercicio genital.</li> <li>· Mayor riesgo de abuso sexual por parte de adultos al interior de las familias o fuera de ellas.</li> <li>· Mayor riesgo de ingresar a situaciones de explotación sexual comercial.</li> </ul>
<p><b>Hombres que tienen sexo con hombres</b> <b>Población homosexual y bisexual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sentimiento de diferencia asociado a soledad y aislamiento.</li> <li>· La no aceptación de su orientación sexual, afectiva y erótica o una homofobia interna, pueden conducir a vidas dobles, inestabilidad afectiva y de relaciones de pareja, con comportamientos de riesgo.</li> <li>· Multiplicidad de parejas sexuales y baja exclusividad sexual.</li> <li>· La fidelidad es definida dentro de las relaciones de pareja en términos de compromiso emocional y no de exclusividad sexual.</li> <li>· La vulnerabilidad aumenta de manera directa en relación con: menor condición económica y la presencia de relación de pareja estable.</li> <li>· Relaciones clandestinas y ocasionales.</li> <li>· Prácticas sexuales de riesgo o desprotegidas, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres y homosexuales con dificultades en la construcción de su identidad de orientación sexual.</li> <li>· Grupo humano sometido a discriminación y marginación.</li> <li>· Poco apoyo estatal a programas preventivos y de atención como consecuencia de la homofobia.</li> <li>· Acceso insuficiente a servicios de salud.</li> <li>· A pesar de existir un alto nivel de conocimientos sobre el VIH y el Sida en el grupo, existe una baja percepción del riesgo en uno de cada cinco hombres que tienen sexo con hombres.</li> <li>· El rechazo de la homosexualidad en el entorno social del individuo disminuye la posibilidad de uso de métodos de barrera a 47 por ciento, en comparación con 73 por ciento, cuando el entorno social la acepta.</li> <li>· Relaciones genitales asociadas con el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.</li> </ul>

<p><b>Personas viviendo con el VIH/Sida</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Obstáculos en el establecimiento del autocuidado.</li> <li>· Dificultad para adoptar, a partir del conocimiento del diagnóstico, medidas de cuidado en el ámbito sexual, tanto para otros como para la posibilidad personal de reinfección.</li> <li>· Discriminación familiar, social y laboral, fundamentalmente.</li> <li>· Tendencia o necesidad individual y colectiva de ocultar la condición de salud, a las parejas permanentes u ocasionales.</li> <li>· Prejuicios y mitos existentes sobre el Sida.</li> <li>· Restricción o dificultad de acceso efectivo a los servicios de salud.</li> <li>· Existencia de periodos mínimos de cotización para acceder a los servicios de salud.</li> <li>· Déficit de información sobre derechos y deberes frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por parte de usuarios, EPS e IPS.</li> <li>· Dificultad de acceso efectivo a los medicamentos en muchas regiones del país y en múltiples entidades de salud.</li> <li>· Insuficiente información sobre la enfermedad y su tratamiento.</li> <li>· Dificultad para la adherencia personal al tratamiento.</li> <li>· Vulneración de los derechos de los afectados e infectados.</li> <li>· Específicamente para la población infantil, existe discriminación escolar, carencia de atención en salud a nivel escolar y falta de especialistas pediátricos en infección por VIH y Sida.</li> </ul>
<p><b>Infantes, niños y niñas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incremento en las tasas de infección por el VIH en mujeres en edad reproductiva.</li> <li>· Carencia de un programa nacional de tamizaje para VIH en mujeres gestantes e intervención terapéutica a las mujeres infectadas.</li> <li>· Presencia de abuso sexual, maltrato infantil, menores vinculados a la prostitución o bajo explotación sexual comercial.</li> <li>· Dificultad del menor para protegerse o negociar su protección en el curso de actividades sexuales.</li> <li>· Fugas del hogar, que lo enfrentan a situaciones de pobreza y a buscar medidas de subsistencia.</li> </ul>
<p><b>Mujeres en edad reproductiva</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· En Colombia, como en varios países latinoamericanos, se ha incrementado el patrón de transmisión del VIH entre la población heterosexual.</li> <li>· Aumento en la transmisión a mujeres por hombre con relaciones bisexuales.</li> <li>· Migración de las zonas rurales a las urbanas.</li> <li>· Exigencias de rol de género femenino como proveedora de cuidados que va en contra del propio autocuidado.</li> <li>· Mayor área de exposición en mucosas, que sirven de puerta de entrada al virus, especialmente en presencia de microlesiones.</li> <li>· Las adolescentes y jóvenes tienen una mayor vulnerabilidad biológica asociada con inmadurez del tracto genital, especialmente del cuello uterino y mucosa vaginal –que no adquiere más capas celulares sino hasta el final de la adolescencia, por lo que la eficacia de la protección asociada con la producción de moco vaginal es muy baja–.</li> <li>· El contenido de partículas virales es mayor en el semen que en los fluidos vaginales.</li> <li>· Como la vagina es un órgano interno, es más difícil que las mujeres detecten precozmente lesiones producidas por ITS, que facilitan la transmisión del VIH.</li> <li>· Las ITS sin tratar son un factor de riesgo adicional para la infección por el VIH.</li> <li>· El abuso sexual<sup>94</sup> aumenta el riesgo de microlesiones.</li> <li>· Inequidad de género y desigualdad social, económica, laboral, educativa y legal.</li> </ul>

### Cierre del subtema

El facilitador tomará nota de las ideas principales de cada grupo mediante frases cortas o palabras y a ayudar a los participantes a establecer relaciones y vínculos entre las conclusiones de los distintos grupos. Puede apoyarse en la información complementaria que aparece en el cuadro al final de esta sesión, si lo estima pertinente, puede fotocopiar la información y distribuirla como una hoja de ayuda para los participantes.

### Subtema 3. ¿Cuáles son los factores que originan mayor vulnerabilidad en la población joven en contextos de desplazamiento en mi comunidad?

#### Duración

Treinta a cuarenta y cinco minutos

#### Desarrollo

Solicite a los cinco grupos que se reúnan y conversen durante quince minutos sobre los factores personales y sociales que aumentan la *vulnerabilidad de los jóvenes que viven en contextos de desplazamiento en la comunidad o unidades base de acción del Proyecto del Fondo Mundial*.

#### Cierre

Cada grupo seleccionará una persona que presentará las principales conclusiones del grupo en sesión plenaria.

- ¿Qué semejanzas o diferencias hay en las conclusiones de los distintos grupos?
- ¿Cuáles son los temas o ideas que fueron comunes en todos los grupos?
- ¿Cómo pueden explicarse las coincidencias y las diferencias en la percepción de los distintos grupos o personas?

#### Cierre del tema

Ejemplos de preguntas para el procesamiento final de la sesión

- ¿Qué conclusiones generales pueden establecerse?
- ¿Qué importancia tienen estas conclusiones en el diseño y ejecución de las actividades del Proyecto del Fondo Mundial?

- ¿Cómo se sintieron durante esta actividad? ¿Qué les gustó o qué no les gustó?
- ¿Qué aprendieron?
- ¿Cómo podrían desarrollar esta sesión con un grupo de jóvenes en la Unidad Base de Acción?

### MOMENTO 3. Mecanismos de transmisión del VIH/Sida

#### Introducción

Pese a que los mecanismos de transmisión del VIH están identificados, existe desinformación en la población.

Una proporción de jóvenes no tiene idea sobre cómo se propaga el VIH/Sida ni cómo protegerse. En algunos países, como Camerún o Sierra Leona, en donde la epidemia es generalizada, más de 80 por ciento de las mujeres entre quince y veinticuatro años no tiene conocimientos suficientes sobre el VIH<sup>95</sup>.

94 Diversas investigaciones han confirmado una estrecha correlación entre abuso sexual y otras formas de abuso contra las mujeres y la probabilidad de que éstas se infecten con el VIH. Además, el miedo a la violencia –no sólo de las parejas, sino también de la comunidad en general– impide que muchas mujeres accedan a información sobre el VIH, se sometan a las pruebas voluntarias o soliciten tratamiento, aunque tengan fundadas sospechas de que han sido infectadas. La forma más común de violencia perpetrada contra las mujeres es la violencia por parte de sus parejas íntimas.

95 UNICEF, ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud, «Los Jóvenes y el VIH/SIDA: Una Oportunidad en un Momento Crucial Puede accederse en la siguiente dirección electrónica: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org), o en [www.unaids.org](http://www.unaids.org)



Desde el punto de vista de los *conocimientos* esenciales para la prevención de la infección por el VIH, es necesario saber cuáles son los *mecanismos de transmisión del virus*.



**RECUERDE:** Para un manejo personal más competente de las situaciones cotidianas y de vulnerabilidad asociadas con el ejercicio placentero y seguro de la sexualidad, los conocimientos *son importantes pero insuficientes*. Se puede tener mucha información y conocimientos y sin embargo poca capacidad o competencia<sup>96</sup> para manejar las situaciones de la forma más adecuada. Además de conocimientos, *se requieren actitudes* que favorezcan el autocuidado y la protección de la salud de las demás personas –por ejemplo, “no quiero hacer nada que ponga en riesgo mi bienestar o el de mi pareja”– y *habilidades*, como las destrezas para tomar decisiones, resistir presiones, pensar de manera crítica o saber negociar condiciones. Un mayor conocimiento de sí mismo y el pensamiento crítico contribuyen a la capacidad de análisis de la historia personal y al reconocimiento del papel que se tiene como individuo en la sociedad.

### Duración

Dos horas aproximadamente.

### Objetivos

Se espera que al final de la sesión, el grupo de participantes:

- Identifique los elementos principales de la cadena de transmisión del VIH.
- Recuerde cuáles son los fluidos corporales a través de los cuales puede transmitirse el VIH.
- Pueda nombrar al menos cinco factores *biológicos* y cinco factores *sociales* que aumentan el riesgo de infección.
- Identifique formas en que pueden y no pueden infectarse con el VIH.

### Materiales

- Tablero o papelógrafo.
- Cinta de enmascarar.
- Dos letreros bien visibles que digan: PUE- DEN TRANSMITIR EL VIH Y NO TRANSMI- TEN EL VIH.
- Tarjetas de cartulina o trozos de papel, una para cada participante, en la cual se ha escrito una de las siguientes actividades por tarjeta:

<sup>96</sup> De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional, ser “competente” significa: “saber y saber hacer; saber usar la información, conocimientos y capacidades de manera flexible para enfrentar problemas nuevos en la vida cotidiana”. (Proyecto de Educación en Competencias Ciudadanas, 2004).

Actividades que PUEDEN transmitir el VIH	Actividades que NO transmiten el VIH
Sexo oral con eyaculación, mujer a hombre, sin usar un condón-	Abrazar a una mujer enferma de Sida-
Madre viviendo con el VIH sin tratamiento que amamanta a su bebé.	Comer del mismo plato de una persona viviendo con el VIH-
Coito anal sin usar condón.	Besar a una persona que vive con el VIH-
Tatuaje en la nalga izquierda con un equipo sin esterilizar.	Coito vaginal con uso adecuado de un condón-
Inyección intravenosa de heroína con la aguja de otra persona.	Saludar dándole la mano a un enfermo de Sida.
Coito vaginal sin usar condón.	Estar cerca de una persona viviendo con el VIH cuando estornuda.
Transfusión de sangre infectada.	Picadura de un mosquito.

### Desarrollo de la sesión

**Nota para el facilitador:** Dependiendo de cada contexto sociocultural, es posible que algunas personas tengan más dificultad que otras para hablar sobre ciertos temas durante el desarrollo de esta sesión. Si usted percibe esta dificultad, aproveche la oportunidad para reconocer que es difícil hablar abiertamente sobre asuntos relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva, y facilite una lluvia de ideas que promueva el DEBATE EDUCATIVO. ¿Considera el grupo que es útil que las personas puedan hablar "a calzón quitado" sobre estos temas? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Qué importancia tiene desde el punto de vista de la prevención? ¿Cuáles podrían ser los "riesgos" o "peligros", si es que los hay, de hablar a "calzón quitado" sobre estos temas con la gente joven? ¿Cuándo y cómo debe hacerse? ¿Quién debe hacerlo?

### Subtema 1. ¿Cómo puede contraerse el VIH?

#### Duración

De sesenta a noventa minutos

#### Desarrollo del subtema

1. Promueva una *lluvia de ideas* y escriba en el tablero o papelógrafo, bajo el título FLUIDOS QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH, sólo las siguientes sugerencias que haga el grupo: *semen, sangre, secreciones vaginales y leche materna*. Escriba las demás respuestas del grupo bajo el título FLUIDOS QUE NO TRANSMITEN EL VIH.
2. Explique que hay otros fluidos que pueden transmitir el VIH como el *líquido amniótico* – la fuente durante el parto– o el *cefalorraquídeo* –el líquido del cerebro–, a los que se exponen los trabajadores de la salud en el ámbito laboral cuando no siguen las normas de bioseguridad.
3. *Juego de tarjetas*: explique al grupo que, en forma sencilla, es posible establecer si una actividad determinada puede o no transmitir el VIH, con base en las siguientes preguntas: *¿Está presente en esta actividad alguno de los fluidos o secreciones que pueden transmitir el VIH? ¿Cuál?*

*¿Hay en esta actividad una puerta de entrada para el VIH? ¿Cuál?*  
El objetivo del juego es que cada quien logre adivinar qué actividad está escrita en su tarjeta. Cuando lo logre, pegará la tarjeta sobre el pecho y continuará ayudando a las demás personas respondiendo "sí" o "no" a las preguntas que le hagan.



4. Invite ahora al grupo a jugar, para lo cual se dispondrán de pie en un círculo amplio en medio del salón o lugar de encuentro. Explique que mediante esta actividad pondrán en práctica los conocimientos que se han revisado hasta ahora sobre la cadena de transmisión del VIH.
5. Reparta una tarjeta a cada participante y *sin que la persona pueda leer su contenido*, péguela con cinta de enmascarar sobre su espalda. Advierta al grupo que el juego no tiene sentido –"no tiene chiste"– si las personas conocen el contenido de la tarjeta que les tocó. Ahora los participantes caminan alrededor del salón leyendo las tarjetas de los demás, sin hacer comentarios sobre su contenido, pero haciendo todas las preguntas a los otros *para descubrir la actividad que está escrita en su propia tarjeta*. En respuesta a las preguntas, las demás personas sólo podrán decir SI o NO.

Las preguntas pueden ser:

- ¿Puede esta actividad transmitir el VIH?
- ¿Implica esta actividad una secreción o fluido corporal que transmita el VIH?
- ¿Hay una puerta de entrada para el VIH?
- ¿Hay contacto físico en esta actividad?
- ¿Se trata de una actividad sexual?
- En esta actividad, ¿se usa la boca?



6. Cuando adivinen todas las actividades, invite al grupo a formar un semicírculo frente al tablero, papelógrafo o pared. Deben colocar las tarjetas en la sección que consideren correcta: PUEDE TRANSMITIR EL VIH O NO TRANSMITE EL VIH. Si surgen dudas o controversia sobre alguna actividad, el facilitador guiará al grupo recordando las dos preguntas básicas: *¿Está presente en esta actividad alguno de los fluidos o secreciones que pueden transmitir el VIH? ¿Hay en esta actividad una puerta de entrada para el VIH?*

Información complementaria

A diferencia de otras infecciones, el VIH no se contrae a través del aire, los alimentos o el agua. El VIH sólo se transmite en formas muy específicas, que requiere de un proceso denominado *cadena de transmisión*. La infección puede evitarse interrumpiendo o rompiendo cualquiera de los eslabones de dicha cadena.

Los elementos principales de la cadena son el agente, el huésped, las puertas de entrada, las vías de transmisión y las puertas de salida.

### El agente

Se refiere al microorganismo que causa la infección, que es el *virus de inmunodeficiencia humana* o VIH. El VIH es un *retrovirus* y hasta el momento se han identificado dos subtipos principales: el VIH-1 y el VIH-2. Aunque predomina el VIH-1, ambos se transmiten de la misma manera y causan Sida.

El VIH-1 se multiplica rápidamente y puede mutar, originando una variedad de *subtipos*, cuyas diferencias dependen de la composición genética de cada uno. Es posible que algunos subtipos del VIH-1 se asocien con mecanismos específicos de transmisión o con patrones de resistencia.

El VIH-2 se encuentra en África Occidental y en comparación con el VIH-1, se transmite con menos facilidad, se asocia con una menor carga viral y un ritmo menos acelerado de destrucción celular y deterioro clínico.

### El huésped y los reservorios

El ser humano es el único *huésped* que aloja el VIH. Células de sangre, como los macrófagos; del sistema nervioso, como la glía, y del sistema de defensa como los linfocitos pueden servir como reservorios o lugares que "guardan" el virus.

### Las puertas de salida

*Son las secreciones o fluidos corporales en los que se aloja el VIH y que al salir del cuerpo de una persona, pueden ingresar al de otra a través de las "puertas de entrada" ¿Sabe el grupo cuáles son estos fluidos?*

### RECUERDE:

El VIH no se transmite por medio de excreciones como sudor, orina, lágrimas o saliva, ya que en ellas la presencia del virus es mínima o inexistente; contacto casual –abrazos, saludar estrechando las manos, etc.– o, por la picadura de insectos.

### Las vías de transmisión

Son los "caminos" o "rutas" a través de las cuales el virus de una persona que está infectada tiene acceso al torrente sanguíneo de otra que no lo está y la infecta, o la reinfecta –adquiere una cepa diferente del virus–. Las principales vías de transmisión son:

- SEXUAL. En cualquier tipo de contacto erótico o genital que implique mezcla de fluidos en el que uno contenga el virus, existe la posibilidad de infección. Los contactos pueden ser *penetrativos u orales* –pene-vaginal– de hombre a mujer, de mujer a hombre y de hombre a hombre.

*En todo el mundo, la vía de transmisión sexual es la más frecuente.* En ausencia de otros factores de riesgo, como la presencia de ITS, el VIH se transmite con más facilidad de *hombre a mujer* durante las relaciones sexuales, que viceversa, lo que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres.

- SANGUÍNEA O PARENTERAL. Por medio de transfusión de sangre o cualquiera de sus derivados, o por el trasplante de órganos o tejidos que provengan de una persona viviendo con VIH o Sida.
- VERTICAL O MADRE A HIJO. Se produce cuando el virus se transmite de una mujer que vive con VIH o Sida a su bebé, durante la

gestación, el trabajo de parto, el parto o la lactancia. El riesgo de transmisión vertical varía entre 15 y 30 por ciento en los bebés que no son amamantados. La lactancia materna aumenta el riesgo en 10-20 por ciento<sup>97</sup>.

### **Las puertas de entrada**

Son los espacios corporales por donde puede entrar las secreciones o fluidos que contienen el virus. En *orden de riesgo descendente*, son: el torrente sanguíneo, la mucosa anal, la placenta, la mucosa vaginal, la mucosa oral y la piel con solución de continuidad –heridas–.

## **Subtema 2. Factores biológicos y sociales que facilitan la transmisión del VIH**

### **Duración**

Treinta minutos

### **Desarrollo del subtema**

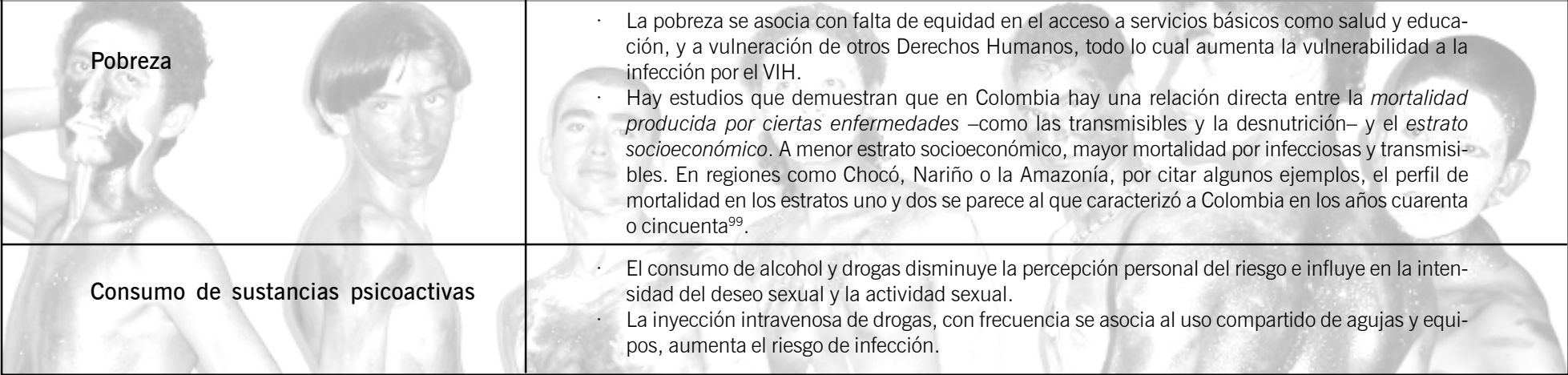
Solicite al grupo que se divida en dos con igual número de participantes. Solicite a un subgrupo que durante 15 minutos haga una lluvia de ideas y discuta sobre los *factores biológicos* que pueden facilitar la transmisión del VIH, y al otro sobre los *factores sociales*. Una persona de cada grupo presentará las conclusiones respectivas, las que se discutirán en sesión plenaria.

EJEMPLOS DE FACTORES BIOLÓGICOS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH	
<b>Capacidad infectante del huésped</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Carga viral alta: durante las primeras semanas después de la infección inicial y en las etapas avanzadas.</li> <li>· Presencia del VIH en el semen o secreciones vaginales.</li> <li>· Contacto directo con sangre: úlceras genitales, traumatismo durante la relación sexual, etc.</li> <li>· Lactancia por una madre viviendo con el VIH o Sida que no recibe tratamiento.</li> </ul>
<b>Susceptibilidad del receptor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Inflamación o laceración de las mucosas genital o rectal.</li> <li>· ITS con o sin úlceras.</li> </ul>
<b>Propiedades del virus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Algunas cepas de virus pueden ser resistentes a los antirretrovirales.</li> </ul>
EJEMPLOS DE FACTORES SOCIALES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH	
<b>Estigma y negación del problema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· La negación y el estigma asociados con el VIH y el Sida son la norma y no la excepción.</li> <li>· Las personas viviendo con VIH son estigmatizadas por muchas razones, entre otras, porque la infección es considerada como una “sentencia de muerte”.</li> <li>· Con frecuencia se desconoce cómo se transmite el VIH y muchas personas se sienten atemorizadas, de manera injustificada, frente a la posibilidad de infectarse.</li> <li>· Se cree, por ejemplo, que los hombres homosexuales que manifiestan comportamientos femeninos que los hace socialmente identificables, son personas con mucho riesgo o que ya viven con el VIH.</li> <li>· En los imaginarios colectivos, la infección por el VIH puede estar asociada a transgresiones morales de las normas sociales que “prescriben” el comportamiento sexual de las personas. En consecuencia, se acusa a las personas infectadas de haber hecho algo “malo” y ser culpables de su infección.</li> <li>· El estigma impide que se hable del VIH y el Sida y se reconozcan como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.</li> <li>· El estigma impide que las personas se reconozcan como vulnerables al riesgo de infección.</li> <li>· El estigma impide que las personas viviendo con VIH o Sida exijan el tratamiento adecuado o adopten medidas preventivas.</li> <li>· Incluso si las pruebas y la consejería pre y postprueba se encuentran disponibles, muchas personas no acceden a ellas por temor a ser estigmatizadas, lo que contribuye a la transmisión de la enfermedad.</li> </ul>

**EJEMPLOS DE FACTORES SOCIALES QUE AUMENTAN  
EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH**

<p><b>Movilidad social</b><sup>98</sup> (siguiente página)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Economía globalizada: más personas que viajan y trabajan lejos del hogar.</li> <li>· La infección por el VIH y el Sida siguen las rutas de los negocios y el comercio.</li> </ul>
<p><b>Poblaciones en conflicto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· La inestabilidad sociopolítica, la guerra, el desplazamiento forzado y otras formas de lucha violenta por el poder, ocasionan vulneración de los Derechos Humanos e incrementan el VIH y el Sida.</li> <li>· El personal de las fuerzas armadas, así como otros actores del conflicto, participan en actividades relacionadas con comercio sexual.</li> <li>· En medio de los conflictos armados es frecuente el uso del abuso sexual como medio de humillar, controlar o someter a la población civil, especialmente a mujeres, niños y niñas.</li> <li>· En algunas poblaciones se ha obligado a la población civil a realizarse pruebas diagnósticas, y a quienes se conoce que viven con el VIH o con el Sida se les ha obligado a desplazarse. En algunos casos la violencia ha llegado al extremo del asesinato o la mutilación.</li> </ul>
<p><b>Factores culturales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Las tradiciones, creencias y prácticas culturales influyen en la forma en que las personas comprenden los procesos de salud y enfermedad, y en su aceptación de los procedimientos y tratamientos médicos convencionales.</li> <li>· Las culturas pueden crear barreras que dificultan o impiden que las personas, especialmente las mujeres, tomen medidas de control, prevención y protección de su salud sexual y salud reproductiva.</li> <li>· En muchos lugares, la violencia doméstica es considerada como un derecho del varón, lo que impide que la mujer tenga control de su entorno. En estos contextos, la mujer no puede cuestionar las relaciones extraconyugales de su compañero, negociar el uso del condón o negarse a tener relaciones sexuales.</li> <li>· Las personas cuya orientación sexual es diferente a la heterosexual y las personas que transitan en el género, son consideradas como ciudadanos de segunda clase, se les restringen sus derechos y se les vulnera emocional y físicamente.</li> </ul>
<p><b>Roles de género</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Los roles de género tienen una enorme influencia en la transmisión del VIH. En muchas culturas, se espera que los hombres tengan tantas relaciones sexuales como puedan, lo que aumenta el riesgo</li> <li>· Las mujeres con frecuencia son víctimas de desigualdades e inequidades sociales y económicas, por lo que pueden verse obligadas al comercio sexual para sobrevivir, exponiéndose a riesgos inaceptables.</li> <li>· Las parejas hombres suelen considerar que sus vínculos afectivos les dan derecho sobre el cuerpo y el uso de los genitales de sus parejas mujeres o de hombres que asumen roles femeninos.</li> </ul>

EJEMPLOS DE FACTORES SOCIALES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH

 <p><b>Pobreza</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La pobreza se asocia con falta de equidad en el acceso a servicios básicos como salud y educación, y a vulneración de otros Derechos Humanos, todo lo cual aumenta la vulnerabilidad a la infección por el VIH.</li> <li>• Hay estudios que demuestran que en Colombia hay una relación directa entre la <i>mortalidad producida por ciertas enfermedades</i> –como las transmisibles y la desnutrición– y el <i>estrato socioeconómico</i>. A menor estrato socioeconómico, mayor mortalidad por infecciosas y transmisibles. En regiones como Chocó, Nariño o la Amazonía, por citar algunos ejemplos, el perfil de mortalidad en los estratos uno y dos se parece al que caracterizó a Colombia en los años cuarenta o cincuenta<sup>99</sup>.</li> </ul>
<p><b>Consumo de sustancias psicoactivas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El consumo de alcohol y drogas disminuye la percepción personal del riesgo e influye en la intensidad del deseo sexual y la actividad sexual.</li> <li>• La inyección intravenosa de drogas, con frecuencia se asocia al uso compartido de agujas y equipos, aumenta el riesgo de infección.</li> </ul>

**Cierre de la sesión**

Para finalizar la sesión, facilite una discusión plenaria con base en algunas preguntas como las siguientes:

- ¿Cómo se sintieron durante esta actividad? ¿Qué fue lo que más/menos les gustó y por qué?
- ¿Aprendieron algo nuevo?
- Si fueran a desarrollar esta sesión con niñas, niños o jóvenes, ¿cómo podrían desarrollar de otra manera el tema de la cadena de transmisión del VIH?

98 La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) calcula que “a comienzos del presente siglo una de cada treinta y cinco personas en el mundo es un emigrante internacional. Si todos los emigrantes internacionales –aproximadamente ciento setenta y cinco millones, de los cuales la mitad son mujeres– vivieran en el mismo lugar, sería el quinto país más grande del planeta. Los riesgos asociados con la migración en la salud sexual y salud reproductiva son tanto individuales como sociales y la vulnerabilidad de las mujeres es mayor. Por ejemplo, en ocasiones las mujeres que viajan solas no tienen más remedio que recurrir al comercio sexual para sobrevivir, o establecer parejas transitorias o en sus lugares de destino para garantizar protección. *Las mujeres refugiadas o desplazadas por conflictos armados internos que no tienen pareja se encuentran igualmente desprotegidas, o pueden haber sido víctimas en los campamentos, en donde la violencia sexual es uno de los resultados del aburrimiento, la depresión o el consumo de sustancias psicoactivas en los hombres*”. Tomado de: *Sexual Health of Mobile and Migrant Populations*, en: *Sexual Health Exchange 2003-2*. Disponible en [exchange@kit.nl](mailto:exchange@kit.nl)

99 Málaga, Hernán y cols. (2000). “Equidad y Reforma a la Salud en Colombia”, revista *Salud Pública*, 2 (3). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.



## MATERIAL DE APOYO AL MODULO

A continuación se relaciona el material bibliográfico que puede ser consultado en el disco compacto anexo a este Módulo:

### SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y DESARROLLO DE CAPACIDADES HUMANAS

- 01-01. Cook RJ; Dickens BM; Fathalla MF. Salud reproductiva y derechos humanos: Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá DC: Profamilia, 2002.
- 01-02. UNFPA. Cairo; Cairo+5; Cairo+10: Diez años Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Caracas: UNFPA Venezuela; 2004.
- 01-03. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015. Documento Conpes 1995; 91.
- 01-04. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Resolución 217A (III); 1948.
- 01-05. Gossart M. No hay lugar como el hogar... para la educación sexual. 3rd edition. Eugen, Oregon: Planned Parenthood Health Services of Southwestern Oregon, 2002.
- 01-06. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, 2003.
- 01-07. OMS. Estrategia de salud sexual y reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra: OMS; 2004.

- 01-08. OMS. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra: OMS, 2001.
- 01-09. Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS; 2003
- 01-10. OPS/OMS. Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Antigua (Guatemala): OPS; 2000.

### ÉTICA SEXUAL

- 02-01. Ministerio de Salud. Decreto 1543 de 1997. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- 02-02. Sánchez Jacob M. El Menor Maduro. [Revisión]. Bol Pediatr 2005; 45: 156-60
- 02-03. Figueroa G. Bioética ¿la Circe de la Medicina? Rev. méd. Chile 2001; 129 (2):

## RUTA DE ACCESO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

03-01. Russell J; Solórzano X. Políticas de adolescentes y jóvenes: Las experiencias de Colombia, República Dominicana y Nicaragua. Washington: Organización Panamericana de la Salud y Universidad de George Washington; 2001.

### Atención en planificación familiar

PNF-1 OMS. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2005.

PNF-2 OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ª ed. Ginebra: OMS; 2005.

PNF-3. Brindis C; Davis L. Las comunidades responden al desafío de la prevención del embarazo de adolescentes. Washington: Serie de Advocates for Youth 2001; IV.

### Atención de infección de transmisión sexual

ITS-1 OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra: OMS; 2005.

ITS-2 OPS/OMS; AECl; Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Infecciones de transmisión sexual: Marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS. Herramientas para su implementación. Washington: OPS; 2004.

ITS-3 OMS. Infecciones de transmisión y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Ginebra: OMS; 2005.

ITS-4 ONUSIDA/OMS. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Ginebra: Colección Onusida de Prácticas Óptimas; 1997.

### Violencia intrafamiliar

VIO-1 OPS/OMS. Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar. Reconstruir la Violencia Intrafamiliar: Estado y Sociedad Civil, Rol del Sector Salud. San José de Costa Rica: OPS; 2001.

### Guías 412

- República de Colombia. Ley 100 de 1993. Ley de seguridad social integral.
- Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Guía de atención de la mujer maltratada
- Guía de atención del menor maltratado
- Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual
- Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo
- Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años
- Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino

## ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO FORZADO POR LA VIOLENCIA EN COLOMBIA

### Situación de la población desplazada

- DES-1 Profamilia. Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas.
- DES-2 Profamilia. Aproximación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas en Colombia. Bogotá DC: Profamilia; 2002.
- DES-3 Profamilia. Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales: Situación de las Mujeres Desplazadas. Bogotá DC: Profamilia; 2001.

### Legislación

- República de Colombia. Ley 387 de 1997. Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 2131 de 2003. Por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 2284 de 2003. Por el cual se modifican los artículos 2, 4, 5 y 7 del Decreto 2131 de 2003.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 250 de 2005. Por el cual se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 059 de 1997. Por el cual se declara como evento catastrófico el despla-

miento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas.

- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 244 de 2003. Por el cual se definen la forma y las condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

## SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES UNA ALTERNATIVA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES Y JÓVENES

- 05-01 FHI. Guía para la Participación de los Jóvenes Evaluación, Planificación e Implementación. Arlington: Family Health International, 2005
- 05-02 Quintana A; Hidalgo C. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima: IES; Washington D.C: Advocates For Youth, 2003
- 05-03 Advocate for youth. Guía para abogar por la salud integral de los/ las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Washington DC: Advocate for youth; 1995.
- 05-04 OMS. What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys. Ginebra: OMS; 2000.
- 05-05 Casco/MSCI/UNFPA. Guía para la ejecución de servicios amigables para jóvenes.
- 05-06 OPS/OMS; Fundación W.K.Kellog. Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención.

- 05-07 Senderowitz J. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Washington DC: Focus on Young Adults, Series de Investigación, Programas y Políticas; 1999
- 05-08 OPS. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: Serie OPS/FNUAP No. 2; 2000
- 05-09 Moreno E. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes: Los desafíos de acceso y calidad. Cartagena de Indias: Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente; 1995.
- 05-10 Herdman CS. Al servicio del futuro: Una actualización acerca de los programas de salud reproductiva y sexual de los adolescentes en países en desarrollo. 2ª ed. Washington DC: División Internacional Advocates for Youth; 1999
- 05-11. FHI. Estrategias de Intervención que dan Resultado para los Jóvenes: Resumen del informe de fin del Programa ENFOQUE en Adultos Jóvenes. Documento de la serie de jóvenes No. 1; 2003
- 05-12 OPS/OMS; Fundación W.K.Kellog. Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes: Estimación de Complejidad y Condiciones de Eficiencia.

## **ASESORÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

- 06-01 Caja Costarricense de Seguridad Social/Fondo Mundial. Manual de consejería en salud sexual y reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH/SIDA. San José de Costa Rica: 2005.
- 06-02 Caja Costarricense de Seguridad Social/Fondo Mundial. La sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH/SIDA: Módulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud. San José de Costa Rica: 2005.

- 06-03 Creel LC; Perry RJ. Mejoras en la calidad de los servicios de salud reproductiva para los jóvenes. Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención: No. 4
- 06-04 GTZ. Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes: Experiencias de Proyectos de Cooperación Técnica. Eschborn, 2003
- 06-05 OMS. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington: OPS, 2001.
- 06-06 OPS/OMS; Fundación W.K.Kellog. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington DC: OPS; 2001.
- 06-07 López Gómez A; Quesada S. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género. 4ª ed. Gurises Unidos y Plan CAIF.

### **Asesoría y consejería para prueba voluntaria de VIH**

- APV-1 Velandia M. Manual de consejería pre y posprueba en VIH/sida. Bogotá DC: Ministerio de Salud, 2002.
- APV-2 Onusida. Asesoramiento y VIH/Sida. Ginebra: Colección Onusida de Prácticas Óptimas; 1997.
- APV-3 Onusida. Asesoramiento y pruebas voluntarias. Ginebra: Colección Onusida de Prácticas Óptimas; 2000.
- APV-4 Onusida. Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias: Una revisión global de las ventajas y dificultades. Colección Onusida de Prácticas Óptimas; 2002.
- APV-5 FHI. Asesoramiento y Pruebas Voluntarias del VIH para Jóvenes: Manual para Prestadores de Servicios. Arlington: FHI; 2006

## ASESORÍA SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

- 07-01 International Consortium for Emergency Contraception. Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines. 2<sup>nd</sup> ed. Washington DC: 2003.
- 07-02 Croxatto HB; Devoto L; Durand M; Ezcurrad E; Larrea F; Naglee C, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001; 63:111–121
- 07-03 PATH. Manual sobre Recursos para Elaborar Programas de Píldoras Anticonceptivas de Emergencia. Seattle: PATH; 2004
- 07-04 Marin C. Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende mujeres víctimas de violencia sexual sobre anticoncepción de emergencia: Diagnóstico. San José de Costa Rica: 2004.
- 07-05 Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica. Anticoncepción de emergencia: Aspectos generales para la toma de decisiones. San José de Costa Rica: 2004.
- 07-06 OMS. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2<sup>nd</sup>. Ginebra: OMS; 2004.
- 07-07 RHRC. Anticoncepción de emergencia en zonas de conflicto. 2004.
- 07-08 Díaz S; Croxatto HB. Anticoncepción Hormonal de Emergencia.

## ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH

- 08-01 Antela A. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C: OPS, 2004.

- 08-02 OPS/OMS. Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas. Washington DC: OPS.
- 08-03 OPS/OMS. La mujer y la infección por el VIH/SIDA: Estrategias de prevención y atención. Washington DC: OPS; 1999

## PREVENCIÓN DEL VIH Y SIDA

- 09-01 Departamento de salud del Estado de Nueva York. 100 preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA.
- 09-02 FHI. Estrategias para una respuesta amplia e integral (ECR) a una epidemia nacional del VIH/SIDA. Arlington: FHI; 2003.
- 09-03 Onusida. Intensificación de la prevención del VIH. Documento de posición de política de Onusida. Ginebra: Onusida, 2005
- 09-04 Unicef/Onusida/OMS. Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial. Ginebra: 2002
- 09-05 Onusida. El VIH/SIDA y los jóvenes: La esperanza del mañana. Ginebra: Onusida; 2005

## MATERIAL ADICIONAL

Onusida. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Edición especial con motivo del 10º aniversario del ONUSIDA. Ginebra; 2006.

Fondo Mundial Ecuador. Manual para Facilitadores-as. SSR, VIH-SIDA para las Fuerzas Armadas y Policía de Ecuador