



Cumpliendo los derechos reproductivos de mujeres afectadas por el VIH

Una herramienta para monitorear el logro
de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Center for Health and Gender Equity (CHANGE)
International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)
Ipas
Pacific Institute for Women's Health (PIWH)

Noviembre de 2004



Center for Health and Gender Equity

6930 Carroll Ave., Suite 910

Takoma Park, MD 20912, EE.UU.

Fax: 1-301-270-2052

Correo electrónico: change@genderhealth.org

Página Web: <http://www.genderhealth.org/index.php?>

International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)

Unit 6, Building 1

Canonbury Business Centre

Canonbury Yard

190a New North Road

London N1 7BJ

Reino Unido

Fax: 44-20-7704-8070

Correo electrónico: info@icw.org

Página Web: <http://www.icw.org>

Ipas

300 Market Street, Suite 200

Chapel Hill, NC 27516, EE.UU.

Fax: 1-919-929-0258

Correo electrónico: info@ipas.org

Página Web: <http://www.ipas.org>

Pacific Institute for Women's Health (PIWH)

3450 Wilshire Boulevard, Suite 1000

Los Angeles, CA 90010, EE.UU.

Fax: 1-213-386-2664

Correo electrónico: piwh@piwh.org

Página Web: <http://www.piwh.org/index.html>

Las fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. No implican actitudes, comportamientos o acciones específicas por parte de los sujetos.

Créditos (de arriba abajo) de las fotos en la portada: Dean Holbert; Panos Pictures; Panos Pictures; David and Lucile Packard Foundation.

Número de Catálogo Ipas: RRHIV-S04

PREFACIO

El 8 de marzo del 2004, más de 25 organizaciones nacionales e internacionales presentaron una declaración a la Secretaría de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas haciendo hincapié en las áreas de salud reproductiva de las mujeres infectadas con VIH que vienen siendo desatendidas.¹ Representantes de cuatro organizaciones – Ipas, la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW), Pacific Institute for Women's Health, y Center for Health and Gender Equity (CHANGE) – utilizaron dicha declaración para desarrollar esta guía práctica que ayudará a atender aquellas áreas de la salud reproductiva que han sido descuidadas: involucramiento de mujeres infectadas con VIH en el diseño de políticas e implementación de programas; control de la fecundidad que responden a las necesidades de las mujeres infectadas con VIH; e investigación sobre terapias antirretrovirales y su efecto sobre la fecundidad.

¿Por qué desarrollar esta herramienta?

Muchas de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y las organizaciones comunitarias de base carecen de capacidad investigativa formal o extensa. Por ello, no pueden conducir estudios de línea de base a larga escala ni desarrollar estudios de seguimiento, lo que les impide medir los aumentos y disminuciones porcentuales de diversos indicadores.

No obstante lo anterior, muchas organizaciones sí pueden recabar información que puede ser muy útil para evaluar si se ha logrado algún avance en el cumplimiento de todos los derechos reproductivos de las mujeres que viven con VIH. El conjunto de indicadores y preguntas sencillas propuestas en este documento pueden servir de herramienta para dicho ejercicio. Los datos para responder a las preguntas pueden ser recabados a través de diversos medios cualitativos y cuantitativos. En algunos casos, las respuestas se pueden obtener simplemente a través de la revisión de los documentos disponibles así como entrevistas al personal de las organizaciones que trabajan con VIH/SIDA.

Al vincular las preguntas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (conocidos en inglés como MDGs) esperamos poder recolectar, una vez al año, datos relativamente comparables de diferentes países y regiones para ser presentados en los foros nacionales e internacionales donde se formulan y revisan las políticas y los programas de VIH/SIDA. Los indicadores y preguntas pueden ser ajustados con el pasar del tiempo.

El presente documento ha sido organizado de la siguiente manera:

- La sección 1 introduce los Objetivos de Desarrollo del Milenio relevantes así como las áreas desatendidas de la salud reproductiva.
- La sección 2 contiene una breve descripción y antecedentes de los problemas.
- La sección 3 muestra las preguntas utilizadas para recolectar datos asociadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio N° 5 y 6.

- La sección 4 brinda algunas ideas sobre cómo se puede utilizar la información obtenida.
- La sección 5 enumera las organizaciones que apoyan el uso de esta herramienta.

Preguntas/comentarios sobre el presente documento – a quién dirigirlos:

- Maria de Bruyn, Ipas, debruynm@ipas.org
- Alice Welbourn, ICW, alice@icw.org
- Magaly Marques, PIWH, mmarques@piwh.org
- Susan Paxton, consultora, Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, s.paxton@posresponse.org
- Jodi Jacobson, CHANGE, jjacobson@genderhealth.org

1. INTRODUCCIÓN

Dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, están directamente relacionadas con la salud reproductiva de las mujeres infectadas con VIH.² El objetivo N° 5 tiene como objetivo mejorar la salud materna reduciendo el porcentaje de mortalidad materna en 75%, mientras que el objetivo N° 6 pretende detener y revertir la propagación del VIH/SIDA. Bajo este contexto, la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA de ONUSIDA ha reconocido que la vulnerabilidad de las mujeres y niñas a contagiarse de VIH y al impacto del SIDA está estrechamente asociados con las desigualdades de género y los patrones sociales, temas que deben ser enfrentados.³

Para asegurar que todos los derechos reproductivos de las mujeres con VIH sean satisfechos, las políticas y los programas deben enfrentar necesariamente las desigualdades así como los patrones con prejuicios de género en cuanto a las áreas relativamente desatendidas de la salud de las mujeres. Estas áreas desatendidas incluyen:

- Se debe asegurar que las mujeres infectadas con VIH y sus redes de apoyo sean involucradas tanto en el diseño de políticas como en la implementación de programas de atención de la salud reproductiva.
- Se debe expandir el acceso a la consejería y prueba de VIH voluntaria, asegurando que ninguna mujer sea forzada a ello, incluyendo a las mujeres que están recibiendo atención post-parto, anticoncepción de emergencia y servicios especiales por violación, así como atención relacionada con el aborto.
- Se debe expandir el acceso a profilaxis post-exposición luego de mantener relaciones sexuales sin protección, incluyendo la violencia sexual, como una medida para reducir la transmisión del VIH.
- Se debe expandir el acceso a métodos de anticoncepción modernos, incluyendo anticoncepción de emergencia, y asegurar que la información brindada sobre los métodos anticonceptivos responda a las necesidades de las mujeres infectadas con VIH.
- Se debe asegurar que las mujeres infectadas con VIH tengan el derecho a ser madres en el momento que así lo deseen, y reciban el apoyo para hacerlo, sin condenas ni censuras, y con acceso a servicios prenatales, perinatales y post-parto.

- Se debe asegurar que la esterilización de las mujeres infectadas con VIH sólo ocurra cuando cada mujer haya dado su consentimiento total, informado y sin presiones.
- Se debe asegurar que los programas de salud reproductiva para mujeres con VIH incluyan atención postaborto¹ de alta calidad y medidas que permitan a las mujeres acceder al aborto seguro y legal.
- Se debe aumentar la visibilidad de, y el acceso a, técnicas de reproducción asistida y posibilidades de adopción temporal o permanente como opciones adicionales de maternidad para las personas viviendo con VIH.
- Se debe aumentar la investigación sobre los efectos de los medicamentos antirretrovirales en el cuerpo de las mujeres, especialmente en relación con su fecundidad.

2. ANTECEDENTES

Consejería y prueba de VIH voluntaria

Se ha venido promoviendo extensamente la consejería y prueba de VIH voluntaria como un componente de la atención prenatal. Con mayor frecuencia, la consejería y prueba de VIH voluntaria en la atención prenatal se está convirtiendo en una rutina y las mujeres desconocen, o se les niega, la opción de no hacerse la prueba. Es más, debido al gran número de mujeres que no reciben la consejería y prueba de VIH en la atención prenatal, algunas organizaciones recomiendan que ésta también sea ofrecida durante el parto.⁴⁻⁷ Sin embargo, existen pocos estudios que expliquen cómo debe realizarse la consejería pre- y post-prueba de VIH durante el trabajo de parto. Tampoco existen muchas investigaciones sobre los efectos psicosociales en las mujeres al recibir un diagnóstico VIH-positivo durante *cualquier* etapa del embarazo, sea antes, durante o después, la cual es un momento de grandes experiencias, tanto emotivas como físicas, para ellas.

Además, en algunos países, las mujeres que han sido identificadas como VIH-positivas a través de la consejería y prueba de VIH voluntaria en la atención prenatal han sido forzadas a practicarse un aborto o a ser esterilizadas luego del parto.⁸⁻¹⁰ En otros casos, las mujeres no han sido aceptadas por los hospitales o centros de salud para recibir servicios de parto debido a los temores de los profesionales de la salud sobre exposición ocupacional al virus. La falta de entregar una consejería adecuada pre- y post-prueba, la presión o coerción a someterse a esterilizaciones o abortos, y la negativa a ofrecer servicios, son todas violaciones claras de los derechos reproductivos de las mujeres infectadas con VIH.¹¹ **Por lo tanto,**

¹ Atención humanizada del aborto incompleto, sea espontánea o inducido, y de complicaciones relacionadas al aborto inducido realizado en condiciones de riesgo inseguras o por personas no capacitadas. La atención postaborto incluye tratamiento de complicaciones, consejería para identificar y responder a las necesidades emocionales y físicas de la mujer, servicios de anticoncepción y planificación familia para evitar embarazos no deseados o practicar el espaciamiento de los nacimientos, y vínculos a otros servicios de salud.

La consejería y prueba de VIH debería ser realmente voluntaria y estar disponible a las mujeres y *hombres* en *todos* los puntos de entrada al sistema de salud, en lugar de sólo para las mujeres cuando están embarazadas.

Si el propósito de la consejería y prueba de VIH voluntaria no es sólo prevenir la transmisión perinatal sino también permitir a las mujeres que cuiden su propia salud, entonces todas las mujeres embarazadas deberían recibir la consejería y prueba de VIH voluntaria, incluyendo aquéllas que solicitan un aborto inducido y aquéllas que se encuentran recibiendo atención postaborto.

Hasta que los puntos de servicio de la consejería y prueba de VIH voluntaria tengan una disponibilidad más amplia, deberían ser ofrecidas la consejería y prueba de VIH voluntaria a aquellas mujeres que reciben atención ginecológica, atención materna–infantil, planificación familiar, y servicios especiales por violación

Violencia sexual

Muchas mujeres y niñas en todo el mundo son vulnerables al contagio de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) debido a que tienen muy poco poder de decisión sobre si y cuando mantener relaciones sexuales, debido a las desigualdades de género en las relaciones de pareja. Un alto número de mujeres y niñas sufren de violencia sexual, tanto dentro como fuera del matrimonio y/o relaciones de convivencia. Estas violaciones y estos casos de incesto las colocan en riesgo tanto de la infección de VIH/ITS como de la re–infección de los mismos y el embarazo no deseado. Es más, donde las leyes criminalizan la transmisión del VIH, las mujeres contagiadas que son obligadas a tener relaciones sexuales puedan también enfrentar consecuencias graves.

“Algunas mujeres deciden no tener relaciones sexuales y en vez de ello, afrontan el abuso... Conozco una joven mujer viviendo con el VIH que no deseaba mantener relaciones sexuales y por ello fue violada por un hombre. Él no conocía de su estado de VIH. Luego de descubrirlo, tanto su familia como la del violador la culparon de transmitirle el VIH al violador.” – Testimonio personal de una joven mujer VIH–positiva, Sudáfrica.¹²

La gran mayoría de mujeres a nivel mundial no tienen acceso a **profilaxis post–exposición** luego de tener sexo sin protección. **Se necesita realizar mayores esfuerzos para expandir el acceso a esta medida de prevención del VIH.**

Anticoncepción

Muchas mujeres y niñas a nivel mundial carecen de **acceso a métodos modernos de anticoncepción**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que el acceso a métodos anticonceptivos durante el período post–parto también continua siendo **limitado para mujeres VIH–positivas**.¹³ Por otro lado, en algunos lugares, uno de los criterios que deben

cumplir las mujeres para recibir terapia antirretroviral, fuera de los programas de prevención de la transmisión perinatal, es que utilicen la anticoncepción inyectable. Esto es una violación a su derecho de elegir el método que desea utilizar. Aún cuando tienen acceso, las mujeres **no** reciben información **adecuada de acuerdo a sus necesidades**. Por ejemplo, a medida que la terapia antirretroviral adquiere una mayor disponibilidad, las mujeres necesitarán conocer las posibles interacciones entre los anticonceptivos hormonales y los medicamentos antirretrovirales.¹⁴

Cuando los condones son utilizados sin otro método anticonceptivo, las probabilidades que las mujeres tengan un embarazo accidental, dentro de un período de 12 meses de uso típico, son de 14% para condones masculinos y aproximadamente 21% con condones femeninos.¹⁵ Los embarazos no deseados también ocurren debido a fallas de otros métodos anticonceptivos y a la violencia sexual. Aún cuando el acceso a anticoncepción de emergencia está creciendo, muchas mujeres todavía no conocen sobre ella o dónde obtenerla.

Se necesitan políticas y reglamentos para expandir el acceso a la anticoncepción de emergencia, incluyendo su disponibilidad sin receta médica y como medida profiláctica (o sea, que las mujeres puedan recibir de su médico los suministros antes de necesitarlos).

Interrupción del embarazo

Los 20 millones de mujeres que cada año interrumpen sus embarazos de manera insegura incluyen mujeres VIH-positivas en países con leyes que restringen o prohíben el aborto. Al reafirmar el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) durante su revisión quinquenal en 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas indicó que “Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública” y “En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas.” También indicaron que: “Al reconocer y aplicar lo dispuesto más arriba y en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible.”¹⁶

El Comité de Monitoreo del Tratado de la Convención sobre los Derechos del Niño enfatizó que “Los Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas” y urgieron a los “Estados Partes a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley.”¹⁷ **Los encargados de diseñar políticas así como las personas que implementan los programas de VIH/SIDA deben seguir estas recomendaciones y asegurar que**

los servicios de salud reproductiva para mujeres viviendo con VIH sean gobernados únicamente por la elección informada de cada mujer y no coaccionados. Los servicios deben incluir las siguientes opciones de alta calidad: atención prenatal, perinatal y post-parto, cuando sea solicitado, tanto para la mujer como para el niño; atención postaborto y medidas para asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto seguros y legales, cuando sean solicitados; y servicios de esterilización seguros, nuevamente cuando sean solicitados.

Reproducción asistida

No se está dando atención suficiente a las opciones adicionales de paternidad para mujeres y hombres viviendo con el VIH. **Las técnicas de reproducción asistida** podrían posibilitar embarazos en las parejas, protegiendo contra la infección a la pareja VIH-negativa. Las técnicas disponibles incluyen el lavado del espermatozoides e inseminación artificial; inseminación intrauterina; y fertilización *in vitro* con una inyección intra-citoplásmica de espermatozoides donde un ovocito es expuesto sólo a un espermatozoides seleccionado para minimizar la contaminación con material celular. Estudios en Francia, Italia, el Reino Unido y los Estados Unidos de Norteamérica han demostrado que estas técnicas son relativamente seguras y exitosas, aunque las mayores tasas de embarazo se han logrado en los procedimientos donde el infectado con el VIH era el hombre.¹⁸⁻²¹

Servicios de adopción temporal o permanente

A medida que un mayor número de personas puede tener acceso a terapias antirretrovirales y su condición de infectado con VIH se convierte en algo crónico en lugar de mortal, estas personas podrían considerar las opciones de una **adopción temporal o permanente**. Sin embargo, las políticas y leyes crean diversos obstáculos para que se puedan ejercer dichas opciones. **Los legisladores y aquellas personas que abogan por el tema necesitan hacer más visibles y accesibles estas opciones de paternidad para las personas viviendo con el VIH.** También es necesario realizar más investigaciones sobre las tasas de mortalidad materna y supervivencia infantil con relación a VIH/SIDA.

Terapia antirretroviral y fecundidad

Muchos programas de acceso a tratamiento no toman en cuenta las necesidades específicas de las mujeres. El embarazo es tratado principalmente a través de programas que buscan prevenir la transmisión perinatal. **Se necesitan un mayor número de estudios, especialmente sobre el impacto y los efectos secundarios de las drogas antirretrovirales en los cuerpos de las mujeres adolescentes y adultas, especialmente con relación a la fecundidad, embarazo y parto.**

3. INDICADORES Y PREGUNTAS PARA RECOLECTAR DATOS

Debido a la amplitud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, será muy difícil que muchos países los logren para el 2015. Sin embargo, los indicadores intermedios pueden ayudarnos a demostrar los avances hacia el cumplimiento de dichas metas. Los siguientes indicadores y preguntas han sido elaboradas para ayudar a establecer una línea de base con relación a las

áreas desatendidas de la salud reproductiva de las mujeres infectadas con VIH descritas en este documento. Las preguntas pueden aplicarse a nivel local (por ejemplo una ciudad, distrito o provincia/estado) o nacional. Al volver a aplicar las mismas preguntas seis a doce meses después de la primera encuesta, se podrán evaluar los incrementos o descensos en los resultados esperados.

Indicadores y preguntas para el Objetivo de Desarrollo del Milenio N° 5: mejorar la salud materna

1. Los donantes permiten que los programas de salud atiendan ***todas*** las áreas de la salud reproductiva de las mujeres VIH-positivas.
¿Cuántos acuerdos bilaterales o donaciones para programas de VIH, salud materna y salud sexual y reproductiva contienen indicaciones que restringen el trabajo en temas específicos de la salud reproductiva para mujeres que están afectadas y viven con el VIH? Si la respuesta es positiva, nombrar las restricciones.
2. Los donantes exigen que todos los programas que trabajan para mujeres VIH-positivas incluyan a estas mujeres en el diseño de políticas y programas.
¿Cuántos acuerdos bilaterales o donaciones para programas de prevención de la transmisión perinatal y de atención de la salud para mujeres viviendo con el VIH exigen que las asociaciones que agrupan a mujeres VIH-positivas estén involucradas en la formulación, implementación y monitoreo/evaluación de las políticas y programas?
3. Todos los programas que atienden mujeres VIH-positivas incluyen componentes de consejería, apoyo y tratamiento médico.
¿Cuántas donaciones incluyen fondos para brindar consejería, grupos de autoayuda, medicamentos para infecciones oportunistas, y medicamentos antirretrovirales?
4. Las agencias que trabajan para mujeres VIH-positivas respaldan, públicamente, los documentos que indican los derechos reproductivos de estas mujeres.
¿Cuántas ONGs, programas de salud materno-infantil y establecimientos de salud (en un país, distrito, ciudad) han adoptado la Declaración de los Derechos de Barcelona o los lineamientos sobre derechos humanos y VIH/SIDA publicados por ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado sobre Derechos Humanos de las Naciones Unidas como guía de trabajo y acción y los exhiben en sus locales?
5. Todas las mujeres tienen acceso a información sobre planificación familiar que trata el tema de anticoncepción en relación con el VIH/SIDA.
¿Cuántas organizaciones han creado materiales sobre métodos anticonceptivos que también manejen temas importantes para personas viviendo con el VIH (por ejemplo, doble protección, uso de anticoncepción de emergencia, sangrado o manchado fuera de la menstruación, posibles interacciones entre anticonceptivos hormonales y medicamentos

utilizados para tratar el VIH, e infecciones oportunistas)? ¿Qué tipos de materiales existen y están a disposición?

6. Las organizaciones que trabajan para mujeres VIH-positivas manejan todas las opciones legales disponibles para prevenir y evitar embarazos no deseados.
¿Cuántas organizaciones han creado materiales específicamente dirigidos a mujeres viviendo con el VIH, que explican las opciones disponibles para evitar embarazos no deseados tales como: condones femeninos y masculinos, estudios sobre microbicidas, anticoncepción de emergencia, y abortos seguros y legales? ¿Qué tipos de materiales existen y están a disposición?
7. Todas las mujeres, incluyendo mujeres adolescentes y adultas VIH-positivas, tienen acceso fácil y barato a la anticoncepción de emergencia.
¿Cuántos centros de salud u otros establecimientos ofrecen anticoncepción de emergencia sin necesidad de receta médica o como medida profiláctica? Y, ¿cuántas mujeres que se sabe están infectadas con VIH han podido acceder a dichos servicios de anticoncepción (dentro de un período de tiempo específico)?
8. Los servicios de consejería y prueba de VIH voluntaria son disponibles en todos los servicios de salud para mujeres, no sólo en los servicios prenatales y de parto.
¿Cuántos establecimientos de salud que ofrecen atención post-parto, servicios especiales por violación, y atención postaborto y del aborto inducido, también ofrecen consejería y prueba de VIH voluntaria y/o referencias para accederla?
¿Cuántas referencias de consejería y prueba de VIH voluntaria realizaron los establecimientos de salud que ofrecen servicios de post-parto, servicios especiales por violación, servicios de atención postaborto y de aborto inducido dentro de un (período de tiempo específico)?
¿Cuántos servicios de salud materna, aparte de los servicios prenatales, han establecido y formalizado la consejería y prueba de VIH voluntaria o un sistema de referencia para accederla?
9. Se están realizando investigaciones, con perspectiva de género, sobre cómo afectan los medicamentos antirretrovirales a las funciones reproductivas.
¿Cuántos estudios se están realizando localmente para evaluar el impacto de la terapia antirretroviral en los cuerpos de las mujeres, particularmente con relación a su fecundidad?
10. Las opciones que las mujeres eligen para regular su propia fecundidad no evitan que éstas tengan acceso a la terapia antirretroviral.
¿Los programas de tratamiento antirretroviral exigen que las mujeres utilicen ciertos métodos para regular su fecundidad como criterio para inscribirlas en el programa?

11. Se ha logrado erradicar exitosamente, dentro de los servicios de salud, los estigmas y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA.

¿Cuántos casos (documentados) de estigmatización y discriminación contra mujeres viviendo con VIH/SIDA entre el personal de salud fueron reportados a las autoridades o a organizaciones relacionadas con el SIDA?

¿En qué áreas del sector salud se documentaron los casos de estigmatización y discriminación (por ejemplo, planificación familiar, servicios ginecológicos, atención prenatal, parto, atención postaborto, servicios relacionados al aborto)?

Indicadores y preguntas para el Objetivo de Desarrollo del Milenio N° 6: combatir el VIH/SIDA

1. Las organizaciones de la sociedad civil, incluyendo las asociaciones que agrupan a mujeres VIH-positivas, tienen la posibilidad de participar en programas de VIH/SIDA auspiciados por el Gobierno.

¿Los acuerdos bilaterales que financian los programas de VIH/SIDA contienen requisitos que exigen acuerdos con la sociedad civil? Si la respuesta es positiva, ¿cuáles son los requerimientos específicos?

2. Las necesidades de las mujeres VIH-positivas son tomadas en cuenta dentro de los acuerdos bilaterales.

¿Los acuerdos bilaterales que financian los programas de VIH/SIDA incluyen medidas que benefician específicamente a las mujeres infectadas con el VIH? Si la respuesta es positiva, ¿cuáles son estas medidas?

3. La colaboración entre la sociedad civil y las agencias gubernamentales e inter-gubernamentales ha llevado a un mejoramiento de los programas para mujeres VIH-positivas.

¿Se ha logrado una colaboración entre ONGs, incluyendo las asociaciones que agrupan a mujeres VIH-positivas, y agencias gubernamentales, de las Naciones Unidas o cualquier otro tipo de institución que brinda servicios? Si la respuesta es positiva, ¿qué actividades concretas se han llevado a cabo para mejorar las vidas de estas mujeres?

4. Se han tomado las medidas necesarias para minimizar las posibilidades de infección de VIH entre mujeres que han sido coaccionadas o forzadas a tener relaciones sexuales, tanto dentro como fuera del matrimonio.

¿Cuántos establecimientos de salud ofrecen profilaxis post-exposición (PPE) para relaciones sexuales sin protección? Y, ¿cuántas mujeres se han beneficiado de esta PPE (dentro de un período de tiempo específico)?

5. Las mujeres VIH-positivas son informadas sobre todas las opciones legales que tienen para controlar su fecundidad.

¿Cuántas ONGs y organizaciones que trabajan en SIDA han brindado información, consejería y apoyo a mujeres viviendo con el VIH sobre sus derechos a satisfacer sus intenciones reproductivas de la manera que más desean?

6. Las mujeres y los hombres VIH-positivos son informados sobre todas sus opciones legales en cuanto a paternidad.

¿Cuántas ONGs y organizaciones que trabajan en SIDA han incluido, dentro de sus materiales de abogacía y acción, las opciones de reproducción asistida y adopción temporal/permanente para personas viviendo con el VIH?

4. CÓMO UTILIZAR LOS REQUISITOS PRVIOS Y LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS

A nivel mundial y regional

Este documento puede ser entregado a los actores principales para que ellos respalden su contenido durante reuniones internacionales, tales como las conferencias sobre SIDA, y revisiones del Programa Nacional del SIDA. También puede ser utilizado para realizar acciones de abogacía y monitoreo junto con otras agencias regionales que toman en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tales como la Federación Internacional de Planificación Familiar en Latinoamérica y el Caribe.

A nivel internacional, las organizaciones podrían respaldar el uso de esta herramienta de monitoreo para así alentar y apoyar su uso. La suscripción será un proceso continuo a través de Ipas (correo electrónico: debruynm@ipas.org). Cada mes, las organizaciones podrán bajar en su computadora una versión actualizada del documento con las firmas más recientes para así tener un recurso puesto al día en su trabajo de abogacía.

Las ONGs que desarrollaron esta herramienta asumen la responsabilidad de cotejar los datos recolectados a nivel nacional y/o local por las organizaciones participantes. De esa manera las evaluaciones anuales de avance en todo el mundo estarán disponibles para todos los representantes gubernamentales e inter-gubernamentales. Esto lo harán poniéndose en contacto con las organizaciones que han dado su respaldo a esta herramienta de trabajo durante el 2004 y 2005.

A nivel nacional

- Las ONGs participantes pueden invitar a personalidades importantes dentro de su área geográfica específica de trabajo a una reunión durante la cual este documento y la Declaración de los Derechos de Barcelona serán introducidos. Por ejemplo, como parte de las sesiones de retroalimentación que proveen información sobre las conferencias internacionales sobre SIDA.
- Durante esta reunión, las organizaciones participantes pueden decidir qué requisitos previos serán útiles para monitorear el trabajo en su área geográfica. Se les puede solicitar a

los participantes individuales que obtengan datos de línea de base utilizando preguntas específicas; las respuestas pueden ser entregadas a una entidad central (por ejemplo, una oficina de la red de apoyo del SIDA).

- Se pueden hacer planes para organizar una reunión de seguimiento dentro de los siguientes 6 meses o un año donde la información del seguimiento es revisada para evaluar el avance del cumplimiento de metas.
- Una evaluación de la información recolectada un año después puede ser enviada a las ONGs internacionales mencionadas anteriormente para la evaluación del avance general a nivel mundial.

5. ORGANIZACIONES E INDIVIDUOS QUE PATROCINAN ESTA HERRAMIENTA DE MONITOREO

- Action Canada for Population and Development (ACPD)
- Australian Reproductive Health Alliance
- Center for Health and Gender Equity (CHANGE)
- CHOICE, for youth and sexuality, The Netherlands
- Flora Tristán, el Perú
- Jashodhara Dasgupta, KRITI Resource Centre, India
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)
- Ipas
- Pacific Institute for Women's Health
- Susan Paxton, consultora, Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+)
- Women for Women's Human Rights - NEW WAYS, Turquía

Referencias

1. ACPD et al. 11 marzo 2004. *Women living with HIV: we need our full reproductive rights*. http://www.icw.org/tiki-read_article.php?articleId=75; accedido: 28 junio 2004.
2. Department of Gender and Women's Health. 2003. *'En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on health*. Ginebra: OMS.
3. UNAIDS. Febrero 2004. *The Global Coalition on Women and AIDS*. Ginebra: ONUSIDA.
4. Rutenberg N, Kalibala S, Baek C, Rosen J. Agosto 2003. *Programme recommendations for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: a practical guide for managers*. Nueva York: UNICEF. <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctunicefevalprogmgr.pdf>; accedido: 12 enero 2004.
5. Centers for Disease Control and Prevention. 18 abril 2003. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic – United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(15): 329–332. <http://www.cdc.gov/hiv/partners/ahp.htm#guidance>; accedido: 12 enero 2004.
6. Lampe M, Branson B, Paul S et al. 30 enero 2004. *Rapid HIV antibody testing during labor and delivery for women of unknown HIV status. A practical guide and model protocol*. Atlanta: CDC. <http://www.cdc.gov/hiv/projects/perinatal/>; accedido: 14 abril 2004.
7. WHO. 29 marzo 2004. Rapid HIV tests: guidelines for use in HIV testing and counseling services in resource-constrained settings. Borrador. Ginebra: OMS.
8. Feldman R, Manchester J, Maposhere C. Junio 2002. *Positive women: voices and choices. Zimbabwe report*. Harare, International Community of Women Living with HIV/AIDS/SAfAIDS.
9. International Community of Women Living with HIV/AIDS. 2004. *Visibilidad, voces y visiones: participación y creación de políticas – nuestros derechos*. Londres: ICW.
10. Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS. 2004. *AIDS discrimination in Asia*. <http://www.gnpplus.net/regions/files/AIDS-asia.pdf>; accedido: 16 junio 2004.
11. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 1998. *HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines. Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva, 23–25 September 1996*. HR/PUB/98/1. Nueva York: Naciones Unidas. <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-HumanRights-E.pdf>; accedido: 8 setiembre 2003.
12. Internacional Community of Women Living with HIV/AIDS. 2003. *ICW News 22*. Londres: ICW.
13. WHO). 2003. *Strategic approaches to the prevention of HIV infection in infants: report of a WHO meeting, Morges, Switzerland, 20–22 March 2002*. Ginebra: OMS.
14. Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. 10 noviembre 2003. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos. http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/adult/AA_111003.pdf; accedido: 12 enero 2004.
15. WHO). 2003. *Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Segunda edición. Ginebra: OMS.
16. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1 julio 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General*. UN Doc. A/S-21/5/Add.1. <http://www.un.org/popin/unpopcom/32ndsess/gass/215a1sp.pdf>; accedido 3 noviembre 2004.

17. Comité de los Derechos del Niño. 1 julio 2003. *Observación General N° 4 (2003). La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: Naciones Unidas.
[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CRC.GC.2003.4.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CRC.GC.2003.4.Sp?Opendocument); accedido: 3 noviembre 2004.
18. Klein J, Peña JE, Thornton MH y Sauer MV. Mayo 2003. Understanding the motivations, concerns, and desires of human immunodeficiency virus 1-serodiscordant couples wishing to have children through assisted reproduction. *Obstetrics and Gynecology*, 101(5): 987-994.
19. Sauer MV, Chang PL. 2002. Establishing a clinical program for human immunodeficiency virus 1-seropositive men to father seronegative children by means of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(4): 627-633.
20. BBC News. 24 abril 2003. *Sperm washing hope for HIV patients*.
<http://ww2.aegis.org/news/bbc/2003/BB030411.html>; accedido: 12 enero 2004.
21. Ohl J, Partisani M, Wittemer C et al. 2003. Assisted reproduction techniques for HIV serodiscordant couples: 18 months of experience. *Human Reproduction*, 18(16): 1244-1249.