



Proyecto **INTEGRÁ**

Proyecto Interagencial
del Sistema de Naciones Unidas en Colombia
(ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF)
y el Ministerio de la Protección Social.

GUIAS TÉCNICAS DEL PROYECTO INTEGRÁ:

Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual
y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH



GUÍAS TÉCNICAS DEL PROYECTO INTEGRA: Modelo de Gestión Integral
de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH

© Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA
Grupo Temático para Colombia
Ministerio de la Protección Social

Primera edición Julio, 2007
Primera reimpresión Noviembre, 2007
Bogotá, Colombia

ISBN: 978-958-97914-9-3

Comité Técnico del Proyecto:
Nohora Corredor – UNICEF
Bertha Gómez – OPS / OMS
Ricardo García Bernal – ONUSIDA
Ricardo Luque Núñez – MPS
Mary Luz Mejía Gómez – UNFPA
Rafael Pardo – OPS/OMS
María del Pilar Rodríguez – UNICEF

Coordinación del Proyecto
Iván Javier Angarita Gálvez MD. MA.
ivan.angarita@unodc.org

Elaboración de la propuesta inicial de las guías:



Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

Coordinación: María Iraidis Soto Enf., Martha Valdivieso Enf.

Equipo Técnico: Martha Lucía Alzate Enf., Chantal Aristizábal MD, Manuel Roberto Escobar Ps,
Jacqueline Jaimes OD, María Susana Moya Ps, Jaime Núñez MD, Rafael Usme, Ps.

Colaboradores: Javier Tatis, María Claudia Caballero Enf., Edy Salazar Enf., Claudia Patricia Valencia Enf.

Revisión Final de las Guías:
Iván Javier Angarita Gálvez MD. MA. – Coordinador del Proyecto
Comité Técnico del Proyecto

Diseño y producción:
Ricardo Alonso & Torre Gráfica
torregrafica@gmail.com

Ilustración:
Helena Melo
hmt.ilustra@yahoo.es

Impresión
PRO-OFFSET Editorial LTDA.

Aunque la Organización se reserva todos los derechos, el presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión ó con fines comerciales.

Mayor información: www.minproteccionsocial.gov.co; www.onusida.org.co; www.col.ops-oms.org;
<http://colombia.unfpa.org>; www.unicef.org.co

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS/OMS

Pier Paolo Balladelli
Representante

FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS – UNFPA

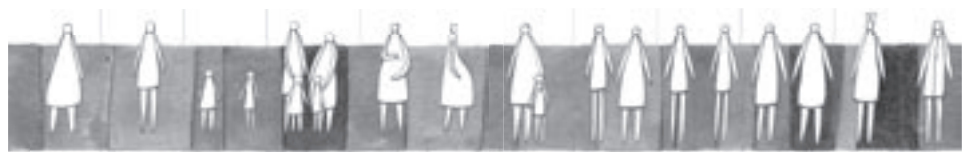
Diego Palacios
Representante

FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA – UNICEF

Paul Martin
Representante

Contenido general

Agradecimientos	6
Glosario	7
Presentación del proyecto	9
Cómo usar estas guías	12
Guía 1: Gestión de servicios de salud sexual y reproductiva	13
Guía 2: Identificación de vulnerabilidad y riesgo en los servicios de salud sexual y reproductiva	73
Guía 3: Asesoría para la prevención y detección de la infección por VIH y el abordaje de otros eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva	135



AGRADECIMIENTOS

La materialización de éste proyecto es el resultado del empeño y esfuerzo de los organismos del Sistema de Naciones Unidas en Colombia que lideran el proyecto (ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF) y del Ministerio de la Protección Social, así como de los miembros del Comité Técnico del Proyecto y de las personas e instituciones que en las diferentes regiones del país trabajan a diario, por hacer de Colombia un país mejor.

Queremos agradecer a todas las personas y entidades que de una u otra forma participaron o hicieron posible la publicación de este documento, a los participantes de los diferentes talleres realizados en las ciudades de Armenia, Barranquilla, Bogotá, Buenaventura, Cali, Medellín y Bello por sus aportes y críticas, con las cuales enriquecieron los conceptos y propuestas de estas guías. A todos y todas infinitas gracias.

Por su especial aporte y dedicación queremos destacar el apoyo de las siguientes personas e instituciones:

Elizabeth Monroy Jaramillo (Instituto Departamental de Salud del Quindío), Paola Pineda y Angela María Castañeda (Dirección Seccional de Salud de Antioquia), Nancy Landazabal (Secretaría Municipal de Salud Pública de Santiago de Cali), Edith Ballesteros (Secretaría de Salud del Atlántico), Jaime Muñoz (Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla), Nayibt Salom (ONUSIDA), Luz Marina Muñoz (Proyecto de Movilización Social por la Salud Sexual y Reproductiva UNFPA – SDS), Arturo Zapata (Secretaría de Salud de Bello), María Antonina Román, Gloria Osorio y Verónica Bejarano (Grupo Saludcoop), Secretaría de Salud del Atlántico, Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Secretaría de Salud de Bello (Antioquia), Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Instituto Departamental de Salud del Quindío, Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, Alcaldía Municipal de Buenaventura, Secretaría de Salud de Buenaventura, Grupo Saludcoop, Comfenalco Antioquia EPS, Ecoopsos EPS-S.

*Coordinación del Proyecto
Comité Técnico del Proyecto*

GLOSARIO

APV	Asesoría y Prueba Voluntaria.
ARS	Administradoras de Régimen Subsidiado.
ARV	Antirretrovirales (medicamentos).
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivas
DTS	Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.
EAPB	Administradoras de Planes de Beneficios, entendidas como EPS para el Régimen Contributivo, ARS para el Régimen Subsidiado, Regímenes de Excepción para los trabajadores del Magisterio Nacional, Ecopetrol y las Fuerzas Militares y de Policía y las DTS, para la atención de la población no asegurada.
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
EPS	Entidades Promotoras de Salud.
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual.
GISSSR	Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.
IEC	Información Educación y Comunicación.
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
MPS	Ministerio de la Protección Social.
ONG	Organización No Gubernamental.
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
PAB	Plan de Atención Básica.
PNSSR	Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
POSS	Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado.
PVH	Papiloma Virus Humano.
PVVS	Personas que viven con VIH o Sida.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.
SNS	Superintendencia Nacional de Salud.
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad.
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
SSR	Salud Sexual y Reproductiva.
SSSR	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
TAR	Tratamiento antirretroviral de combinación.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNGASS	(United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS) Asamblea Especial de las Naciones Unidas para VIH/Sida.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
WB	Western Blot.

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO INTEGRAL

Situación de los servicios de APV y SSR

Dentro de las estrategias globales que buscan aumentar el acceso a la asesoría y prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH, el UNFPA ha propuesto la integración de la APV a los servicios de salud sexual y reproductiva, tales como planificación familiar, cuidado prenatal, del parto y del puerperio, detección del cáncer de cuello uterino, ITS y la atención de casos de violencia sexual y de género, entre otros, a los que asisten especialmente mujeres y adolescentes, que además, según datos epidemiológicos, están sufriendo aceleradamente el impacto de la pandemia del Sida.

Estos servicios pueden jugar un rol esencial como medios para la prevención y detección de ITS/VIH/Sida en la población, cuando se garantiza su calidad y se ofrecen en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género.

De igual manera, los servicios de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV) cumplen un papel fundamental en la lucha contra el VIH/Sida contribuyendo a promover entre la sociedad el conocimiento sobre la enfermedad, promoviendo un comportamiento sexual más seguro, la reducción del miedo, el estigma y la discriminación que existe alrededor de la epidemia y potencialmente, contribuyen a disminuir la incidencia de la infección, al mismo tiempo que estimulan la respuesta comunitaria en apoyo a las personas que viven con el VIH o con Sida (PVVS).

No obstante, en la actualidad la mayoría de los servicios de APV y SSR funcionan de forma separada o descoordinada, disgregando propósitos comunes, lo que refuerza percepciones erróneas en las personas, que siguen considerando el VIH/Sida como algo ajeno a su salud y propio de ciertos grupos de la población.

Igualmente, los actuales modelos de atención de muchas instituciones no están ajustados a las necesidades de atención de grupos poblacionales con características personales, sociales, culturales o demográficas que los hacen diferentes ante la sociedad, aumentando su vulnerabilidad frente al VIH, y a ser víctimas de actos de discriminación o vulneración de sus derechos.

Integración en los servicios de SSR como una nueva alternativa

La integración de los servicios es una propuesta que responde al concepto de Acceso Universal¹ y busca mejorar la calidad de la atención en SSR, de forma que supla las necesidades y expectativas de la población, mejorando la competencia del talento humano y la gestión de los recursos existentes.

La integración tiene entre otras, las siguientes ventajas:

- Disminuye las barreras de acceso a adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres a los servicios de SSR y a la información, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH/Sida y otros eventos que afectan la SSR tales como ITS, gestaciones no deseadas, cáncer de cuello uterino, morbi-mortalidad materna y perinatal, etc.
- Permite crear espacios propicios para educar a las personas en el ejercicio y disfrute de la sexualidad y la reproducción.
- Permite utilizar la asesoría como una técnica útil para mejorar la eficacia de las acciones y la adherencia de las personas, en programas de SSR donde se presentan porcentajes importantes de abandono de usuarios como planificación familiar, detección de cáncer de cuello uterino, mama y próstata, cuidado prenatal, del parto y el puerperio, etc.
- Amplía la cobertura de población en la que se pueden identificar casos de infección por VIH.
- Permite una mayor integralidad y eficiencia en el servicio.
- Reduce costos en la prestación de los servicios al optimizar los recursos existentes.

La integración trasciende además el ámbito institucional, pues puede aplicarse dentro de las redes de servicio que conforman las instituciones que prestan servicios de salud (IPS) en las ciudades y regiones de su área de influencia, en las cuales participan como actor fundamental en la regulación de la atención, las entidades que administran planes de beneficios (EAPB) tales como EPS, de los regímenes contributivo y subsidiado y entidades territoriales de salud.

Este enfoque reconoce la necesidad de adecuar la respuesta nacional, para enfrentar los retos que plantean situaciones como la feminización de la epidemia de VIH/Sida y la disminución en la edad promedio de nuevos casos, el incremento

¹ El concepto de acceso universal puede ser revisado en la Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH/Sida en www.unaids.org

de la tasa de fecundidad en adolescentes, el aumento de la mortalidad materna y perinatal y otros problemas relacionados con la SSR, en un contexto como el colombiano donde se reproducen múltiples factores de vulnerabilidad, que hasta ahora comienzan a abordarse.

Igualmente, pretende adecuar el papel de los servicios de salud a la transformación del sistema de salud colombiano, de tal manera que se puedan aprovechar el desarrollo alcanzado por algunos de los servicios de SSR en el país, sobre todo en materia de cobertura. Por ejemplo, los datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud ² muestran como el parto institucional alcanza un 92%, mientras que la atención prenatal fue realizada en el 87% de los casos por médicos y en el 7% por enfermera (94% en total). De igual manera, 4 de cada 5 mujeres se ha realizado una citología y al 42% de las mujeres les han practicado un examen clínico del seno.

Sin embargo, estas cifras se deben acompañar de medidas eficaces para que las acciones en salud tengan el impacto esperado, de forma que los recursos que el país y las instituciones invierten se traduzcan en cambios importantes en la población. Allí es donde las intervenciones para mejorar la calidad de la atención y la transformación de los modelos de atención cobra vigencia, para que no solo contribuyan al crecimiento de las organizaciones sino también a mejorar la salud colectiva.

Bienvenidos pues al reto, a la búsqueda de los senderos del cambio y al logro de un país mejor.



ALDO LALE-DEMOZ

Representante UNODC

Presidente del Grupo Temático de ONUSIDA para Colombia

² Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Noviembre. 2005

COMO USAR ESTAS GUÍAS

Estructuración de las guías

Las guías del proyecto INTEGRRA fueron concebidas como un conjunto de documentos que se complementan entre sí, para servir de herramientas a las instituciones y a sus profesionales en la gestión de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Para ello, la guía No. 1 explica los conceptos básicos sobre la integración de los servicios de SSR, sus beneficios y las herramientas fundamentales para lograr una gestión eficaz de los mismos. En el sistema de gestión de los servicios, se explica la necesidad de contar con un modelo de atención, que sea capaz de responder a las necesidades de los usuarios/as en el cual se incluyen dos procesos esenciales: a) Detección de Riesgos y Vulnerabilidad y b) Asesoría.

Para implementar el proceso de Detección de Riesgos y Vulnerabilidad se creó la guía No. 2 y para el proceso de Asesoría la guía No. 3. Estas dos guías son fundamentales para lograr los propósitos del proyecto.

Recomendación para la lectura de las guías

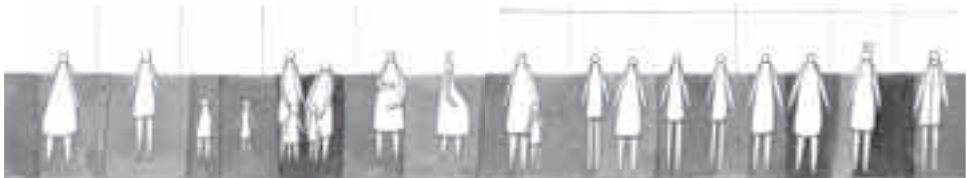
Teniendo en cuenta la forma como fueron concebidas, se recomienda al lector que revise las guías en el orden en que se encuentran en el manual, de manera que pueda comprender que papel juegan la Detección de Riesgos y Vulnerabilidad (guía No. 2) y la Asesoría (guía No. 3) en el desarrollo del modelo de gestión de servicios de SSR (guía No. 1). Esta recomendación es más relevante, si quien revisa las guías es un miembro del grupo directivo responsable de los servicios.

De igual forma, las guías pueden utilizarse como apoyo al trabajo diario de los profesionales que trabajan en la atención de las personas. Las pautas allí contenidas les permitirán desarrollar de mejor manera su labor, sobre todo en los aspectos relacionados con la promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención, y la detección temprana de los eventos que la amenazan.

GUÍA 1

GESTIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Cómo orientarlos
hacia la prevención
de los problemas en SSR,
en especial del VIH/Sida,
mediante un enfoque
de calidad y de derechos



PROYECTO INTEGRA
Proyecto Interagencial del Sistema de Naciones Unidas en Colombia
(ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF)
y el Ministerio de la Protección Social

Coordinación del Proyecto
Dr. Iván Javier Angarita Gálvez

Comité Técnico del Proyecto
Nohora Corredor, MD MSc – UNICEF
Ricardo García Bernal, MD MSc – ONUSIDA
Bertha Gómez, MD – OPS/OMS
Ricardo Luque Núñez, MD – MPS
Mary Luz Mejía Gómez – UNFPA
Rafael Pardo, MD – OPS/OMS
María del Pilar Rodríguez, MD – UNICEF

Autores de la guía
Iván Javier Angarita Gálvez MD
Martha Lucía Alzate Enf.
Jacqueline Jaimes OD
Jaime Núñez MD
María Iraidis Soto Enf.

Expertos y expertas que validaron la versión inicial de la guía
Marcela Arrivillaga Ps., Martha Patricia Bejarano Enf., Blanca Inés Cabiativa Enf.,
Nohora Corredor MD, Ricardo García MD, Bertha Gómez MD, Carlos Jaramillo MD,
Mary Luz Mejía Gómez., Leonardo Montero Riascos MD, Rafael Pardo MD,
Humberto Rojas Ps, Edy Salazar Enf., Rafael Usme Ps., Martha Valdivieso Enf.,
Claudia Patricia Valencia Enf.

Revisión Final
Iván Javier Angarita Gálvez MD, MA

Índice

Introducción	17
Panorama del VIH/Sida y la SSR	19
Marco operativo	21
Marco político	21
Marco normativo	24
Gestión integral de los servicios de SSR	26
Conceptualización	26
Retos y dificultades	30
Lineamientos para la gestión integral en los SSSR	31
Planificación del sistema de gestión	33
<i>Información de entrada</i>	33
<i>Resultado del proceso de planificación</i>	34
<i>Participación del personal</i>	34
<i>Alineación con la estrategia de la organización</i>	34
Direccionamiento del sistema	38
<i>Liderazgo</i>	38
<i>Responsabilidad</i>	38
<i>Autoridad</i>	38
<i>Integración de los conceptos de liderazgo, responsabilidad y autoridad</i>	39
<i>Comunicación</i>	39
Disposición de recursos para el sistema	41
<i>Sistemas de información</i>	42
<i>Redes de servicios</i>	43
<i>Sistema de referencia y contrarreferencia</i>	45
La gestión del talento humano	46
Definición de competencias del talento humano	46
Mantenimiento y mejora de competencias	48
Definición del modelo de atención y sus procesos	49

Propuesta de un modelo de atención	50
Medición, análisis y mejora	53
<i>Indicadores</i>	53
Construyendo un modelo de atención	56
Autoevaluación	56
<i>Recolección de información</i>	57
<i>Balance de la información</i>	58
Revisión y análisis	58
Toma de decisiones y seguimiento	59
<i>Probando la alternativa</i>	59
<i>Ajustes posteriores a la decisión</i>	60
Bibliografía	61
Anexos	63
Indicadores cualitativos para IPS	63
Oferta de asesoría para VIH en SSSR	63
Oferta de asesoría integral en SSR	63
Indicadores cuantitativos para IPS	64
Demanda de asesorías	64
Falta de asesoría	64
Demanda de pruebas voluntarias para VIH	64
Pruebas reclamadas	65
Tasa de demanda de pruebas de VIH	65
Satisfacción de usuarios	65
Oferta de asesores	66
Eficiencia del talento humano	66
Costo/eficacia del tamizaje	66
Formato de reporte de indicadores de IPS	67
Normograma aplicable a SSSR	70

La presente guía propone una serie de lineamientos básicos para promover y fortalecer la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva, creando las condiciones apropiadas para insertar la asesoría como herramienta de prevención y diagnóstico, no solo para la infección por VIH, sino como parte fundamental de las acciones en salud dirigidas a los y las usuarias de dichos servicios, con el fin de mejorar su calidad e incrementar la cobertura a aquellas poblaciones que no acceden a ellos, especialmente las más vulnerables.

La guía tiene en cuenta los resultados de la caracterización de los SSSR realizada por la coordinación del proyecto INTEGRA en una muestra de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los municipios del país involucrados en la fase de validación del proyecto, la cual se constituyó en insumo para enfocar, orientar y aportar directrices de gestión acordes con su realidad y las necesidades de los y las usuarias, en busca de una mayor eficiencia y eficacia.

Además, se enmarca en los lineamientos políticos y normativos del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, del Ministerio de Protección Social, la política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH 2004-2007, las políticas internacionales de UNFPA, OMS/OPS, UNICEF y ONUSIDA en materia de SSR, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la Declaración del Milenio de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) del año 2000, que dentro de sus objetivos pretende: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades.

A continuación, se describen, una serie de aspectos conceptuales y operativos relacionados con la gestión de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, que facilitan la integración de actividades relacionadas con la identificación del riesgo y la vulnerabilidad, la oferta abierta de asesoría y la realización de pruebas voluntarias para la detección temprana, con algunas recomendaciones puntuales que sirven de orientación para la prestación integral de estos servicios con mayor eficiencia, eficacia y calidad.

Se utiliza un lenguaje sencillo, propositivo y optimista en medio de la dinámica actual de las instituciones del SGSSS, teniendo en cuenta los objetivos del Proyecto INTEGRA, las tendencias en materia de VIH, ITS y los desafíos para liderar

y lograr cada vez más, una gestión institucional flexible, innovadora y dinámica.

La guía se encuentra organizada en seis partes. En cada una de ellas se describen en forma general aspectos conceptuales de gestión y se induce al lector a observar, pensar, reflexionar, actuar y transformar desde una nueva perspectiva, la gestión de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, buscando contribuir con la reducción de barreras de acceso, ampliación de la cobertura y acceso universal a los SSSR.

De igual forma, se proporcionan algunas referencias bibliográficas, que le permiten al personal de salud, contar con otras fuentes de consulta para profundizar, complementar o aclarar asuntos relacionados con los contenidos tratados, los cuales deben ser adaptados según necesidades y exigencias de los SSSR.

La guía está dirigida a directores, coordinadores y/o responsables de los servicios de SSR en el ámbito de la prestación y/o el aseguramiento, así como a profesionales de salud que tienen entre sus funciones brindar orientación, atención, asesoría y tratamiento a personas, familia o comunidad, en actividades relacionadas con SSSR.

Por tanto, es responsabilidad de cada persona que provee estos servicios, profundizar en aquellos temas que de acuerdo con su competencia y perfil, requieran de mayor manejo de habilidades o conocimientos de gestión y actitudes favorables hacia el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que presta. Igualmente, cada institución deberá adaptar los contenidos que considere pertinentes de acuerdo con su nivel de complejidad, características particulares, región, cultura, idiosincrasia, características de sus usuarios, recursos humanos y técnicos.



¡ Recuerde... !

Esta guía puede ser utilizada y adoptada para fortalecer la integralidad en la prestación de los servicios de SSR que se ofrecen en las instituciones.

Quizá ningún otro problema de salud actual nos haya permitido abordar simultáneamente tantos factores del ser humano y tantas temáticas como la infección por el VIH y el Sida; alrededor de este fenómeno podemos hablar de amor, sexo, dolor, moral, temor, terror, confianza, economía, política, misterio, promoción y prevención, de adelantos científicos, fracasos y éxitos, solidaridad, soledad, abandono, cooperación, literatura, comunicación, información, periodismo, farmacia, psicología, medicina, enfermería, educación, responsabilidad, corrupción... en fin, de la vida y de la muerte. Pero, ¿podemos decir que ello nos ha permitido construir una respuesta eficaz para el problema? Lamentablemente, la respuesta es NO.

De acuerdo con el informe nacional presentado por el Ministerio de la Protección Social (MPS) a UNGASS¹ correspondiente al periodo 2003-2005, el número total de casos notificados de infección por VIH y Sida en el país, desde 1983 hasta el 31 de diciembre de 2005, ascendió a 46.815 casos, de los cuales 28.060 correspondieron a personas con VIH, 10.283 a personas viviendo con Sida y alrededor de 7.055 a muertes causadas por el Sida.²

Estos datos presentan un importante subregistro frente a las proyecciones realizadas por ONUSIDA, que para el 2005 estimaba en 0,7% la prevalencia para personas entre 15 y 49 años³. De otro lado, el acceso a tratamiento aún no alcanza los niveles esperados; la última estimación nacional reportó que aproximadamente el 54.8% de los pacientes estaba recibiendo Terapia Anti Retroviral (TAR), variando según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Según este dato, se estima que cerca de 12.000 pacientes reciben actualmente tratamiento anti retroviral combinado.⁴

Así mismo, a la par con el crecimiento de la epidemia de VIH/Sida, también se han incrementado diversos problemas relacionados con el ejercicio de la salud sexual y reproductiva de la población. El cáncer de cuello uterino en mujeres, y el de próstata en hombres, son los de mayor incidencia en Colombia⁵. La tasa de mortalidad materna en Colombia en el año 2005 fue de 68 fallecimientos x 100.000

¹ Ungass (por su nombre en inglés). Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida

² Ministerio de la Protección Social. "2006 Country Progress Report: Colombia". Bogotá. 2006

³ Estimación de la Epidemia de VIH/Sida en Colombia. Ministerio de la Protección Social y expertos. Bogotá, Agosto de 2005

⁴ Reunión de Consenso de estimación de coberturas del TAR. Ministerio de la Protección Social, Octubre de 2005

⁵ Marion Piñeros, Jacques Ferlay, Raúl Murillo. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 1995-1999. Instituto Nacional de Cancerología, 2005.

nacidos vivos, una cifra demasiado elevada para su nivel de desarrollo. Países de la región de las Américas tienen tasas inferiores como Costa Rica con 11.2, Venezuela 67.2 y Canadá la tasa mas baja con 2,5 muertes x 100.000 nacidos vivos.⁶ La fecundidad de las adolescentes aumentó en la década de 1986 a 1995 de 70 a 89 por mil; en 2005 la tasa fue de 90 por mil. La proporción de adolescentes alguna vez embarazadas pasó de 19 a 21 por ciento en los 5 últimos años.⁷

Los anteriores datos, sumados a los costos de la atención se constituyen en todo un reto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como garante del derecho a la salud y justifican la intención de fortalecer la integración de los SSSR, capacitando las personas que ocupan cargos directivos en entidades de salud y que tienen la posibilidad de decidir para actuar de manera preventiva y proactiva, frente a un problema de gran interés general.

En respuesta a estos desafíos se han venido planteando diferentes modelos de intervención como el Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida⁸, el cual promueve, entre otras estrategias: la promoción de la salud sexual y reproductiva, las acciones que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población, el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión del VIH, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección; el control de riesgos biológicos y la bioseguridad, la detección temprana de la infección por VIH, la vigilancia en salud pública, la atención integral de las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS), y el monitoreo constante de la gestión en este campo.

Es por eso que las acciones de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, acordes con tendencias mundiales en todos los campos empresariales, de servicios y bienes, deben estar presentes en la gestión de las IPS, y EPS, con el propósito firme de buscar la accesibilidad, la seguridad, la pertinencia y la oportunidad, en especial en la prestación de Servicios de Salud Sexual y de Salud Reproductiva.



¡ Recuerde... !

La presente guía apoya y facilita la incorporación de las acciones de identificación de riesgo y vulnerabilidad, asesoría en los SSSR, con el fin de incrementar la cobertura y mejorar la calidad en la atención, a través del fortalecimiento de la gestión institucional.

⁶ Fuente: OPS/OMS. Indicadores básicos. 2006

⁷ Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia. 2005

⁸ Ministerio de la Protección Social. "Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida". Bogotá. 2006

Marco político

La Constitución Política de Colombia es la fuente principal a partir del cual se han desarrollado los derechos y deberes relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva. En los artículos 11, 13, 15, 16, 21, 48 y 49 se consagran los derechos fundamentales tales como el derecho a la igualdad, la integridad, la intimidad, la honra, al buen nombre, la salud y seguridad social y en su artículo 2 se establece la obligación del Estado de garantizar los derechos y deberes del ciudadano.

En concordancia, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁹ recoge los compromisos internacionales adquiridos por Colombia en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos¹⁰, en el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción¹¹ y establece el marco conceptual y estratégico de la SSR en el país, a partir de la definición de la Organización Mundial de la Salud:

“La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como

⁹ Ministerio de la Protección Social. “Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2002 - 2006” UNFPA. Febrero de 2003

¹⁰ Entre otros, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención Americana de Derechos Humanos, Convención de Belém do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y Convención de los Derechos del Niño.

¹¹ Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital¹².

Como líneas de intervención, la política de SSR determina las siguientes:

- Atención del parto.
- Atención al recién nacido.
- Planificación familiar de hombres y mujeres.
- Control prenatal y detección temprana de alteraciones del embarazo.
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino y lesiones preneoplásicas de cuello uterino.
- Detección temprana de cáncer de seno.
- Atención a personas con infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida.
- Atención al menor, adolescente y mujeres maltratadas.

De igual manera el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/Sida, Colombia 2004-2007¹³, referencia las estrategias y acciones a desarrollar por los diferentes actores y sectores del país. El Plan está estructurado en tres ejes temáticos, y considera como ejes transversales la equidad de género y los derechos humanos:

- Eje I: Coordinación interinstitucional e intersectorial. Monitoreo y evaluación.
- Eje II: Promoción y prevención.
- Eje III: Atención y apoyo.

Consecuente con la PNSSR y el Plan Intersectorial, el Ministerio de la Protección Social formuló el “Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida” y la “Guía para el manejo del VIH/Sida, basada en la evidencia¹⁴”; formulando una propuesta de modelo de atención que sirve de enlace entre los lineamientos de las políticas en salud, la gestión de los servicios y la Guía de Atención en VIH/Sida. Este modelo de gestión tiene como objetivos:

¹² Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

¹³ Ministerio de la Protección Social. Republica de Colombia. ONUSIDA.2004. Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/sida – Colombia 2004-2007

¹⁴ Resolución 3442 de 2006. Anexo. MPS - Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Fedesalud. Bogotá, 2006

1. Contener la epidemia del VIH.
2. Detectar tempranamente la infección por VIH.
3. Detener la progresión de VIH a Sida y la aparición de resistencias al tratamiento con antirretrovirales.
4. Monitorear y evaluar.

La propuesta del proyecto INTEGRA incorpora conceptos y enfoque de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud¹⁵, por la cual se determinan los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia a partir de tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia; definiendo para cada uno de estos ejes estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar.



¡ Recuerde... !

Las metas de la política de salud sexual y reproductiva están orientadas hacia:

1. Reducir el 26% de la fecundidad en menores de 20 años.
2. Reducir en 50% la tasa de mortalidad materna evitable.
3. Mantener la prevalencia general de la infección por VIH por debajo de 0.5% y reducir en un 20% la infección perinatal por VIH/Sida.
4. Reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1000 nacidos vivos y eliminar la hepatitis B en recién nacidos.
5. Alcanzar la cobertura de detección temprana de citología cervico-vaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, según esquema.
6. Incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual contra la mujer y los menores.

¹⁵ Ministerio de la Protección Social. 2005. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

Marco normativo

Desde el ámbito jurídico, nuestro país cuenta con legislación aplicable a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y a la implementación de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se presenta en los anexos. Son de destacar:

A. La resolución 412 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y por la cual se adoptan normas técnicas para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, dentro de las cuales se incluyen:

- Atención del parto.
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Detección temprana del cáncer de seno.

Igualmente se definen las guías de atención de enfermedades de interés en salud pública, dentro de las cuales se encuentran:

- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, sífilis, VIH/Sida)
- Menor y mujer maltratados
- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
- Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo

B. El Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud (SOGCS), el cual define el marco conceptual y normativo para la implementación de sistemas de calidad orientados al logro de estándares adecuados a las necesidades en salud de la población.

C. El Decreto 1543 del 12 de Junio de 1997¹⁶ por el cual se reglamentó el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), el cual se fundamenta en el respeto a los Derechos Humanos, impone una

¹⁶ República de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Diario Oficial No. 43.062, del 17 de junio de 1997. Decreto 1543 de 1997.

serie de regulaciones para evitar la discriminación a causa de vivir con el VIH o con Sida, y contempla aspectos de prevención y asistencia integral: establece la creación de protocolos de atención a pacientes con VIH, establece el consentimiento informado sobre las pruebas y define todos los aspectos relacionados con la garantía de la confidencialidad. Además se establece la conformación del Consejo Nacional de Sida (Conasida) como instancia de coordinación intersectorial para el direccionamiento de las políticas y estrategias relacionadas con el VIH y Sida y como organismo asesor del MPS.

- D. El acuerdo 245 de 2003 que establece la política de atención integral de patologías de alto costo y en su Artículo 5to resuelve que sean definidas por parte del Ministerio de la Protección Social las guías de manejo clínico de las patologías asociadas al VIH incluyendo acciones de promoción y prevención primarias, secundarias y terciarias específicas, de acuerdo con los contenidos del Plan Obligatorio de Salud - POS.

- E. La Resolución 3442, por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica". La Guía de atención para VIH/Sida sigue los lineamientos y metodología aceptados internacionalmente, modificando sustancialmente las guías de atención existentes —principalmente la incluida en la Resolución 412 de 2000— para las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

GESTIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SSR

Conceptualización

La denominación Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) contempla tanto los programas y servicios existentes, mediante los cuales se prestan las actividades, procedimientos e intervenciones contemplados en el PAB y en el POS¹⁷, como los servicios individuales (ambulatorios u hospitalarios) donde se hace educación, promoción, prevención y atención de aspectos de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción tales como infecciones de transmisión sexual, control prenatal y perinatal, partos, abortos, cáncer de órganos reproductivos, violencia sexual, consultas para el jóven, consultas de ginecología, urología, actividades extramurales, etc.

Estos programas y servicios han sido fundamentales en el desarrollo del sistema de salud y son reconocidos por la población como componentes básicos del portafolio de cualquier institución, existiendo incluso una demanda espontánea de los mismos, como producto de su permanencia dentro de los servicios contemplados por el sistema, a través de las distintas reformas de la seguridad social. A pesar de su historia, la prestación de los servicios sigue conduciéndose con modelos que fueron desarrollados hace más de 30 años, cuando el concepto de “enfoque al cliente” no existía y conceptos como el de “gestión” que se estaban desarrollando dentro del mundo empresarial, eran casi desconocidos en el sector salud.

El concepto de “gestión” ha sido ampliamente debatido. El DRAE¹⁸ lo describe como *“Acción y efecto de gestionar, acción y efecto de administrar y cuasicontrato que se origina por el cuidado de intereses ajenos sin mandato de su dueño”*. En otro diccionario¹⁹ se describe como *“Hacer los trámites o diligencias necesarios para resolver un asunto y dirigir o administrar una empresa o negocio”*.

Desde el punto de vista del estudio de las ciencias administrativas, la Gestión se relaciona con la capacidad de innovar para generar productos (tales como pro-

¹⁷ Acorde con lo establecido en la normatividad vigente del Ministerio de la Protección Social de Colombia.

¹⁸ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

¹⁹ http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee_diccionario.html

cesos, tecnologías, modelos de atención, etc.) que den respuesta a las necesidades o expectativas²⁰ de los clientes.

Dicho concepto ha venido siendo adoptado en el campo de los servicios como una forma de buscar constantemente formas novedosas de proveerlos, mejorarlos y garantizar su seguridad, lo que en salud es crítico toda vez que el producto (consultas, cirugías, actividades educativas, etc.) no se puede almacenar y probar antes de ser entregado, sino que es elaborado en el momento mismo de su prestación, dentro de márgenes de error muy estrechos, pues su ocurrencia implica riesgos para la salud o la vida de las personas.

En el campo específico de la SSR, la adecuada “gestión” de estos servicios es una manera de transformar la prestación para centrarla en la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población desde una perspectiva de derechos, utilizando una herramienta de intervención personalizada como la asesoría. Teniendo en cuenta las diferencias entre las distintas instituciones que prestan estos servicios en cuanto a orientación estratégica, cultura organizacional, recursos, etc., y las diferencias de los entornos en las que están ubicadas, la gestión de los servicios contempla la búsqueda de formas creativas de desarrollar modelos de atención que se adapten a las necesidades de la población y a las de cada organización.

Podemos entonces considerar la gestión integral de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva como el proceso dinámico, flexible y sistemático de articulación de los recursos disponibles, para producir servicios de calidad que respondan a las necesidades en SSR de las personas y contribuyan eficazmente en la prevención de los eventos adversos y patologías derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción²¹, así como en su detección temprana, con especial atención a la infección por VIH. La Gestión Integral se debe orientar a:

1. Promover una visión integral de la persona, en el campo de la SSR.
2. Facilitar el uso de los SSSR.
3. Ampliar la cobertura de los SSSR hacia la población.
4. Responder integralmente a las necesidades en SSR de cada persona.
5. Disminuir barreras de acceso.
6. Racionalizar recursos y costos.
7. Lograr beneficios sociales.

²⁰ La necesidad es entendida como la demanda de un satisfactor y la expectativa como las condiciones en que se desea recibir ese satisfactor. Las necesidades y expectativas no son siempre evidentes ni explícitas y requieren ser interpretadas por el proveedor.

²¹ Incluyen la infección por VIH/Sida, las ITS, el cáncer de cuello uterino y próstata, la mortalidad materna, las gestaciones no deseadas o en población adolescente, etc.

En la visión del Proyecto INTEGRA, la gestión integral de los SSSR puede desarrollarse en dos ámbitos:

1. El ámbito individual, para que además del abordaje particular del problema objeto de cada programa (citología, cuidado prenatal, planificación, etc.), se detecten las demás necesidades en SSR del individuo y se abra la puerta a su satisfacción, con especial atención a la prevención del VIH, utilizando la oferta de asesoría como herramienta universal en los SSSR.
2. El ámbito organizacional, para que los modelos de atención consideren la estructuración de programas y/o servicios integrales de atención en SSR, orientados a la satisfacción de las necesidades de la población, mediante estrategias novedosas para promover el disfrute de una vida sexual y reproductiva sana, la prevención de los eventos adversos, en especial de la infección por VIH, y la adopción de herramientas de mejoramiento continuo de su calidad.

Los beneficios de una gestión integral para los diferentes actores son:

POBLACION GENERAL

1. Adopción de comportamientos protectores.
2. Procesos de modificación de las características sociales de vida que establecen condiciones de vulnerabilidad para la población.
3. Prevención primaria de las patologías que afectan la SSR.

ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB)

1. La implementación de servicios de prevención, tamizaje y diagnóstico en las IPS puerta de entrada, para disminuir el costo superior de las intervenciones requeridas en instituciones de mayor complejidad.
2. Racionalizar los costos del tratamiento de los eventos adversos en SSR a través de la instauración temprana de tratamientos e intervenciones y su prevención.
3. En el caso del VIH, el suministro de antirretrovirales que frenen la progresión de VIH hacia el Sida.
4. Compromiso y responsabilidad social en el logro de objetivos de interés en salud pública.
5. Mejoramiento continuo de la atención en salud que se traduzca en satisfacción de los usuarios y por ende en un factor preponderante en la elección de EAPB

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

(Clínicas, hospitales, IPS, profesionales independientes)

1. Optimización en el uso de recursos.
2. Aumento en la eficiencia clínica asistencial.
3. Mayor integralidad en la atención en salud.

4. Mejoramiento continuo de la atención en salud que se traduzca en satisfacción de los usuarios y por ende en un factor preponderante para la elección y contratación de prestadores en el mercado.
5. Fortalecimiento de la gestión institucional.
6. Mejoramiento en el acceso a las poblaciones más vulnerables.

PERSONAS VIVIENDO CON VIH/Sida (PVVS)

1. Detección temprana del VIH.
2. Instauración oportuna de TAR que incidan en la calidad y cantidad de vida.
3. Educación y empoderamiento mediante acciones permanentes para mejorar la comprensión de la situación y el manejo autónomo de las diferentes circunstancias que se enfrentarán en el futuro, buscando con ello minimizar la dependencia y los procesos de exclusión social consecuentes.²²
4. Acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones que frenen la progresión de VIH hacia el Sida.

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD (DTS)

1. Garantizar el derecho a la salud de su población.
2. Flexibilizar y disminuir las barreras de acceso para la atención.
3. Cumplimiento de sus funciones, compromiso y responsabilidad social en el logro de objetivos de interés en salud pública.

La Gestión Integral de los SSSR es una forma de desarrollar las características o atributos esenciales de la calidad de la atención en salud que han sido establecidos por diferentes autores (Donabedian, 1966) y se constituyen en base fundamental para la toma de las decisiones. Ellos son:

- Accesibilidad • Oportunidad • Continuidad • Integralidad
- Disponibilidad • Satisfacción • Racionalidad técnico científica
- Eficiencia, eficacia y efectividad

Observe

reflexione  y actúe:

1. ¿Qué tanto se aplican y cumplen estos criterios por parte de los proveedores de los servicios?
2. ¿Cuál es el grado de conocimiento que se tiene de estos principios?
3. ¿Qué haría en su institución para lograrlos?

²² Ministerio de la Protección Social – Fedesalud. Modelo Programático de Atención en VIH – Sida. Bogotá. Septiembre 2006.

Retos y dificultades

Existen diversas situaciones que pueden convertirse en obstáculos para la gestión integral de los SSSR y para que la misma cumpla con los propósitos señalados. Desde el concepto del proyecto ellas se constituyen en “barreras de acceso”, pues impiden de una u otra forma la utilización de los servicios de SSR para los fines previstos. Algunas de las barreras de acceso más frecuentes son:

- Estigma y discriminación.
- Ruptura de la confidencialidad por los miembros del equipo de salud, o por el manejo dado a la información.
- Tiempo de duración de las consultas y/o asesorías.
- Demora en el procesamiento de muestras en los laboratorios.
- Infraestructuras físicas que no permiten garantizar la privacidad.
- Interrupciones durante la consulta.
- Exceso de trámites para recibir atención oportuna.
- Sistemas de asignación de citas poco ágiles.
- Modelos de contratación orientados al cumplimiento de coberturas o metas financieras, sin considerar el costo/efectividad de las acciones desarrolladas.
- Diferencias entre los planes de beneficios a los que tienen derechos usuarios/as de los diferentes regímenes del sistema.
- Diferencias en la oferta de servicios en distintas zonas de una misma ciudad y entre regiones del país.
- Características culturales, epidemiológicas y/o demográficas de la población.
- Desconocimiento del lenguaje y simbologías de la población.
- Diferencias generacionales entre usuarios y los profesionales de los SSSR.
- Mal funcionamiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contrarreferencia entre IPS y entre estas y las EAPB, etc.

Observe

reflexione  y actúe:

1. ¿Usted como gerente o proveedor de estos servicios conoce el contexto socio cultural y demográfico de sus usuarios?
2. ¿Cada cuánto actualiza la caracterización de este contexto?
3. ¿Qué razones tiene para no hacerlo?
4. ¿Qué otros aspectos tendría en cuenta?
5. ¿Cuáles son las principales barreras de acceso para la prestación de SSSR en su institución?
6. ¿Qué estrategias establecería para reducirlas y eliminarlas?

LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN INTEGRAL EN LOS SSSR

Como se ha mencionado anteriormente, la Gestión Integral de los Servicios de SSR se fundamenta en la perspectiva de los Derechos Sexuales y Reproductivos, para buscar que las instituciones de salud puedan desarrollar formas novedosas de prestar los SSSR, logrando niveles de calidad satisfactorios para las organizaciones y para sus usuarios/as.

Para el proyecto INTEGRA, la gestión integral se puede lograr concibiendo los SSSR como un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), cuyo propósito fundamental es lograr la satisfacción de todos los interesados, utilizando el enfoque basado en procesos y la mejora continua, como principios fundamentales.

En un SGC, los propósitos que busca cada uno de los interesados se convierte en un requisito para el sistema. Estos propósitos pueden ser expresados de distintas formas: los estados y sus instituciones los plasman en políticas internacionales y nacionales, leyes, decretos, etc.; la sociedad y sus organizaciones mediante declaraciones, encuestas, recomendaciones; las instituciones en su plataforma estratégica, normas internas, estándares y procesos; los usuarios/as a través de sugerencias, reclamos, peticiones, expectativas y estudios de necesidades. Ejemplos de estos requisitos son los Objetivos del Milenio acordados por la Asamblea de Naciones Unidas, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida, la resolución 412/2000, la visión, misión y objetivos estratégicos de cada institución, los objetivos de los programas de SSR, los resultados de los estudios sobre satisfacción de usuarios/as del sistema de salud, etc.

A partir de los requisitos del sistema, se deben identificar los procesos básicos²³ y los procesos de apoyo²⁴ necesarios para cumplir con dichos requisitos y sus interacciones, pues con frecuencia las “salidas” o productos de un proceso se convierten en “entradas” o insumos del siguiente proceso. La identificación y ges-

²³ El término “procesos básicos” se refiere a aquellos procesos que son fundamentales para prestar el servicio y que usualmente son visibles para el usuario/a, como por ejemplo Asignación de Citas, Atención Médica, etc. El conjunto de procesos básicos constituyen el Modelo de Atención.

²⁴ El término “procesos de apoyo” se refiere a aquellos procesos que garantizan la calidad de los insumos y personas requeridos para el servicio y que usualmente no son percibidos por el usuario/a, a menos que fallen. Como ejemplo están: la Selección de Personal, el Mantenimiento de Equipos, la Compra de Medicamentos, etc.

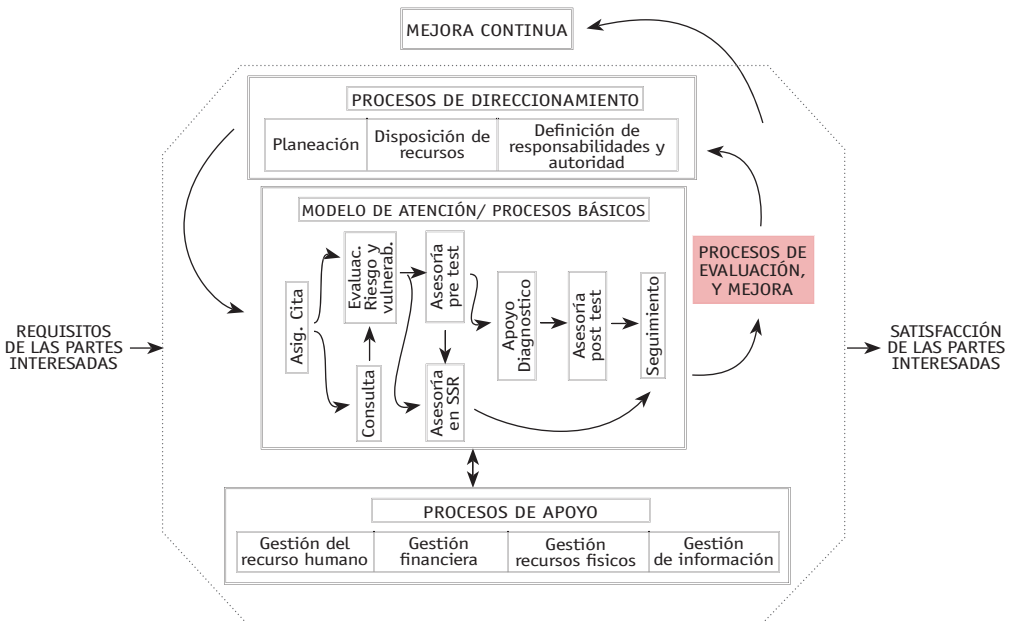
tión sistemática de los procesos empleados, y en especial la determinación de las interacciones entre tales procesos se conoce como Enfoque Basado en Procesos.

Para asegurar que los procesos básicos y los de apoyo cumplan con los requisitos de las partes interesadas, es necesario construir procesos para el direccionamiento del sistema, mediante los cuales se puedan definir: responsabilidades, niveles de autoridad, tomar decisiones con base en los resultados obtenidos, procesos para evaluar, analizar y mejorar el sistema, retroalimentar la toma de decisiones, ajustar los aspectos que no estén bien y mejorar los que hayan alcanzado un adecuado nivel.

En la figura 1 se presenta un ejemplo de un SGC para SSSR donde se muestra el enfoque basado en procesos y la interacción entre los tipos de procesos mencionados:

- Procesos básicos ó Modelo de atención
- Procesos de apoyo
- Procesos de direccionamiento
- Procesos de evaluación, análisis y mejora

Figura 1. Ejemplo gráfico de un Sistema de Gestión de la Calidad para SSSR



Nótese que las partes interesadas proveen los requisitos para el sistema, y a su vez son la razón de ser del sistema. Lograr su satisfacción a través de la mejora continua se convierte en el propósito fundamental del SGC. Si se tiene en cuenta que los requisitos son cambiantes en el tiempo, los estándares de calidad a alcanzar siempre serán más altos. En este orden de ideas, la mejora continua no es más que la búsqueda continua de la excelencia.

Para desarrollar ésta propuesta de Gestión Integral, a continuación se revisan algunos de los lineamientos, detallando algunos aspectos fundamentales para su desarrollo e implementación.

Planificación del sistema de gestión

*“El éxito no se logra sólo con cualidades especiales.
Es sobre todo un trabajo de constancia, de método y de organización.”*

J.P. Sergent

La planificación es la organización anticipada de las estrategias, acciones, recursos y tiempo requeridos para lograr un objetivo, la definición de los resultados que racionalmente se pueden esperar y de los mecanismos para corregir las desviaciones que ocurran. Para desarrollar este proceso se dispone de una serie de métodos y técnicas, que el lector puede consultar en libros especializados. Sin embargo señalaremos aspectos esenciales del proceso (Adaptado de ICONTEC, 2000, pp 19-20 y Khadem, 2002).

Información de entrada

La información de entrada para una planificación eficaz y eficiente debe incluir:

- a) los objetivos estratégicos definidos por la organización a partir de su visión, en especial los relacionados con los SSSR,
- b) las necesidades y expectativas de los usuarios/as y de otras partes interesadas tales como clientes internos, junta directiva de la institución, entidades del estado, comunidad, etc.,
- c) la evaluación de los requisitos legales y reglamentarios (sobre todo los específicos del sector salud y los que regulan los SSSR),
- d) la evaluación de los datos de desempeño de los servicios ofrecidos (calidad de los mismos, aceptación por parte de los usuarios/as, calidad frente a la competencia),
- e) la evaluación de los datos de desempeño de los procesos (procesos que contribuyen a que el servicio se pueda prestar),

- f) las lecciones aprendidas de experiencias previas,
- g) las oportunidades de mejora (acciones que puedan llevar que algo que está bien, logre niveles más altos de calidad),
- h) los datos relacionados con la evaluación de los riesgos y la atenuación de los mismos.

Resultado del proceso de planificación

Los resultados de la planificación deben permitirle a la institución definir cuales son los SSSR que la institución ofrecerá con las características solicitadas en la información de entrada, cuales son los factores críticos de éxito a lograr, y como deben ser los procesos básicos para la prestación del servicio y sus procesos de apoyo, en términos de:

- a) las habilidades y conocimiento que se necesitan para esos SSSR,
- b) la responsabilidad y autoridad para la implementación de los SSSR y su mejora,
- c) los recursos necesarios, tales como los financieros y de infraestructura,
- d) los indicadores para evaluar el logro de la mejora en los SSSR (los que permitan medir los factores críticos de éxito),
- e) las necesidades de mejora, incluyendo métodos y herramientas, y
- f) las necesidades de documentación, incluyendo registros (manuales, circulares, planillas, guías clínicas, etc. que se requieran).

Participación del personal

“A nadie le gusta que le impongan lo que debe hacer”. La participación más que una estrategia populista es una necesidad imperiosa de las organizaciones. La participación asegura el tener en cuenta el punto de vista de otros, es decir, sus conocimientos, experiencia y expectativas y genera sentido de pertenencia con lo planificado.

Un buen proceso de planificación mantiene altas dosis de participación, pero igualmente exige un gran compromiso para que lo planificado sea respetado al implementarse, de manera que se genere confianza y credibilidad al interior de la institución.

Adicionalmente, la participación del personal es esencial para lograr la coordinación de las acciones entre distintas áreas de la institución, esencial para unificar criterios y garantizar el trabajo organizado que permita la obtención de los objetivos.

Alineación con la estrategia de la organización

La estrategia es el conjunto de intenciones que se erigen como faro para guiar la organización. Refleja los sueños compartidos por cada uno de sus miembros a par-

tir de sus vivencias y saberes, del contexto local y global en que se mueven (social, político, económico, cultural, etc.) y de lo que esperan las otras partes interesadas de la organización. La estrategia permite definir los factores críticos de éxito que se desean lograr, para satisfacer todos esos sueños.

Aunque existen muchas herramientas para formular la estrategia, usualmente las organizaciones utilizan la Planeación Estratégica y expresan sus sueños e intenciones en las frases que componen la visión, misión, valores y objetivos estratégicos.

Desafortunadamente, es común que las frases definidas se queden en simples palabras publicadas en carteles o protectores de pantalla, sin que sean comprendidas por los colaboradores de la institución y mucho menos, que se conviertan en la guía permanente de trabajo.

El proceso para lograr que la estrategia organizacional cumpla su propósito, se conoce con el nombre de Alineación. La alineación “..... se refiere a una condición deseable, dentro de la cual las tareas de las personas se unen con un propósito común, y donde sus líneas de acción se integran por completo. En las empresas verdaderamente alineadas, las personas no trabajan con propósitos contrarios y no impiden el progreso de los demás” (Khadem, 2002, Introducción)

Siendo los SSSR parte fundamental de las instituciones de salud, la alineación entre el quehacer de los mismos y la estrategia organizacional es imperiosa para lograr su desarrollo. Estar “alineados” es garantía de apoyo, participación y disponibilidad de recursos. Los siete conceptos de la alineación son (Khadem, 2002, p 69):

- **La responsabilidad alineada:** Significa que a partir de un propósito se debe asignar en cada nivel las responsabilidades necesarias, definiendo cual es el factor crítico de éxito en cada uno de ellos.

Asignar responsabilidades implica necesariamente asignar la autoridad necesaria para asumirla, de lo contrario, sería como decirle a un cirujano que opere un paciente, pero que cada corte o sutura que deba realizar la consulte primero con el jefe del departamento. De otro lado, el factor crítico de éxito será aquel que permita cumplir a cabalidad con el objetivo, que en cada nivel contribuye al logro de la estrategia de la organización.

- **La información enfocada:** Significa que de acuerdo con las responsabilidades y los factores críticos de éxito definidos, cada persona centre su atención únicamente en los datos indispensables para controlar si está consiguiendo o no alcanzar las metas definidas para cada factor. Ello implica “dejar de nadar en un mar de datos” y seleccionar solamente los que le puedan indicar confiable-

mente los avances o retrocesos, es decir, para saber lo que se destaca (buenas noticias) y lo que se deteriora (malas noticias).

- **Las capacidades alineadas:** Asignar responsabilidades a quien no tiene las aptitudes necesarias para lograrlo es condenarlo al fracaso. Por eso, es importante definir que capacidades se requieren en cada nivel de responsabilidad, que acciones efectuará la organización para colocar las personas correctas en el sitio correcto y para mantener su competencia y motivación. (Puede ampliar esta información más adelante en la sección de “Gestión del Talento Humano”).
- **Los comportamientos alineados:** Los comportamientos de los miembros de una organización reflejan las cosas en las que creen y que los mueve a actuar de una u otra forma. Cuando sus comportamientos no favorecen la consecución de los propósitos de la organización se enfrenta un problema mayúsculo, pues los comportamientos generan hábitos y estos construyen la cultura de la organización.

Al definir la estrategia de la organización es necesario revisar cuales comportamientos existen en la organización, cuales de ellos son positivos y negativos para el logro de la estrategia. Esto permitirá definir los valores que requiere la estrategia, los comportamientos que son congruentes con la estrategia y la manera en que en cada nivel de responsabilidad se favorecerán los comportamientos adecuados y se desestimularán los negativos.

- **Los equipos alineados:** Son innegables las ventajas del trabajo en equipo. No obstante, no siempre el trabajo en equipo contribuye al logro de la estrategia.

Comúnmente, los equipos de trabajo se conforman por áreas, cuya responsabilidad recae en una persona. En sus reuniones, se dedican a revisar lo que cada uno de los miembros ha hecho para lograr sus metas y las dificultades que han tenido, por lo que la mayor parte del tiempo se vá en tratar los intereses particulares y no los del grupo.

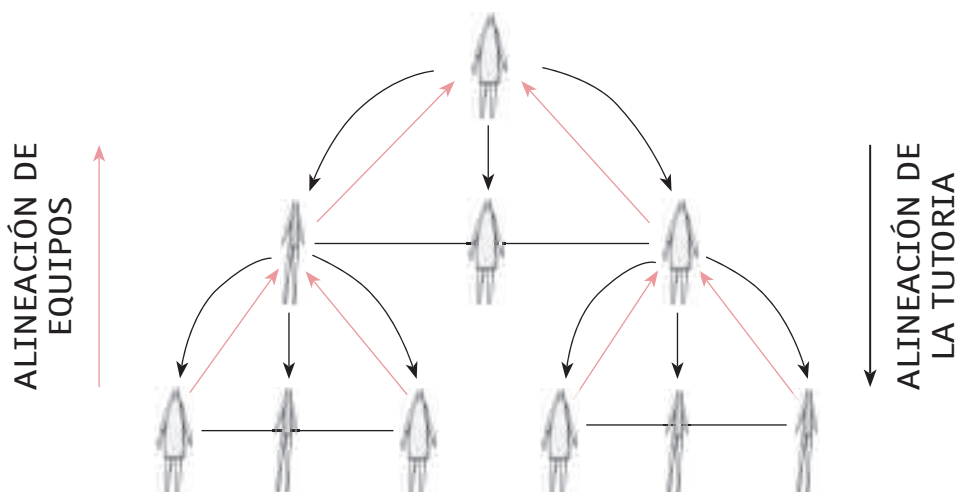
Alinear equipos significa cambiar este enfoque para que estos equipos se dediquen a evaluar, ajustar y volver a revisar los propósitos comunes que usualmente son los que son responsabilidad del líder, repitiendo la misma mecánica a través de toda la escala jerárquica (ver figura 2).

- **La tutoría alineada:** Al trabajar en equipos alineados puede pensarse que las ideas e iniciativas individuales desaparecen en función del equipo. Para ello la

alineación de equipos se complementa con la tutoría alineada, que significa que la responsabilidad de los líderes no termina al controlar que su equipo contribuya al logro de sus objetivos, sino que requiere dedicar tiempo a brindar el acompañamiento a cada uno de sus miembros para orientar, aconsejar y enseñar, es decir, para ayudar a que sus colaboradores logren sus resultados y los del equipo (ver figura 2).

- **Las compensaciones alineadas:** Cambiar el enfoque de la organización para que esté alineada con la estrategia implica que los estímulos refuercen dicha alineación. No es consecuente promover una cosa y premiar otra. Alinear las compensaciones implica desarrollar un plan de estímulos (monetarios y no monetarios) que recompensen el buen manejo de la información, el desarrollo de competencias, el trabajo en equipo, los cambios o mejoras en los comportamientos deseados, etc.

Figura 2. Esquema gráfico de la complementariedad entre los equipos alineados y la tutoría alineada²⁵



²⁵ Modificado de Khadem, Riaz. Alineación Total. Grupo Editorial Norma. Bogotá, 2005

Direccionamiento del sistema

Los procesos y los servicios son posibles porque al interior de las instituciones existen personas con las capacidades necesarias para impulsar, coordinar y organizar la elaboración de las tareas planificadas.

La forma como se aprovechan las capacidades de las personas es fundamental en ésta tarea y es necesarios diferenciar muy bien los siguientes conceptos y su relación:

Liderazgo

El liderazgo es entendido como la capacidad que tiene una persona de generar confianza, motivación y deseos en otras personas, para llevarlas a desarrollar alguna tarea o labor hasta el final.

El liderazgo no necesariamente está ligado a la autoridad, razón por la cual es indispensable reconocer y aprovechar la capacidad de liderazgo de diferentes miembros de una institución, independiente de su posición jerárquica. Es importante controlar al interior de la organización los temores que pueden generar entre los directivos, el hecho que personas que no ostentan sus posiciones, puedan ser responsabilizadas de liderar procesos dentro del sistema. Igualmente, es necesario preveer, como se alinearán las compensaciones, cuando se asignan nuevas responsabilidades.

Responsabilidad

Es la obligación que tiene cada persona de asumir los resultados positivos y negativos de las acciones que ejecuta (o deja de ejecutar) o le son encomendadas.

Dentro de un SGC la responsabilidad debe ser entendida no solo como un acto individual, sino colectivo, en la medida en que el Enfoque Basado en Procesos demuestra como las interacciones generan responsabilidades compartidas. Adicionalmente, la responsabilidad está ligada a la autoridad, pues ésta se convierte en un medio para cumplir las tareas.

Autoridad

Es la potestad que se brinda a una persona para mandar y lograr que se cumpla lo ordenado.

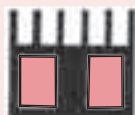
La autoridad está ligada a la responsabilidad en la medida en que le permite a la persona tomar las decisiones que sean razonables con los resultados deseados, pero también de asumir las consecuencias de dichas decisiones. Cuando se combinan en una persona el liderazgo y la autoridad los resultados se potencian.

Integración de los conceptos de liderazgo, responsabilidad y autoridad

Una tarea fundamental en la implementación de un SGC es asignar responsabilidades y autoridad en los niveles apropiados de la organización. No es posible asumir responsabilidades sin delegar autoridad. Igualmente es irresponsable delegar autoridad sin asumir responsabilidades. Si adicionalmente estas dos facultades se conceden en cada nivel, a personas con capacidades de liderazgo, se asegura en gran proporción que los resultados serán los deseables.

El propósito de implementar de manera integral estos tres conceptos es permitir el flujo del sistema y evitar que se presenten “cuellos de botella”, que impidan tomar las decisiones en el momento justo, situación frecuente en instituciones donde dicha tarea es exclusiva de la gerencia o de un grupo reducido de directivos.

Observe



reflexione **y actúe:**

1. ¿Están definidos la autoridad y las responsabilidades en cada nivel de su institución?
2. ¿Se aprovechan las personas con capacidad de liderazgo o se ejecutan tareas para desarrollar habilidades de liderazgo?
3. ¿La falta de decisiones es la causa de alguna barrera de acceso para la prestación de SSSR en su institución?
4. ¿Qué estrategias establecería para reducir y eliminar las barreras existentes por problemas de liderazgo, responsabilidad y autoridad?

Comunicación

Especial atención dentro de los procesos de direccionamiento, merecen los procesos de comunicación, en las instituciones que prestan SSSR.

La comunicación debe ser entendida como una función social del ser humano, que no solo es innata sino indispensable en organizaciones sociales como son las instituciones de salud. No es posible direccionar una institución, construir procesos, ni mucho menos mejorarlos si no existe comunicación entre las personas que los ejecutan, y entre ellas y las partes interesadas en dichos procesos (usuarios/as, clientes internos, directivos, el estado, la comunidad, etc.).

Por ello no solo es necesario permitir la comunicación, sino que se deben fortalecer los medios ágiles y efectivos para lograrla. Al alinear equipos y alinear la tutoría, básicamente se están definiendo procesos de comunicación. Estos procesos deben convertirse en espacios de interacción y crecimiento personal, en los

que se propicie la reflexión sobre los propios miedos, temores, estigmas, discriminación y se construyan o reconstruyan nuevos sentidos, significados sobre un ejercicio profesional en el que prime el respeto por los derechos y la calidad de los servicios que se prestan.

Habitualmente, las instituciones utilizan medios de comunicación verbal y escrita tales como reuniones, comités, correspondencia oficial y divulgación de información, folletos, plegables, cartillas, manuales, talleres, medios virtuales, etc. Sin embargo, se suele abusar de algunos de estos medios, suponiendo que son eficaces para todos los propósitos e incluso imponiendo alguno de ellos sin mayores consideraciones.

La efectividad que se puede obtener de cada uno de ellos variará de acuerdo con su utilización en los contextos apropiados, y el acatamiento de las reglas básicas definidas para el desarrollo de cada uno. No obstante, la clave para obtener el mayor provecho radica en que se explore cuales son los hábitos de comunicación que la organización ha desarrollado, cuales sirven a sus propósitos y se pueden aprovechar, cuales se deben desestimular y cuales se pueden implementar aunque no hayan sido explorados. Independiente del medio que se elija en cada caso, las comunicaciones deben ser:

- Oportunas.
- Claras y concretas.
- En un lenguaje corto, sencillo y comprensible para quien recibe el mensaje.
- Acordes con las características sociales, culturales y educativas de cada receptor.
- Confidenciales en el grado que se requiera en cada caso.

Observe

reflexione  y actúe:

1. ¿En su institución con qué mecanismos de comunicación se cuenta?
2. ¿Cómo son las comunicaciones al interior de los SSSR?
3. ¿Qué se podría mejorar?
4. ¿Qué estrategias establecería para que los mecanismos de comunicación sean aceptados?

Disposición de recursos para el sistema

Ningún sistema de gestión puede funcionar si no cuenta con los recursos necesarios para garantizar su calidad. “Los recursos pueden ser personas, infraestructuras, ambiente de trabajo, información, proveedores y aliados, recursos naturales y recursos financieros” (Icontec, 2000, p 25).

Sin embargo, cuando se piensa en recursos es frecuente centrarse en lo financiero o lo físico, cuando la mayoría de sistemas no fallan por estos aspectos, sino por la falta de recursos intangibles como procesos y procedimientos definidos, indicadores de evaluación, entrenamiento y capacitación, datos para la evaluación, etc.

Al realizar un inventario de los recursos necesarios para la prestación de los SSSR, es necesario tener en cuenta que los primeros a proveer son los definidos por la legislación del sector salud. Estos recursos no son optativos y es obligación de cada institución garantizarlos²⁶.

Una vez garantizados estos recursos básicos es necesario abordar otros tópicos que parten de los demás requisitos del sistema definidos por las partes interesadas, como ya se mencionó.

En primer lugar se debe tener en cuenta el concepto de expectativas de los usuarios/as, que se refiere a la forma como perciben el servicio y a las condiciones en las cuales desean recibir esos servicios; en la mayoría de los casos estas expectativas tienen que ver con aspectos tangibles e intangibles del servicio tales como:

- Comodidad, decoración, iluminación y apariencia general de los espacios locativos tales como salas de espera, consultorios, recepción, etc.
- Calidez y amabilidad en la atención brindada por cada una de las personas que intervienen en el proceso.
- Lenguaje utilizado por los profesionales para comunicarse con ellos.
- Continuidad en la atención por el profesional y el equipo que lo respalda.
- Atención integral a sus necesidades.
- Pocos trámites y agilidad en los mismos.

En segundo lugar, se debe tener en cuenta los recursos que no siendo visibles para el usuario/a, son indispensables para satisfacer sus necesidades y expectativas, pero que también le van a permitir a la organización hacer más eficaz y eficiente el

²⁶ Para ampliar esta información se recomienda consultar entre otras, la normatividad vigente sobre Requisitos de Habilitación, el decreto 1543/1997, la resolución 412/2000, la resolución 1164/2002 y la Guía para el Manejo de la Infección por VIH/Sida en Colombia, adoptada mediante resolución 3442/2006.

sistema, ya sea por que potencian la prestación de los SSSR y los sistemas de salud o porque facilitan las tareas, contribuyen a la mejora de los procesos o ahorran costos de no calidad. Veamos algunos.

Sistemas de información

Un sistema de información tiene como propósito la provisión de datos e información útil para la toma de decisiones.

Con frecuencia se confunde el sistema de información con el software utilizado para recolectar y procesar los datos, por lo que se cree que al adquirir éste último, se soluciona cualquier problema en éste campo. Infortunadamente la realidad es que cuando no hay claridad sobre que se debe saber, cuando saberlo y como, la implementación de un software puede llevar a un caos a la organización.

El primer parámetro para definir el sistema de información es saber lo que se quiere saber y quien lo quiere saber. Ello se determina al definir los factores claves de éxito mencionados en la "Planificación del Sistema", y luego, al revisar las obligaciones definidas legal o contractualmente.

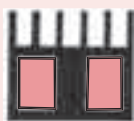
A partir de esa definición se establecen las fuentes de los datos que existan (historia clínica, RIPS, archivos magnéticos, registros de asesorías y consentimiento informado, etc.) o las que haya que crear, la periodicidad con que se requieren los datos, los flujos de información y los responsables (quien le debe entregar que a quien). En los SSSR se recogen múltiples datos que se destinan a diferentes cosas:

- Cumplir con la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública.
- Cumplir los compromisos contractuales.
- Satisfacer las necesidades de información de la organización.
- Cumplir requerimientos legales.

Sin embargo, en muchos casos, el grado de aprovechamiento de los datos no compensa el esfuerzo y los recursos invertidos para recopilarlos. Incluso es frecuente encontrar que los datos que son importantes para la organización no se recolectan, mientras que otros que no son fundamentales si están disponibles. Si los datos no son útiles a alguien no deberían recolectarse, salvo obligación legal.

El sistema debe diseñarse de tal forma que garantice la confidencialidad de la información del usuario/a, pues esta es su propiedad y no puede ser divulgada de manera que permita su identificación. En este aspecto es fundamental que las personas que participan en el sistema de información reciban la formación apropiada, para que no se conviertan en fuente de violación de derechos.

Observe



reflexione **y actúe:**

1. ¿Cómo funciona el sistema de información en su Institución y en los SSSR?
2. ¿Qué utilidad da a la información derivada de este sistema para mejorar los SSSR?
3. ¿El personal de salud de los SSSR está debidamente capacitado para participar en el sistema de información?
4. ¿Qué estrategias establecería para mejorar su sistema?

Redes de servicios

Ninguna institución es capaz de ofrecer el ciento por ciento de los servicios de salud que una comunidad requiere, por lo que es fundamental la cooperación (y no la competencia) con otras instituciones que se encuentren en el mismo territorio, e incluso fuera de él.

Ese es el fundamento del concepto de redes, como conjuntos de unidades productoras de servicios (de salud y de otros campos), de variado nivel de complejidad que se encuentran articuladas entre sí, administrativa y funcionalmente, para brindar bienestar a la población.

La conformación de las Redes de Servicios es una estrategia para mejorar de manera eficiente y racional el uso de los recursos disponibles, incrementar la eficacia de los servicios en la solución de problemas prioritarios de salud pública, y distribuir de manera equitativa la oferta de servicios.

La red constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden vincularse, ya sea por una relación contractual o mediante una alianza estratégica. Sus características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicidades, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutoria, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración, por lo que el liderazgo, es válido para cada uno de los integrantes. De esta forma se da paso al cambio de una forma jerárquica de organización piramidal, a la concepción de red como forma de articulación multicéntrica²⁷ (ver figura 3).

El fundamento de la red es que los servicios que cada uno aporta sean los que su capacidad instalada le permite prestar, en las condiciones prometidas y con los

²⁷ Mario R. Rovere, REDES EN SALUD: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad

mínima que le sirva de soporte, como procesos definidos, un sistema de información, registros, personal entrenado, instancias de dirección y coordinación, etc., que deben ser divulgados y conocidos por el personal de nivel operativo que lo usará en la atención de los usuarios/as beneficiarios de la red.

Sistema de referencia y contrarreferencia

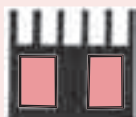
El sistema de referencia y contrarreferencia es el motor de la red de servicios y es el mecanismo para que opere y garantice continuidad, integralidad y oportunidad en la resolución de necesidades y demandas de los usuarios.

El sistema de referencia y contrarreferencia permite el flujo de usuarios/as para:

- Atención de mayor complejidad al interior de los SSSR.
- Acceder a la asesoría en cualquier campo de la SSSR.
- Realización de pruebas de laboratorio, cuando en la IPS no se cuente con ese recurso.
- Seguimiento y control.
- Acceder a servicios sociales, educativos, culturales, etc., que contribuyan a recuperar o mejorar la SSR.

Los principios fundamentales a desarrollar en los sistemas de referencia y contrarreferencia son la corresponsabilidad y el respeto, para comprender como abordar problemas comunes, el papel de la contrarreferencia como mecanismo para garantizar la continuidad en la atención, el conocimiento de las acciones realizadas con una persona y la racionalidad en la referencia, etc, como medios de utilización apropiada de los recursos existentes y no como forma de “deshacerse” de los casos no deseados.

Observe



reflexione  **y actúe:**

1. ¿En su institución se conocen y se cuenta con redes de apoyo para referencia de los casos que superen su capacidad de resolución?
2. ¿Con qué mecanismos cuenta para verificar el cumplimiento de los procesos de referencia y contra referencia de sus usuarios/as?
3. ¿Identifica con regularidad las dificultades para que los usuarios/as y proveedores estén o no satisfechos?
4. ¿Tiene previsto un plan de mejoramiento para que el proceso de referencia y contrarreferencia sea eficaz?

La gestión del talento humano

La gestión del talento humano va más allá de los clásicos procesos de seleccionar, vincular, capacitar y evaluar el desempeño de las personas responsables de una organización.

El concepto de gestión adquiere aquí un matiz especial, dado que se parte de la noción de que las instituciones no son otra cosa que organizaciones sociales, donde en consecuencia el ser humano es su esencia misma. En forma general, la provisión de un servicio cualquiera tiene las siguientes características:

- Se hace de manera directa y en el momento requerido, pues los servicios no se pueden fabricar y almacenar para cuando se necesiten.
- Requiere una gran participación de personas para su prestación.
- Tiene un gran componente subjetivo, pues depende de la forma como se relacionen el proveedor y el cliente.

Si a esto adicionamos, que en el campo de la SSR existen mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema siga siendo tabú para la población, es fácil comprender que las personas dedicadas a la provisión de SSR deben tener unas características y competencias particulares, por lo que las instituciones de salud deben desarrollar procesos innovadores para mantenerlas a la altura de las necesidades. Para lograr este propósito, se revisan a continuación dos aspectos fundamentales en la gestión del talento humano.

Definición de competencias del talento humano

Una competencia es el conjunto de conocimientos teóricos, habilidades, destrezas, actitudes y experiencia que son requeridos en el desempeño de una labor. En ese sentido, las competencias se deben establecer a partir de las características que los clientes de dicho servicio esperan y los requisitos de otras partes interesadas.

A manera de orientación y solo como una guía para que cada institución defina las competencias que deben tener las personas que presten los SSSR, se listan algunas de ellas²⁸:

- Comprendo la importancia de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos y realizo acciones para respetarlos y promoverlos.
- Reconozco y acepto la existencia de grupos con diversas características de etnia, edad, género, oficio, lugar, situación económica, etc.

²⁸ Algunas de estas competencias han sido tomadas o adaptadas del documento "Estándares Básicos de Competencias Ciudadanas" (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2004). Se recomienda su lectura para ampliar la información.

- Expreso rechazo ante toda forma de discriminación o exclusión social.
- Identifico prejuicios, estereotipos y emociones que me dificultan sentir empatía o prestar servicios a algunas personas o grupos y exploro caminos para superarlos.
- Comprendo que cada persona y su situación de salud es única y ligada a su contexto social, cultural, político, económico, etc.
- Reconozco que todos tenemos derechos a la privacidad e intimidad, soy respetuoso/a de ellas y exijo su respeto.
- Reconozco la necesidad de estar permanente actualizado y entrenado sobre los temas básicos en SSR, tales como asesoría, VIH/Sida, ITS, regulación de la fecundidad, neoplasias frecuentes que afectan los órganos sexuales y reproductivos, género y diversidad sexual y normatividad.
- Conozco y utilizo la asesoría como herramienta básica de prevención individual y detección de patologías relacionadas con la SSR.
- Conozco y utilizo estrategias didácticas durante la asesoría y las actividades de prevención en SSR.
- Conozco y respeto las reglas básicas del diálogo, como el uso de la palabra y el respeto por la palabra de la otra persona, como base fundamental de la asesoría.
- Identifico factores de riesgo y vulnerabilidad relacionados con el ejercicio de la SSR y ayudo a las personas a explorar formas de eliminarlos o reducirlos.
- Puedo hacer uso racional y adecuado de los recursos a mi disposición.
- Evalúo los resultados obtenidos en los procesos de atención y los uso para mejorar.
- Aprecio el trabajo en equipo y reconozco sus ventajas para la prevención de eventos adversos en SSR.
- Escucho y respeto, las razones de mis compañeros/as durante discusiones grupales, incluso cuando no estoy de acuerdo.

No se pretende que cada uno de los funcionarios/as de los SSSR reúna todas las competencias requeridas. Esa aspiración es utópica y desconoce la naturaleza del ser humano. Es preferible definir unas competencias básicas que sean comunes para todas las personas y a partir de allí considerar los tipos de cargos y desglosar cuales son esos conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y experiencia específicos, que le van a permitir a cualquier persona que asuma un cargo determinado, cumplir con la misión para la cual fue creado.

De igual manera, el talento humano de los SSSR se debe concebir como un EQUIPO interdisciplinario de personas que se complementan entre sí, a partir del reconocimiento de sus fortalezas y limitaciones, para que en conjunto logren las competencias requeridas para satisfacer las necesidades de las partes interesadas.

Las competencias deben entenderse como dependientes de las condiciones y necesidades a las cuales se busca dar respuesta, motivo por el cual deben cambiar o ajustarse, en la medida en que aquellas también se modifiquen.

Mantenimiento y mejora de competencias

Para garantizar el mantenimiento y la mejora de las competencias del talento humano, la institución puede adoptar diversas estrategias. Cada estrategia juega un papel en el logro de ese fin y se complementa con las otras. No las suple.

Las siguientes son ejemplos de maneras de lograrlo y deben aplicarse independiente de la forma de vinculación que se utilice:

- **Proceso de selección:** Su fin es garantizar que cualquier persona que se vincula a un SSSR, ya sea porque ingresa a la institución, es trasladada o promovida, cumpla con las competencias que se han definido para el cargo.

Su implementación se hace mediante la realización de pruebas que permitan evaluar cada competencia. Estas pruebas pueden ser revisión de hojas de vida, verificación de experiencia, entrevistas, exámenes escritos u orales, tests de habilidad y destreza, pruebas psicotécnicas, etc. Las pruebas escogidas deben ser acordes a la competencia a examinar, deben tener el mayor grado de objetividad posible y en lo posible ser ejecutadas por distintas personas.

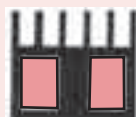
- **Proceso de inducción:** Con el se busca que la persona adecuadamente seleccionada reciba la información y entrenamiento sobre los procesos que son propios de la institución y del cargo que va a asumir. La inducción se debe realizar no solo al personal que ingresa, sino al que cambia de cargo dentro de la institución, pues usualmente los procesos en los que va a intervenir no son los mismos en los que venía laborando.
- **Proceso de formación:** Su papel es el de mantener o mejorar la competencia de las personas, la cual se va haciendo obsoleta por los avances científicos, los cambios de la normatividad y de las políticas, los cambios en los procesos de la organización, etc. Así como las competencias son específicas para cada cargo, los procesos de formación deben ser formulados con base en las necesidades particulares de los funcionarios.

La formación incluye actividades de capacitación, entrenamiento, información, etc. que pueden ejecutarse a través de diferentes estrategias didácticas tales como talleres, foros, estudios de caso, tutorías, conferencias, teleconferencias,

etc. Es muy importante evaluar la eficacia de los procesos de formación, de manera que se pueda medir si mejoran o no la competencia de las personas. Estas evaluaciones son diferentes de los test que se efectúan inmediatamente termina una actividad, pues la eficacia se observa en la aplicación del conocimiento y esto usualmente solo se ve en la ejecución de las labores.

No hay que olvidar que la formación en el campo de la SSR y el VIH/Sida es una obligación legal en Colombia²⁹

Observe



reflexione **y actúe:**

1. ¿El talento humano de su institución está debidamente capacitado y desarrolla habilidades para prestar servicios de SSR incluyendo: identificación de vulnerabilidad y riesgos, asesoría y estrategias didácticas?
2. ¿Cuántos de quienes lo conforman poseen las habilidades y conocimientos necesarios y requeridos?
3. ¿Pueden ser multiplicadores de estas habilidades y conocimientos al interior de la institución?
4. ¿Están certificados para dar asesoría?
5. ¿Cada cuánto se actualizan en SSR, VIH, ITS, etc.?
6. ¿El personal que presta estos servicios está satisfecho?
7. ¿Al interior de la institución existe un plan de mejoramiento del recurso humano para garantizar calidad en la prestación de estos servicios?

Definición del modelo de atención y sus procesos

El modelo de atención es la estructura de procesos y las interacciones requeridas entre sí, para prestar los servicios de SSR. El modelo refleja la manera en que la organización ha concebido como satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas; es su “sello personal” y contiene el conjunto de características que la distinguen de otras organizaciones.

Para definir el modelo de atención, es fundamental la participación del personal al interior de la organización, pero también es muy útil la participación de clientes externos y otras partes interesadas, pues su mirada puede contribuir a visualizar aspectos no considerados por los responsables.

²⁹ Artículo 10, Decreto 1543 de 1997 del Ministerio de Salud

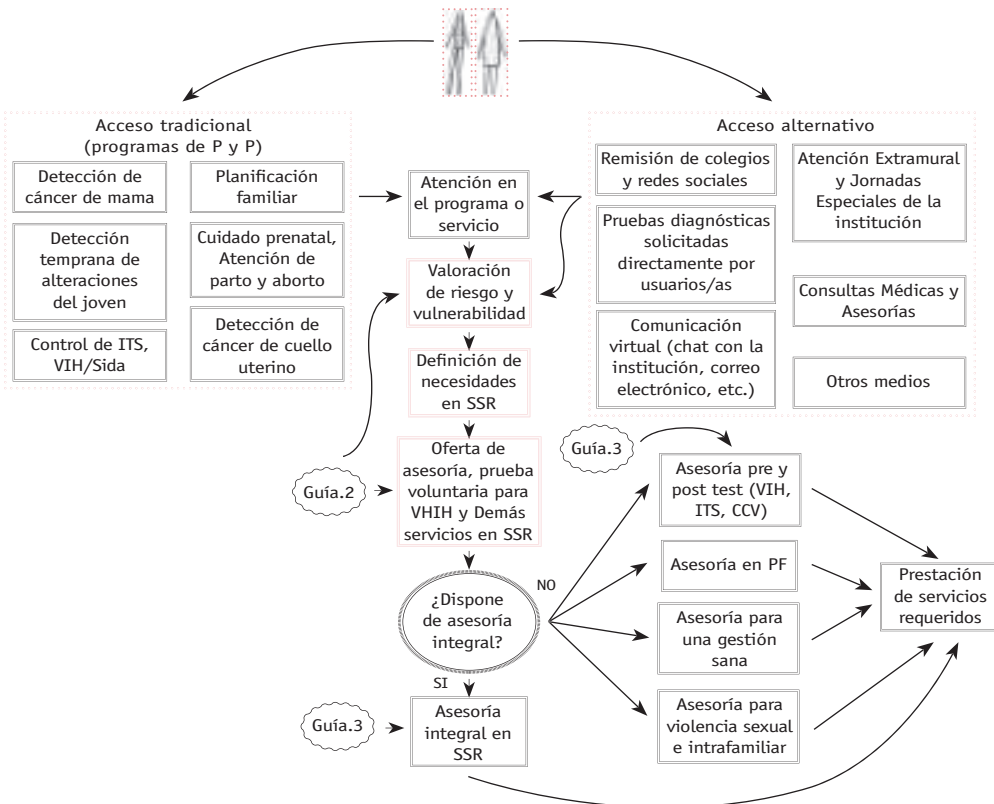
Un aspecto importante para que el modelo se enmarque dentro del concepto de gestión integral de servicios de SSR, es la posibilidad de aumentar el acceso a los mismos considerando mayores puertas de entrada. En los esquemas tradicionales, la única puerta de entrada es la consulta y no se consideran otras posibilidades. En la propuesta del Proyecto INTEGRA se considera fundamental garantizar el incremento en el acceso al servicio, pues solo de esa manera se puede materializar el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos aplicables y cumplir con el objetivo de brindar oportunamente información y educación para la prevención, realizar acciones de asesoría y detección temprana de infecciones, patologías u otros eventos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

De todas maneras, el modelo escogido por cada organización deberá ser el adecuado a sus necesidades, teniendo en cuenta los requisitos a satisfacer y los recursos disponibles.

Propuesta de un modelo de atención

Un ejemplo de integración de los SSSR se presenta en la figura que sigue

Figura 4. Modelo de atención para la prestación de SSSR



La primera característica de éste modelo es que amplía las posibilidades de acceder a los SSSR, mediante dos esquemas que no son excluyentes entre sí, convirtiéndose en “puertas de entrada”: a) a través de la demanda de los programas de SSR que están establecidos para los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo del SGSSS (acceso tradicional), y b) mediante actividades asistenciales, extramurales, complementarias o acciones de acercamiento con la población (acceso alternativo).

La segunda característica es que plantea el “tamizaje” de todas las personas que utilizan cualquier puerta de entrada, mediante la valoración de riesgo y vulnerabilidad, cuyo propósito es establecer cuales son las fortalezas y debilidades que el individuo tiene frente al ejercicio de su sexualidad y reproducción, ampliando su panorama.

La tercera característica consiste en que a partir del “tamizaje de riesgo y vulnerabilidad” se le pueda ofrecer la Asesoría, como un espacio ideal para analizar los factores de riesgo y las condiciones de vulnerabilidad detectadas, con el fin de definir en conjunto con él o ella, cuales son sus necesidades en SSR. La definición de necesidades se debe entender como un ejercicio en el que el profesional asesora al individuo suministrándole información, aclarando dudas y mitos e incentivando la reflexión, para que sea él quien de manera consciente concluya que situaciones desea cambiar, explorar o ampliar (necesidades).

Esto permitirá ayudarlo a que defina un plan individual de reducción de riesgo y vulnerabilidad y ofrecerle los demás servicios con los que cuenta la institución y la red de servicios a la que ésta se encuentra articulada, para que pueda implementar dicho plan, es decir, para que satisfaga sus necesidades en SSR.

En el modelo, la Asesoría se plantea de dos maneras no excluyentes entre sí: a) la asesoría integral en SSR mediante la cual se abordan todas las necesidades del individuo, y b) la asesoría enfocada a problemas específicos en SSR, donde principalmente se abordan necesidades prioritarias en el momento.

El proyecto recomienda a las instituciones que en la medida en que sus competencias vayan creciendo, transiten hacia un modelo de asesoría integral, lo cual no impide que si es necesario, existan asesorías orientadas a problemas específicos, que funcionen como complementación a la anterior. Las ventajas de la asesoría integral se muestran en la figura 5.

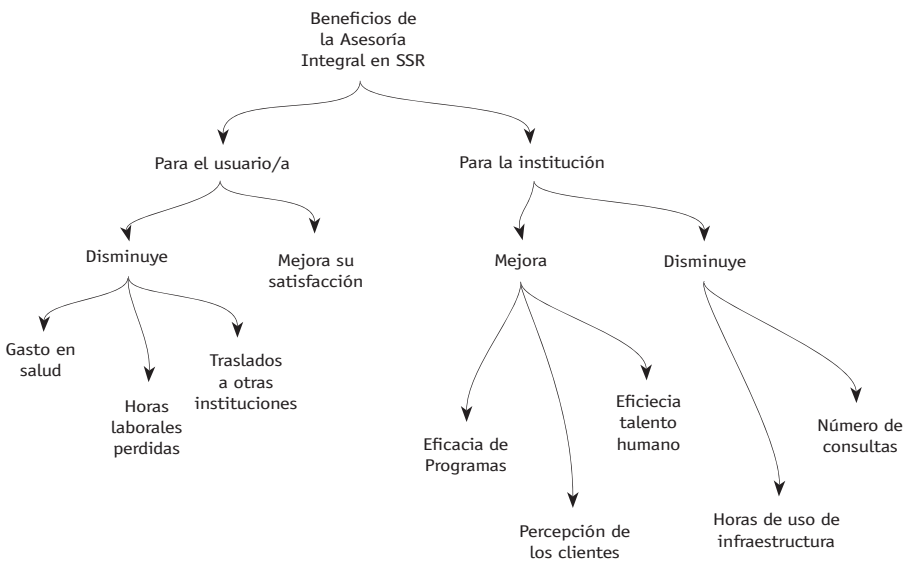
Es importante anotar que los procesos planteados en el esquema del modelo deben ser ajustados al contexto propio en que se desenvuelve cada institución y a las condiciones de sus usuarios/as. Por ejemplo, es posible que una persona no decida recibir una asesoría luego del tamizaje de riesgo y vulnerabilidad, ya sea por temores frente al proceso, situaciones emocionales, o simplemente por que no se sienta vulnerable o en riesgo frente al VIH o cualquiera de los otros eventos

adversos en SSR. En esos casos, tal vez sea preferible dejar la puerta abierta y reiterar la disposición de la institución para atenderlo en el futuro.

Igualmente, algunos individuos podrán requerir más de una sesión de asesoría para desarrollar un tema, o varias asesorías orientadas a distintos temas, para poder satisfacer sus necesidades.

Todas estas situaciones deberán ser tenidas en cuenta al momento de adoptar y adaptar el modelo en cada una de las instituciones de salud.

Figura 5. Beneficios de implementar la asesoría integral en SSR



Observe

reflexione  y actúe:

1. ¿En las asesorías actuales se tienen en cuenta aspectos como: las individualidades, el género, la cultura y las etnias, los aspectos sociales y familiares, las generaciones, la educación y la ocupación, los aspectos económicos?
2. ¿Qué barreras de acceso impiden una adecuada asesoría integral?
3. ¿Qué haría para lograr que los proveedores de SSSR en su institución realicen una adecuada asesoría integral?

Medición, análisis y mejora

Cualquier sistema de gestión como el aquí planteado tiene como propósito fundamental la mejora continua de su desempeño; por ello debe contar con un proceso para evaluar la congruencia entre los resultados obtenidos y los deseados, de forma que se puedan establecer los ajustes requeridos, cerrar las brechas detectadas y superar los logros ya alcanzados.

El insumo fundamental de este proceso lo constituyen los datos que hayan sido seleccionados para medir los logros, a partir de los cuales se tomarán las decisiones. Estos datos pueden ser cualitativos o cuantitativos y se pueden presentar de distintas maneras: datos crudos, gráficos, tablas, indicadores, etc. Por su importancia revisaremos algunos aspectos claves de los indicadores:

Indicadores

Los indicadores son una buena manera de medir los cambios logrados por el Sistema de Gestión Integral de SSSR.

Un indicador es la expresión cuantitativa o cualitativa del estado en que se encuentra una variable o conjunto de variables y generalmente mide aspectos considerados “de éxito” ó “críticos”. Los indicadores más populares son los cuantitativos y ellos se expresan mediante números enteros, decimales, razones, proporciones, tasas, etc.

Comúnmente los indicadores reciben “apellidos”, según la clasificación usada. Por ejemplo, se pueden clasificar según el campo del conocimiento en el que se utilicen; así los que utilizamos para saber el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad de una población se conocen como “epidemiológicos”, o los que utilizamos para saber las condiciones económicas de un país, se llaman “económicos”.

También se pueden categorizar según su aplicación en las distintas etapas de un sistema. Así hablamos de indicadores de “estructura”, cuando se miden variables relacionadas con el soporte del sistema; de “proceso” cuando miden la forma en que se realizan las acciones; y de “resultado” cuando miden los productos o el impacto conseguido por el sistema.

En la actualidad es común encontrar que todos los indicadores son llamados de forma genérica “indicadores de gestión”, debido a que se asume el concepto de “gestión” en sus significados comunes (ver pág. 26). No obstante, cuando aplicamos el concepto de gestión ligado a la capacidad de innovación, su medición adquiere una connotación distinta y muy específica, por lo que cualquier indicador no podría ser llamado “de gestión”.

Dentro de nuestro sistema de gestión de SSSR, el primer paso para definir un indicador es saber lo que se necesita medir, lo cual se responde revisando los factores críticos de éxito establecidos por la organización para cada nivel de responsabilidad (ver pág. 34). Estos factores especifican los resultados que se quieren obtener y por lo tanto las variables a vigilar.

A partir de allí, se debe construir la mejor manera de medir el factor, lo que significa construir el indicador con unas características específicas: El indicador debe ser lo suficientemente sensible como para informar cuando suceda o deje de ocurrir el hecho vigilado. Además de eso, el indicador debe ser oportuno (cada cuanto se requiere el dato), sencillo, claro y confiable, es decir, debe ser comprendido por todos los usuarios del mismo y debe proveer la información esperada con exactitud.

Un ejemplo de un indicador que cumple con estas características es del combustible en un vehículo automotor. Este debe dar aviso en todo momento sobre la cantidad de combustible y eso se logra mediante la aguja en el tablero (cuantitativo), pero también debe indicar cuando solo quede el combustible de reserva, lo que se hace mediante el encendido de un bombillo o señal luminosa (cualitativo).

Como se observa, el indicador de combustible es sensible porque responde inmediatamente a las variaciones en la cantidad, es sencillo porque utiliza un lenguaje de fácil comprensión, es oportuno porque informa la cantidad de combustible en el momento requerido, es claro porque utiliza símbolos identificables para cualquier persona (la aguja cambia de posición y el color amarillo del bombillo indica precaución) y es confiable, porque informa con buena exactitud la cantidad de combustible en el tanque y en el momento en que es escaso, pero suficiente para llegar hasta una estación de servicio.

No hay que olvidar que un indicador es solo un aviso de que algo considerado importante sucedió o no sucedió; no se pueden pretender que el mismo explique las razones del hecho, lo cual requiere recabar más información y analizarla. En el mismo ejemplo, el indicador de combustible dice cual es la cantidad restante, pero no puede decir como se gastó. Para saberlo el conductor deberá analizar su forma de conducir, el tráfico presente, si el terreno es plano o pendiente, e incluso revisar si hay fugas de combustible.

Ejemplos de un esquema para describir tanto un indicador cuantitativo (demanda de asesorías) como uno cualitativo (oferta de asesorías para VIH en SSSR) se muestran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Nombre del indicador: demanda de asesorías

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Evalúa el comportamiento de la demanda de asesorías por parte de las personas que acuden a los SSSR	(Número de personas asesoradas / número total de personas que consultan a los SSSR) x 100	Numerador: RIPS o registros de cada servicio. Denominador: RIPS o registros de cada servicio.	El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR	Mínimo 50%	IPS

Tabla 2. Nombre del indicador: oferta de asesorías para VIH en SSSR

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DEL DATO	RESPONS. MEDICIÓN
Evalúa la decisión de la IPS de implementar un ofrecer asesoría para VIH en todos los SSSR	Se responde con SI ó NO la siguiente pregunta: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría para la prueba de VIH?	La persona responsable en la IPS evaluará si existe la oferta en todos los servicios, o si por el contrario solo existe un servicio al cual se remiten las personas para que reciban la asesoría pre y post para VIH.	IPS

En los anexos de esta guía puede consultar un listado de los indicadores definidos para factores críticos de éxito del proyecto INTEGRA. Igualmente puede consultar los indicadores de la normatividad vigente para los SSSR incluidos en los planes de beneficios del SGSSS.³⁰

³⁰ Véanse los anexos de las resoluciones 412/2000 y 3442/2006 en la página Web del Ministerio de la Protección Social de Colombia www.minproteccionsocial.gov.co

CONSTRUYENDO UN MODELO DE ATENCIÓN

A partir de los conceptos planteados hasta el momento y habiendo ya establecido la importancia de contar con un modelo de atención que haga parte de un Sistema de Gestión Integral de SSSR, revisaremos una propuesta para construir en cada institución un modelo que se ajuste a los requisitos, necesidades y expectativas de las partes interesadas del sistema.

La construcción del modelo tendrá como eje fundamental el ciclo P.H.V.A.³¹ y durante el mismo se deben responder satisfactoriamente las siguientes preguntas básicas:

1. **Planear:** ¿Qué fue lo que se planificó y con que objetivos?
2. **Hacer:** ¿Qué resultados se obtuvieron en la ejecución de lo planificado ?
3. **Verificar:** ¿Los resultados obtenidos cumplen satisfactoriamente con lo planificado y los objetivos?
4. **Actuar:** ¿Cuáles son las razones de las desviaciones detectadas y qué acciones pueden aplicarse para lograr o mejorar los resultados?

Para ello se considerarán tres procesos básicos: a) Autoevaluación, b) Revisión y análisis y c) Toma de decisiones y seguimiento.

Autoevaluación

La autoevaluación es una apreciación cuidadosa que hace la organización de su sistema de gestión y de su modelo de atención, para emitir una opinión o juicio respecto a la eficacia y eficiencia del mismo en lograr la satisfacción de los requisitos, necesidades y expectativas de las partes interesadas.

La autoevaluación se debe realizar a partir de los datos e información existente, de su comparación con los propósitos y estándares a alcanzar y del análisis de la misma para poder emitir la opinión sobre su estado actual. El proceso de autoevaluación no reemplaza a los procesos de auditoría interna o externas, sino que es complementario a ellos. En éste modelo, la autoevaluación responde a las

³¹ Para mayor información puede consultarse bibliografía sobre el Ciclo de la Calidad o Ciclo de Deming.

preguntas del Planear y Hacer, mencionadas anteriormente. Veamos a continuación sus principales pasos.

Recolección de información

La organización debe organizar un grupo evaluador (máximo 3 personas) con miembros de distintos cargos que conozcan la organización a cabalidad y se reconozcan por su objetividad.

Mediante técnicas de entrevistas, revisión de información, visitas a las distintas áreas de la institución, el grupo recopilará la información necesaria para responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los propósitos generales de la organización y los aplicables a los SSSR, de acuerdo con su visión, misión y objetivos estratégicos (de largo plazo)?
- ¿Cuáles son los factores críticos de éxito definidos para saber que se está logrando la visión y los objetivos estratégicos?
- ¿Cuáles son las necesidades y expectativas de las partes interesadas en los SSSR (ver información correspondiente a usuarios/as, trabajadores, socios, directivos, proveedores, políticas públicas nacionales e internacionales, políticas de la organización, normas vigentes, etc.)?
- ¿Qué coherencia hay entre los propósitos de la organización definidos a través de la visión, misión y objetivos estratégicos, y las necesidades y expectativas de las partes interesadas?
- ¿Cómo son los procesos que ha diseñado la organización para cumplir con sus propósitos (ver los procesos de direccionamiento, apoyo, evaluación y el modelo de atención)?
- ¿Cómo se planificaron esos procesos en cuanto a recursos e insumos requeridos, características y competencias del talento humano para implementarlos, responsables, comunicación, etc.?
- ¿Cómo se controlan esos procesos (que se evalúa, como se evalúa, como se utilizan los datos de evaluación)?
- ¿Qué resultados se han obtenido a la fecha y en que medida han contribuido a lograr la visión, misión y objetivos estratégicos?
- ¿Qué acciones se han implementado a la fecha para corregir las desviaciones detectadas, o mejorar los logros obtenidos?
- ¿Han sido eficaces las acciones implementadas para corregir las desviaciones detectadas y mejorar los logros obtenidos?

Adicionalmente, se debe hacer una medición de los indicadores vigentes del proyecto INTEGRA, y de los indicadores que la institución ha definido para medir

los factores críticos de éxito, procediendo a registrarlos en el formato respectivo (en los anexos de esta guía se incluyen los indicadores del proyecto que se encuentra vigentes al momento de la publicación; sin embargo se recomienda consultar con la Coordinación del mismo para saber si existen modificaciones posteriores).

La medición de los indicadores servirá para establecer una línea de base que permita hacer comparaciones con mediciones posteriores, y saber los avances que la institución logre con la toma de decisiones de que trata este capítulo.

Balance de la información

En este paso, los evaluadores deben responder la pregunta planteada para el componente de “verificar”, revisando la información y procediendo a emitir una opinión objetiva para presentarla a la alta dirección de la organización y a las directivas de los SSSR.

En las conclusiones del informe, los evaluadores deberán señalar con claridad en cuales de los aspectos revisados mediante las preguntas no se cumple o no están conforme con lo planificado y con los resultados deseados.

Se recomienda realizar un informe conciso, corto y libre de detalles que no sean relevantes. Se deben evitar señalamientos o personalizar situaciones, pues con ellas solo se logra distraer la atención de los procesos y llevar a suponer que los problemas son de un individuo específico, perdiéndose la oportunidad de mirar todo el contexto de la organización.

Revisión y análisis

A partir del informe presentado, la alta dirección y directivas de los SSSR deben constituir un grupo de trabajo (se recomiendan máximo 5 personas) que represente a todas las partes interesadas en el mejoramiento de los SSSR, incluyéndolos a ellos mismos.

Este grupo se encargará de liderar el proceso de revisión y análisis cuyo propósito es esclarecer cuales son las causas de las desviaciones encontradas, para lo cual requerirán profundizar en cada aspecto e incluso recopilar información adicional a la presentada por los evaluadores.

Esta labor será más eficiente y confiable si se utilizan las llamadas Herramientas de Calidad para valorar las posibles causas y su efecto sobre los aspectos analizados. Entre las herramientas se encuentran los Diagramas Causa Efecto, Gráficos de Pareto, Tormenta de Ideas, Matrices, etc, que se pueden consultar en textos especializados.

Se recomienda no abordar todos los problemas a la vez, sino clasificarlos en orden de importancia y empezar con uno o dos de ellos, que serán trabajados hasta su solución definitiva. Los demás se irán abordando de acuerdo con un cro-

nograma razonable. El propósito es concentrar los esfuerzos, mejorar la eficiencia, mostrar resultados eficaces y con ello crear un ambiente propicio y ganar credibilidad, para que otras personas imiten las acciones. De esa forma se construye una cultura de calidad.

El producto del trabajo realizado en este paso es un informe donde se describe el problema analizado, las causas por las cuales se produce el problema y la clasificación de las mismas de acuerdo con la importancia que tiene cada una de ellas en la aparición del problema (de la más importante a la menos).

Toma de decisiones y seguimiento

Con base en el trabajo realizado por el grupo de Revisión y Análisis, la alta dirección y directivas de los SSSR, deberán plantear las alternativas de solución, que no son otra cosa que las acciones que permitan eliminar las causas del problema.

De nuevo, la idea es concentrar los esfuerzos en las causas más relevantes, pues así se aumenta la eficiencia del proceso y se asegura el impacto de las decisiones.

Para plantear y seleccionar las alternativas, también se pueden utilizar las mismas Herramientas de Calidad mencionadas anteriormente. Cuando se seleccione la alternativa o alternativas que permitan eliminar las principales causas del problema, se debe formular por lo menos un indicador que permita evaluar si al implementar la alternativa, se obtiene el resultado esperado

El producto de éste paso es un plan de acción donde se detallen la alternativa(s) escogida(s) (la que cause el mayor impacto), los responsables de ejecutarla(s), el cronograma, el indicador de eficacia con sus fuentes de información y las actividades, el costo de las actividades, y una descripción de los beneficios que se obtendrán (para los usuarios/as, los económicos, sociales, políticos, de imagen, etc.).

Probando la alternativa

Cuando la alternativa escogida implique cambios que puedan afectar sustancialmente a alguna de las partes interesadas, es preferible realizar una prueba piloto, de manera que se pueda conocer en un periodo corto de tiempo, si en el terreno las cosas funcionan como se planificaron.

Las pruebas pilotos permiten no solo medir las posibilidades de éxito, sino también hacer ajustes antes de generalizar una decisión.

Ajustes posteriores a la decisión

Una vez implementada la alternativa escogida, se debe hacer un seguimiento a los resultados durante el tiempo necesario para evaluar la eficacia de la misma y los logros.

Así, aunque se haya realizado una prueba piloto, se pueden realizar ajustes que permitan mejorar la eficacia de la decisión, o tener en cuenta variaciones en el entorno.

Este seguimiento será permanente y para el se podrán utilizar no solo los indicadores descritos en el plan de acción, si no la información cualitativa y cuantitativa que sea pertinente.

- Donabedian, A (2001). "Calidad de la atención médica". En: *Hospital y empresa* de Julio E. Toro. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.
- ICONTEC (2000). *Norma técnica colombiana NTC-ISO 9000*. Bogotá.
- ICONTEC (2000). *Norma técnica colombiana NTC-ISO 9004*. Bogotá.
- Khadem, R (2002). *Alineación total*. Bogotá. Editorial Norma.
- Malagón, J (1999). *Garantía de calidad*. Editorial Panamericana. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2002). *Política nacional de salud sexual y reproductiva*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social y Fedesalud (2006). *Guías para el manejo del VIH/Sida basadas en la evidencia*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2006). "Decreto 1011 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS". Bogotá.
- Ministerio de Salud (2000). "Resolución No. 412. Normas técnicas y guías de atención en salud y por la cual se reglamentan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento según el Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social". Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004). "Circular externa No. 00018. Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública". Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2007). "Decreto No. 1547". Disponible en: <http://www.minproteccion.social.gov.co/>
- Ministerio de la Protección Social (2006). "Resolución No. 1043 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud par habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención". Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social y Fedesalud (2006). *Modelo de gestión programática en VIH/Sida*. Bogotá.

Romero (2002). *Memorias del XXIII Congreso Colombiano de Ginecología y Obstetricia*. Cartagena.

Souza J. "HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Project Brazil 2002". *Rev. Saude Publica*. 2004; 38(6):764-72.

Watts DH. "Management of human immunodeficiency virus infection in pregnancy". *N. Engl J. Med*. 2002; 346(24):1879-91.

Indicadores cualitativos para IPS

Oferta de asesoría para VIH en SSSR

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DEL DATO	RESPONS. MEDICIÓN
Evalúa la decisión de la IPS de implementar un ofrecer asesoría para VIH en todos los SSSR	Se responde con SI ó NO la siguiente pregunta: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría para la prueba de VIH?	La persona responsable en la IPS evaluará si existe la oferta en todos los servicios, o si por el contrario solo existe un servicio al cual se remiten las personas para que reciban la asesoría pre y post para VIH.	IPS

Oferta de asesoría integral en SSR

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DEL DATO	RESPONS. MEDICIÓN
Evalúa la decisión de la IPS de implementar un modelo de asesoría integral en los SSSR	Se responde con SI ó NO la siguiente pregunta: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría enfocada a satisfacer todas las necesidades en SSR del usuario/a?	La persona responsable en la IPS evaluará si en los servicios de SSR se ofrece una asesoría que permita abordar todas las necesidades en SSR de la persona atendida, o si por el contrario no se ofrece asesoría o únicamente es enfocada al servicio específico.	IPS

Indicadores cuantitativos para IPS

Demanda de asesorías

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Evalúa el comportamiento de la demanda de asesorías por parte de las personas que acuden a los SSSR	(Número de personas asesoradas / número total de personas que consultan a los SSSR) x 100	Numerador: RIPS o registros de cada servicio. Denominador: RIPS o registros de cada servicio.	El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR	Mínimo 50%	IPS

Falta de asesoría

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Verifica la proporción de personas que NO reciben asesoría al realizarse pruebas diagnósticas para eventos en SSR	(Número de personas que NO reciben ningún tipo de asesoría / número de personas que se realizan una prueba diagnóstica presuntiva) x 100	Numerador: RIPS o registros de cada servicio. Denominador: Registros del laboratorio clínico.	El indicador se puede calcular en los siguientes casos: ELISA para VIH, citología vaginal, serología para Sífilis	Máximo 10%	IPS

Demanda de pruebas voluntarias para VIH

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Evalúa el comportamiento de la demanda de pruebas para el VIH por parte de las personas que acuden a los SSSR	(Número de personas que se realizan una prueba de ELISA para VIH / número de personas asesoradas en los SSSR) x 100	Numerador: RIPS, registros de cada servicio o del laboratorio clínico. Denominador: RIPS o registros de cada servicio.	El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR	Mínimo 30%	IPS

Pruebas reclamadas

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Es la proporción de pruebas presuntivas cuyo resultado es conocido por el usuario	(Número de usuarios que reclaman el resultado / número de usuarios examinados serológicamente) x 100	Numerador: Registros del laboratorio clínico. Denominador: Registros del laboratorio clínico.	El indicador se puede calcular para las pruebas de VIH, citologías y pruebas presuntivas de otras ITS que se ofrezcan en la IPS	Mínimo 90%	IPS

Tasa de demanda de pruebas de VIH

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Es la posibilidad que tiene un usuario o usuaria de los SSSR de solicitar una prueba par VIH	(Número de personas que se realizan una prueba de ELISA para VIH / número total de personas que consultan a los SSSR) x 100	Numerador: Registros del laboratorio clínico. Denominador: Registros del laboratorio clínico.	El indicador también se puede calcular para citologías y pruebas presuntivas de otras ITS que se ofrezcan en la IPS, ajustando el denominador a la población respectiva	Mínimo 5%	IPS

Satisfacción de usuarios

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Es el nivel alcanzado en la satisfacción de los usuarios y usuarias que asisten a los SSSR, durante la ejecución del proyecto	(Número de usuarios y usuarias que califican con 4 o más el SSSR ³² / número total de encuestas y encuestas) x 100	Numerador: Encuestas de satisfacción realizadas. Denominador: Registro de las encuestas aplicadas.	El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR	Mínimo 90%	IPS

³² Para el cálculo de éste indicador revise el punto J. "EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO", de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios de SSR, que se encuentra disponible en la coordinación del proyecto.

Oferta de asesores

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Es la capacidad del talento humano de la institución para realizar asesorías en los SSSR	(Número de profesionales capacitados para brindar asesorías / número total de profesionales que laboran en los SSSR) x 100	Numerador: Registros del área responsable del talento humano. Denominador: Registros del área responsable del talento humano.	Ninguno	Mínimo 60%	IPS

Eficiencia del talento humano

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Es la capacidad de la institución para realizar asesorías con el talento humano disponible en los SSSR	Número de asesorías realizadas en el período / número total de horas-profesional disponibles para asesoría en los SSSR	Numerador: RIPS o registros de cada servicio. Denominador: Registros del área responsable de la programación del talento humano.	Ninguno	2 asesorías por hora disponible	IPS

Costo/Eficacia del tamizaje

DEFINICIÓN	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	RESPONS. MEDICIÓN
Es la capacidad de la institución para lograr que las pruebas de detección de las patologías relacionadas con la SSR cumplan su propósito	Costo total de las pruebas realizadas en el período / número total de pruebas reclamadas	Numerador: Cálculo del costo de producción de cada prueba, o valor que se paga por su realización. Denominador: Registros del laboratorio clínico.	El indicador se puede calcular para las pruebas de VIH, citologías y las pruebas presuntivas de otras ITS	NA	IPS

Formato de reporte de indicadores de IPS

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	FORMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
OFERTA DE ASESORÍA PARA VIH EN SSSR	Evalúa la decisión de la IPS de implementar un ofrecer asesoría para VIH en todos los SSSR	Ninguno	N.A	Responda con SI ó NO la siguiente pregunta en la casilla de DATOS: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría para la prueba de VIH?		
OFERTA DE ASESORÍA INTEGRAL EN SSR	Evalúa la decisión de la IPS de implementar un modelo de asesoría integral en los SSSR	Ninguno	N.A	Responda con SI ó NO la siguiente pregunta en la casilla de DATOS: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría enfocada a satisfacer todas las necesidades en SSR del usuario/a?		
DEMANDA DE ASESORÍAS	Evalúa el comportamiento de la demanda de asesorías por parte de las personas que acuden a los SSSR	El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR	Mínimo 50%	Numerador: Número de personas asesoradas.		
				Denominador: Número total de personas que consultan a los SSSR.		
FALTA DE ASESORÍAS	Verifica la proporción de personas que NO reciben asesoría al realizarse pruebas diagnósticas para eventos en SSR	El indicador se puede calcular en los siguientes casos: ELISA para VIH, citología vaginal, serología para Sífilis	Máximo 10%	Numerador: Número de personas que NO reciben asesoría antes de la prueba.		
				Denominador: Número de personas que se realizan una prueba diagnóstica presuntiva.		

Continuación Formato de reporte de indicadores de IPS

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	FORMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
DEMANDA DE PRUEBAS VOLUNTARIAS PARA VIH	Evalúa el comportamiento de la demanda de pruebas para el VIH por parte de las personas que acuden a los SSSR	El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR	Mínimo 30%	<p>Numerador: Número de personas que se realizan una prueba de ELISA para VIH.</p> <p>Denominador: Número de personas asesoradas en los SSSR.</p>		
PRUEBAS RECLAMADAS	Es la proporción de pruebas presuntivas cuyo resultado es conocido por el usuario	El indicador se puede calcular para las pruebas de VIH, citologías y pruebas presuntivas de otras ITS que se ofrezcan en la IPS	Mínimo 90%	<p>Numerador: Número de usuarios que reclaman el resultado.</p> <p>Denominador: Número de usuarios examinados serológicamente.</p>		
TASA DE DEMANDA DE PRUEBAS DE VIH	Es la posibilidad que tiene un usuario o usuaria de los SSSR de solicitar una prueba par VIH	El indicador también se puede calcular para citologías y pruebas presuntivas de otras ITS que se ofrezcan en la IPS, ajustando el denominador a la población respectiva	Mínimo 5%	<p>Numerador: Número de personas que se realizan una prueba de ELISA para VIH.</p> <p>Denominador: Número total de personas que consultan a los servicios de SSR.</p>		
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	Es el nivel alcanzado en la satisfacción de los usuarios y usuarias que asisten a los SSSR, durante la ejecución del proyecto	El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR	Mínimo 90%	<p>Numerador: Número de usuarios y usuarias que califican con 4 o más el servicio de SSR.</p> <p>Denominador: Número total de encuestados y encuestadas.</p>		

Continuación Formato de reporte de indicadores de IPS

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTANDAR	FORMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
OFERTA DE ASESORES	Es la capacidad del talento humano de la institución para realizar asesorías en los SSSR	Ninguno	Mínimo 60%	Numerador: Número de profesionales capacitados para brindar asesorías. Denominador: Número total de profesionales que laboran en los SSSR.		
EFICIENCIA DEL TALENTO HUMANO	Es la capacidad de la institución para realizar asesorías con el talento humano disponible en los SSSR	Ninguno	2 asesorías por hora disponible	Numerador: Número de asesorías realizadas en el período. Denominador: Número total de horas profesional disponibles para asesoría en los SSSR.		
COSTO / EFICACIA DEL TAMIZAJE	Es la capacidad de la institución para lograr que las pruebas de detección de las patologías relacionadas con la SSR cumplan su propósito	El indicador se puede calcular para las pruebas de VIH, citologías y las pruebas presuntivas de otras ITS	N.A	Numerador: Cálculo del costo de producción de cada prueba, o valor que se paga por su realización. Denominador: Número total de pruebas reclamadas		
INDICADOR DE LA INSTITUCIÓN	Anote en casillas subsiguientes los indicadores que la institución haya definido para el proyecto			Numerador: Denominador:		

Normograma aplicable a SSSR

TEMA		NORMA	PRINCIPALES CONTENIDOS
Derechos de los ciudadanos	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 2	El estado debe garantizar los derechos y deberes del ciudadano	
	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 11	Los Derechos Sexuales y Reproductivos son derechos humanos fundamentales, toda vez que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción, así como la atención de los estados patológicos y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida	
	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 13	Derecho a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación	
	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 12, 15 y 16	Derecho a la integridad personal	
	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 15	Derecho a la intimidad	
	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 16	Derecho al libre desarrollo de la personalidad	
	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 21	Derecho a la honra y al buen nombre	
	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 13, 44, 45, 50 y 67	Protección integral de la niñez en su doble dimensión: garantía de los derechos de los niños y protección en condiciones especialmente difíciles	
	Constitución Política de Colombia, 1991, Artículos 48 y 49	Derecho a la salud y a la seguridad social	
	Resolución 13437 de 1991	Adopta el Decálogo de Derechos de Los Pacientes aprobado por la Asociación Médica Mundial en Lisboa, 1981.	
Derechos de los pacientes			

Continúa

TEMA	NORMA	PRINCIPALES CONTENIDOS
Calidad en la atención de salud	Decreto 1011 de 2006 Resolución 1043 de 2006	<p>Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la atención de Salud (SOGCS)</p> <p>Se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.</p> <p>Define los estándares básicos de estructura y procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan. Comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recurso Humano • Infraestructura - Instalaciones Físicas • Mantenimiento; Dotación-mantenimiento • Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión • Procesos Prioritarios Asistenciales; • Historia Clínica y Registros Asistenciales • Interdependencia de Servicios • Referencia de Pacientes y • Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud.
	Resolución 1446 de 2006	Define el Sistema de Información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoría dentro del SOGCS
	Circular Externa 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud	Imparte instrucciones para el reporte de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.
	Resolución 1445 de 2006	Se adoptan los manuales de estándares del sistema Único de Acreditación en Salud.

Continúa

PRINCIPALES CONTENIDOS		
TEMA	NORMA	ESTABLECE
Beneficios del Plan Obligatorio de Salud en Colombia y Acciones en salud relacionadas con La Salud Sexual y Reproductiva	Resolución 5261 de 1994	Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo.
	Acuerdo 306 de 2005	Define el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado
	Acuerdo 228 de 2002	Manual de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud
	Acuerdo 254 de 2003 y 259 de 2004	Incorpora la carga viral al POS del Régimen Contributivo
	Acuerdo 282 de 2004	Inclusión de medicamentos para el manejo de VIH/sida: Abacavir 300 mg tableta, Abacavir 20 mg/mL solución oral, Efavirenz 50 mg cápsula, Efavirenz 200 mg cápsula, Lopinavir + Ritonavir 133.3 mg+ 33.3 mg cápsulas, Lopinavir + Ritonavir 400 mg+ 100 mg/ 5 mL Jarabe.
Acuerdo 336 de 2006	Actualización parcial del manual de medicamentos incluyendo: Saquinavir 200 mg cápsula, Saquinavir 500 mg tableta, Fosamprenavir 700 mg tableta, Atazanavir 150 mg cápsula, Atazanavir 200 mg cápsula, Efavirenz 600 mg tableta y Didanosina 400 mg cápsula e inclusión de la Fórmula Láctea para suministrar a los Lactantes Hijos(as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad, y la Prueba de Genotipificación para el VIH a partir de Enero de 2007.	
Manejo de la infección por VIH/Sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual	Resolución 412 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.
	Ley 972 del 2005	Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.
	Resolución 3442 de 2006	Adopta las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.
Decreto 1543 de 1997	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). Regula aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento, derechos de las PWS, consentimiento informado, confidencialidad, formación de los profesionales que atienden los servicios de salud y establece las sanciones para los incumplimientos.	

GUÍA 2

IDENTIFICACIÓN DE VULNERABILIDAD Y RIESGO EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



PROYECTO INTEGRA
Proyecto Interagencial del Sistema de Naciones Unidas en Colombia
(ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF)
y el Ministerio de la Protección Social.

Coordinación del Proyecto
Dr. Iván Javier Angarita Gálvez

Comité Técnico del Proyecto
Nohora Corredor, MD MSc – UNICEF
Ricardo García Bernal, MD MSc – ONUSIDA
Bertha Gómez, MD – OPS/OMS
Ricardo Luque Núñez, MD – MPS
Mary Luz Mejía Gómez – UNFPA
Rafael Pardo, MD – OPS/OMS
María del Pilar Rodríguez, MD – UNICEF

Autores de la guía

Chantal Aristizábal MD

Manuel Roberto Escobar Ps

María Susana Moya Ps

Expertos y expertas que validaron la versión inicial de la guía
Martha Lucía Alzate Enf., Marcela Arrivillaga Ps., Martha Patricia Bejarano Enf.,
Blanca Inés Cabiativa Enf., Nohora Corredor MD, Ricardo García MD, Bertha Gómez
MD, Jacqueline Jaimes OD, Carlos Jaramillo MD, Ricardo Luque Nuñez MD, Mary Luz
Mejía Gómez, Leonardo Montero Riascos MD, Enf., Jaime Núñez MD, Rafael Pardo MD,
Humberto Rojas Ps, Edy Salazar Enf., María Iraidis Soto Enf., Rafael Usme Ps., Martha
Valdivieso Enf., Claudia Patricia Valencia Enf.

Revisión Final
Iván Javier Angarita Gálvez MD, MA

Índice

Introducción	77
Los derechos humanos y la bioética en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR)	78
Política nacional de salud sexual y reproductiva	78
Derechos humanos sexuales y reproductivos	79
Servicios de salud sexual y salud reproductiva	83
La bioética y los derechos humanos	85
Principios bioéticos	87
Bioética y derechos humanos en la atención de la infección por VIH	88
Identidades culturales y SSR	91
Contexto sociocultural	92
Género	96
Generaciones	99
Diversidades sexuales	102
Vulnerabilidad y riesgo en SSR	106
Definición de los conceptos de vulnerabilidad y riesgo	106
Ámbitos de desarrollo de vulnerabilidad y riesgo	107
Claves para detectar vulnerabilidad y riesgo en el escenario de los SSSR	111
Factores de riesgo en SSR	114
<i>Comportamientos sexuales de riesgo</i>	114
<i>Prácticas sexuales</i>	115
<i>Situaciones que facilitan la transmisión sexual del VIH</i>	116
<i>Uso de drogas</i>	116
<i>Receptores de transfusiones de sangre y sus derivados</i>	117
<i>Infección perinatal</i>	117
<i>Exposición ocupacional</i>	117
Recomendaciones para la detección de riesgos	119
Bibliografía	122
Anexos	125

Esta guía se fundamenta en el marco ético de los derechos sexuales y reproductivos comprendidos como derechos humanos. Por ende, tiene en cuenta ejes transversales como bioética, perspectiva sociocultural, enfoque de género, reducción de estigma y discriminación, así como la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. También pretende aportar reflexiones claves que ayuden a las y los profesionales de los SSSR a evaluar y detectar la vulnerabilidad y los riesgos relacionados con la infección por VIH y otros eventos adversos en SSR, y a identificar a aquellas personas más expuestas, para así ofrecerles la asesoría como medio de intervención.

Su contenido se encuentra estructurado en tres partes. En la primera se alude a los servicios de SSR desde una perspectiva que contempla los derechos humanos y la bioética, haciendo referencia al marco nacional, político y normativo respectivo. Se presentan además los servicios de SSR en donde es viable sugerir una asesoría, así como las razones que llevan a pensar en la relevancia de estos servicios para la prevención del VIH, ITS y otras patologías.

En la segunda, denominada *Identidades culturales y SSR*, se propone una discusión en torno a las diferencias y la diversidad como posibilidades de vulnerabilidad y riesgo frente a la infección.

En la tercera, *Vulnerabilidad y riesgo en SSR*, se desarrollan los aspectos teóricos básicos y se brindan herramientas prácticas que ayuden a detectar situaciones de vulnerabilidad y riesgo dentro del marco de los SSSR, con el objetivo de ofrecer la asesoría como principal espacio para la prevención individual.

LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOÉTICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSSR)

Política nacional de salud sexual y reproductiva

Un punto de partida para los propósitos de este capítulo es hacer un repaso de la actual Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva (PNSSR) y su interrelación con el tema de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

El propósito es fortalecer en los prestadores de servicios de salud, la importancia de promover el ejercicio de éstos derechos en la población colombiana, para reducir los factores de riesgo y la vulnerabilidad, y fomentar los factores protectores.



¡Recuerde...!

El objetivo de la PNSSR es: “Mejorar la Salud Sexual Reproductiva (SSR) y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población, con énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas” (*Ministerio de la Protección Social, 2003*).

La política se inscribe en el marco conceptual definido por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo -CIPD - (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), ya que asume los compromisos emanados en dichos documentos internacionales, donde se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. De allí que las responsabilidades del Estado colombiano en relación con la SSR no sólo se refieren a la prestación de servicios de salud, sino también en proporcionar el marco legal necesario para promover una vida sexual y reproductiva responsable, libre, placentera y saludable en la población.



¡ Recuerde... !

Se habla de derechos sexuales y reproductivos porque hacen referencia a los aspectos de la sexualidad y la reproducción, los cuales se relacionan con los principales derechos fundamentales.

De acuerdo con la CIPD, El Cairo - 1994:

La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Implica tomar decisiones relativas a la reproducción, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con el objetivo de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.”

Para lograr que las personas conozcan sus derechos, y puedan ejercerlos, es necesario desarrollar estrategias y desplegar acciones tales como: ofrecer información y educación adecuadas, realizar programas de prevención, motivar discusiones abiertas sobre la sexualidad y la reproducción que permitan a los/as usuarios/as tomar sus propias decisiones, y facilitar y garantizar el acceso a los servicios de salud con calidad, sin discriminaciones. Los componentes más relevantes en la definición de la SSR son¹:

¹ (Cook & Dickens, 2003: 12).

- La capacidad para disfrutar una sexualidad satisfactoria.
- La ausencia de abuso sexual, coerción o acoso.
- La seguridad frente a las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH.
- El éxito en el logro de la prevención de embarazos no deseados o no planeados.

Se podrían rescatar sensaciones y emociones como afecto y placer en el componente de sexualidad.

A continuación se describen aspectos sobre la sexualidad y la reproducción desde el marco dado por los derechos fundamentales consignados en la Constitución Política de Colombia de 1991, contextualizando su significado (*Profamilia, Sexualidad y Reproducción*, 2005):

DERECHO FUNDAMENTAL	RELACIÓN CON LA SSR
<p>Derecho a la vida (art. 11): <i>El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.</i></p>	<p>Todas las personas tienen derecho a proteger su vida de los riesgos evitables relacionados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Ejemplos: Mortalidad materna por causas evitables, violencia familiar o sexual que atentan contra la integridad física de las personas.</p>
<p>Derecho a la igualdad (art. 13): <i>Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley.</i></p>	<p>Este derecho a la igualdad puede afectarse cuando una persona es discriminada en el acceso a servicios de salud, en el ámbito del trabajo o la educación, por su orientación sexual o, en el caso de las mujeres, por estar embarazadas o por el simple hecho de ser mujer.</p>
<p>Derecho a la libertad (art. 13):</p>	<p>La libertad de una persona se afecta en el ejercicio de su sexualidad y reproducción, cuando es obligada a tener relaciones sexuales, a continuar o interrumpir un embarazo, es decir, en todas aquellas situaciones que obstaculicen el derecho a tomar decisiones libres e informadas. La libertad en la sexualidad implica el derecho a escoger la pareja que se desee y el respeto por las decisiones que se tomen en este sentido.</p>
<p>Derecho a la intimidad personal y familiar (art. 15): <i>Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar.</i></p>	<p>Se deben respetar los aspectos relacionados con la vida íntima y privada de las personas, así como sus decisiones y preferencias relacionadas con su sexualidad y reproducción. Sin embargo, el límite de la garantía del derecho a la intimidad es el daño eventual a otras personas.</p>
<p>Derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 16): <i>Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que le imponen los derechos de los demás.</i></p>	<p>El ejercicio de la vida sexual y reproductiva es un aspecto central del desarrollo de la personalidad; todas las personas tienen derecho a que se les garantice el libre ejercicio de su sexualidad. En especial los adolescentes afrontan un proceso de búsqueda de su identidad y de su comportamiento y por este motivo requieren educación, información oportuna y acceso a los servicios de atención, prevención y asesoría.</p>

DERECHO FUNDAMENTAL	RELACIÓN CON LA SSR
<p>Derecho a la libertad de conciencia (art. 18): <i>Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas, ni obligado a actuar contra su conciencia.</i></p>	<p>Todas las personas tienen derecho a pensar u opinar libremente sobre cualquier aspecto de la vida y, por supuesto, acerca de la sexualidad y la reproducción.</p>
<p>Derecho de libre asociación (art. 38): <i>Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad.</i></p>	<p>Las personas están en libertad de agruparse o asociarse. Para el caso de la salud sexual y reproductiva pueden hacer parte de grupos que lideren y defiendan la SSR, los derechos sexuales y reproductivos, entre otros.</p>
<p>Derecho a conformar una familia (art. 42): <i>La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.</i></p>	<p>Las personas tienen la libertad de decidir si tienen pareja o no, la libertad de escogerla, a decidir si se casan o no, así como a decidir si tienen hijos o no, cuántos y en qué momento. Para esto es necesario que las personas tengan acceso a la información sobre métodos anticonceptivos seguros y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.</p>
<p>Derecho de las mujeres a recibir atención y protección especiales durante el embarazo (art. 43): <i>La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado y recibirá de éste, subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.</i></p>	<p>El Estado tiene la obligación de garantizar la asistencia y protección a las mujeres durante la gestación, el parto y en el período posparto.</p>
<p>Derecho a la atención de la salud (art. 49): <i>La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</i></p>	<p>Es un derecho general que la población reciba servicios de promoción, protección y recuperación de la salud que, por supuesto, incluyen la SSR. De acuerdo con la Ley 100, la SSR está incluida en los servicios de atención básica gratuitos y obligatorios dentro del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).</p>
<p>Derecho a la educación (art. 67): <i>La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social.</i></p>	<p>Puesto que la educación es un servicio público con función social contemplado en la constitución colombiana, la educación para la sexualidad es considerada condición y requisito para el ejercicio de la mayoría de los derechos que se relacionan con la salud sexual y reproductiva. Sin la educación no es posible tomar decisiones libres e informadas sobre el ejercicio de la sexualidad.</p>

Desde el punto de vista de la salud pública y con base en la situación de la SSR en el país, el gobierno colombiano definió en la PNSSR seis líneas de acción prioritarias para el periodo 2003 – 2006:

- Maternidad segura.
- Planificación familiar.
- SSR de la población adolescente.
- Cáncer de cuello uterino.
- Infecciones de transmisión sexual, infección por VIH y Sida.
- Violencia doméstica y sexual.

Además se desarrollaron seis estrategias para la implementación de la política:

Promoción de la SSR mediante estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC): Se busca sensibilizar y movilizar a la comunidad con el ánimo de crear un ambiente favorable para el cambio de la SSR y llevarla del ámbito privado a un tema de interés público.

Coordinación intersectorial e interinstitucional: Se requiere del compromiso de todos los actores del Estado y de la sociedad civil, la coordinación de agendas comunes, la comunicación y planeación de reuniones para la discusión y la concertación de acciones que busquen aunar esfuerzos y ser más eficientes en la realización de actividades en los diferentes ámbitos, tanto de orden nacional como territorial y local.

Fortalecimiento de la gestión institucional: Se pretende fortalecer las acciones realizadas al interior de las instituciones para optimizar su funcionamiento, ejercer sus competencias y asumir sus responsabilidades, para que a mediano y largo plazo logren mejorar sus intervenciones y puedan así obtener un mejor estado de salud de la población en la que intervienen.

Fortalecimiento de la participación social: Es necesaria la participación de la comunidad a través de grupos o asociaciones de usuarios/as que brinden apoyo y sirvan como veedores en el cumplimiento de los programas relacionados con la SSR y el uso adecuado de los recursos públicos.

Potenciación de las redes sociales de apoyo: Se quiere generar entre los/as participantes espacios de reflexión y discusión sobre temas relacionados con la SSR y que a la vez puedan apoyar la inducción a los servicios de salud de forma oportuna.

Desarrollo de investigación: Es un componente importante en la orientación de políticas y toma de decisiones para las acciones a desarrollar con la comunidad, tanto de orden social como cultural, incluidos los factores de riesgo y protectores que afectan la SSR. Una vez revisada la actual PNSSR e identificado el marco de oportunidades que la misma brinda para mejorar la SSR de la población colombiana, es conveniente resaltar los servicios de SSR que cumplen un papel determinante en la prevención y detección de las patologías que afectan la SSR.

Servicios de salud sexual y salud reproductiva

La SSR está determinada por factores que van más allá de los servicios de salud, entre otros: el estilo de vida, el comportamiento y las condiciones socioeconómicas, dónde se nace y dónde se vive, etc. Todos juegan un papel importante en la promoción de la salud sexual y como determinantes de riesgo para la salud reproductiva. Por ende, el analfabetismo, la falta de educación o empleo, el difícil acceso a los servicios de SSR y/o métodos de anticoncepción, las violencias de género y sexuales, las costumbres sociales y religiosas, la situación económica, se convierten en barreras que afectan la SSR y por ende, en condiciones de ser abordadas por el Proyecto INTEGRÁ.

Los proveedores de servicios de salud tienen que sensibilizarse y entrenarse para abordar la SSR, también deben estar informados y actualizados sobre la normatividad vigente y la manera de perfeccionar sus intervenciones. Lo anterior con el ánimo de cumplir ética y profesionalmente con el enfoque de la salud sexual y reproductiva, lo cual conlleva a un cambio de paradigmas sobre el tema. Para la atención en SSR se requieren servicios relacionados con la función sexual y reproductiva. Entre otros se debe contar con:

- Servicios de consulta prenatal, atención del parto y posparto, con personal calificado y entrenado para detectar y atender de forma eficaz las dificultades que puedan poner en peligro la vida de la mujer o del fruto de la gestación, o para remitir de forma oportuna a instituciones de mayor complejidad que estén en condiciones de prestar la atención adecuada, a la par, que incentivan y favorecer la participación de los hombres en estos procesos.
- La planificación familiar o el control de la fecundidad, mediante información, educación y acceso a la gama de métodos anticonceptivos que permitan a las mujeres y hombres, planear su maternidad o paternidad. El ideal, hoy día, es que todo embarazo pueda ser planeado.

- Servicios de atención para la violencia sexual y de género reconocidos en las normas vigentes y que buscan reducir las consecuencias para la salud física y mental de las personas víctimas de tales delitos.
- Programas de educación no sólo para transmitir información, sino para motivar la participación de mujeres y hombres para que puedan aclarar sus dudas, mejorar su conocimiento sobre su anatomía y fisiología sexual y reproductiva, y avanzar en la desmitificación de aspectos asociados con la sexualidad.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud² (ENDS - 2005) plantea varias inquietudes que los SSSR deben tener en cuenta:

- 54% de los nacimientos durante los últimos cinco años fueron no planeados: 27% se consideraron inoportunos y 27% no deseados.
- El embarazo en adolescentes va en aumento: De 19% en el año 2000 a 21% en el 2005.
- 87% de los embarazos de los últimos cinco años recibió atención por parte de un médico y 7% por enfermeras. A una de cada tres mujeres que recibió atención médica durante el embarazo se le solicitó la prueba de VIH.
- 20% de las adolescentes y 30% de las mujeres entre 40 y 49 años desconocen que el uso del condón es una práctica sexual segura frente al riesgo de infección por VIH.
- 20% de las mujeres se considera en riesgo de contraer el VIH y más de la mitad jamás ha hablado del tema con su pareja.
- Las mujeres más jóvenes (15 a 19 años), las que viven en zona rural, las que tienen índices de riqueza más bajos y con menor nivel de educación, son las que menos perciben el riesgo de adquirir el VIH.
- 12% de las mujeres casadas o en unión libre han sufrido abuso sexual por parte de su esposo o compañero.
- 20% de las mujeres no conoce ITS diferentes a la infección por VIH; 30% de las que dijeron saber de las ITS no identificaron los síntomas y 22% de las adolescentes no tienen conocimiento sobre ITS. Esto indica fallas en la información y educación impartida por las instituciones educativas y en las actividades de promoción de la salud y prevención, especialmente entre las adolescentes.
- El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 30 a 59 años de edad.

²Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS - 2005). Profamilia.

Por lo tanto y en vista de que la vía sexual es el principal camino para la adquisición y transmisión de diversas patologías, los servicios de SSR constituyen una oportunidad significativa para la prevención, tratamiento y seguimiento de dichas condiciones. Tales servicios deben promover la salud sexual desde una perspectiva de equidad de género que promueva la autonomía sexual y el libre ejercicio de su sexualidad, detectar vulnerabilidad y riesgo, brindar asesoría y pruebas voluntarias, identificar y tratar ITS, proporcionar educación sobre los métodos de protección y prevención, promover las prácticas de sexo seguro y el uso correcto y sistemático de los condones (o preservativos) y contribuir a la prevención de la transmisión de patologías durante el embarazo, parto y lactancia. Así, puede ampliarse su cobertura, reducir el estigma y los costos, utilizando la infraestructura y los recursos ya existentes.

Los aspectos revisados y los datos reportados por la ENDS (2005) muestran el desarrollo de los servicios de SSR en el país, los cuales han logrado coberturas representativas. De allí que se justifique la necesidad de que en ellos se preste la asesoría. De esta manera se beneficia a la población con el acceso al diagnóstico, difusión del conocimiento sobre enfermedades, promoción de comportamientos sexuales más seguros, reducción del miedo, estigma, discriminación y negación que existen. De igual forma se incentivan respuestas de apoyo por parte de la comunidad a quienes se ven afectados por cualquier patología que afecte la SSR.

La integración de la asesoría a los servicios de SSR tiene las siguientes ventajas:

- Ampliar la cobertura de la población en la cual se identifican casos de infección por VIH, ITS y otras condiciones.
- Compartir objetivos comunes para potenciar su obtención.
- Facilitar a usuarios/as el uso de los servicios de Asesoría y Prueba Voluntaria (APV).
- Disminuir barreras de acceso a adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres para la demanda de información y servicios de SSR, incluida la prevención del VIH y su diagnóstico.
- Reducir costos en la prestación de los servicios al aprovechar la infraestructura y los recursos existentes.

La bioética y los derechos humanos

Ante los múltiples problemas que suscita la atención a las personas que acuden a los servicios de SSR, se proponen enfoques que pueden ayudar a superarlos. Entre

ellos destacamos, una actitud de humanización de la atención basada en una perspectiva conceptual y la práctica de la bioética y los derechos humanos.

La prestación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva bioética y de garantía de los Derechos Humanos, favorece la detección del riesgo y la vulnerabilidad, así como la oferta de asesoría dentro de un clima de respeto, confidencialidad y seguridad, que coloca a las personas en el centro de atención.

Entendemos por “humanizar”, hacer una realidad más digna de la persona humana. Implica desarrollar una cultura que no privilegie la eficacia y la eficiencia por encima del respeto a los sujetos y la defensa de sus derechos, y mantenga una actitud positiva mediante relaciones de empatía y de buena comunicación en busca de la comprensión de su situación como seres integrales (Brusco, 1990). Se han propuesto algunos factores que pueden incidir en la deshumanización de la salud:

- El énfasis de la formación académica en el conocimiento y las habilidades técnicas, a expensas de la formación en humanidades (incluidos los derechos humanos y la bioética).
- La especialización de la práctica profesional, a veces con reducción de la dimensión integral de la persona que acude a los servicios de salud.
- El énfasis en aspectos biológicos que dejan de lado las complejas interacciones biopsicológicas, familiares, comunitarias, sociales y culturales del/la paciente.
- Las dificultades en la realización profesional (frustración), la sobrecarga de trabajo y el desgaste consecuente (Santos, 2003).
- La irresponsabilidad que conduce a malas prácticas profesionales.
- Reducción en el tiempo asignado para la atención de los/as pacientes.

Santos (Ibídem), en sus cuadernos de bioética afirma que los servicios de salud pueden ser relativamente despersonalizados (son muchas las personas que intervienen en la atención del paciente), pero humanizados (por el énfasis en la cercanía al paciente y sus verdaderas necesidades), mientras que otros pueden ser relativamente personalizados pero poco humanizados.

Por su parte, la bioética se refiere a un campo cada vez más rico de conocimientos, investigaciones y prácticas alrededor de la preocupación ética por la vida en general. Su surgimiento y desarrollo se dan en el marco de la sociedad actual, caracterizada por multiculturalidad, diversidad, pluralidad, complejidad, cambios permanentes, intervención tecnocientífica en diversas dimensiones de la vida, inequidades cada vez más marcadas y evidentes, tendencia al individualismo y a la globalización (Hottois G, 2005).

En este contexto, el ejercicio de la medicina ha tenido importantes transformaciones en sus actividades preventivas, curativas y paliativas, lo cual ha repercutido en las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as (“pacientes con derechos”).

Los desarrollos de la bioética para la práctica de los/as profesionales de la salud, proponen unos principios éticos mínimos, orientadores, que sirven como herramientas para la toma de decisiones racionales y razonables en las condiciones de incertidumbre características de los servicios de atención en salud. Es primordial buscar su cumplimiento.

Principios bioéticos

Los principios bioéticos clásicos (Beauchamp y Childress, 1999; Gracia, D., 1998 y Hottois, 2005) son:

PRINCIPIO	DESCRIPCIÓN
Principio de justicia	No hacer daño en los aspectos sociales. Poner a disposición de los y las pacientes los recursos disponibles y no discriminarlos bajo ningún aspecto. Se relaciona con la distribución justa de los recursos escasos. Tiene en cuenta el valor ético de la equidad en salud.
Principio de beneficencia	Es la obligación moral de actuar en beneficio de otros, procurar su mayor beneficio y disminuir los riesgos. Actuar en el mayor beneficio de los y las usuarias o pacientes requiere promover sus legítimos intereses e implica el respeto de la autonomía. El no hacerlo, conduce a imponer las propias decisiones del profesional de la salud, lo cual constituye una acción paternalista en sentido negativo, inadmisibles hoy en día. La máxima sugerida es: “Haz a los demás sólo aquello que ellos quieren que les hagas”.
Principio de no-maleficencia	No hacer daño en los aspectos físicos ni psíquicos. Se refiere al tradicional principio hipocrático de no hacer daño intencionalmente, además de evitarlo y prevenirlo. Implica actuar con diligencia, pericia y prudencia y no someter a riesgos innecesarios al paciente. Se puede interpretar como el seguimiento de las buenas prácticas profesionales o del estado del arte.

continua

PRINCIPIO	DESCRIPCIÓN
Principio de autonomía	<p>Significa respetar la capacidad de decisión de las personas con competencia mental con base en sus propias creencias, deseos, expectativas, instrucciones y directrices previas y promover el ejercicio de decisiones libres, a través de la información y el apoyo necesarios.</p> <p>Además, implica proteger y promover la protección de las personas con autonomía disminuida: menores de edad, personas con limitaciones mentales y estados de inconciencia.</p> <p>No se debe olvidar que el trabajador de la salud también tiene autonomía y no puede ser obligado a llevar a cabo acciones con las cuales no esté de acuerdo, o que considere que no corresponden a las buenas prácticas clínicas.</p> <p>Las reglas básicas para cumplir con el principio de autonomía son la veracidad, el respeto a la intimidad y a la confidencialidad, y el proceso del consentimiento informado.</p>

El proceso de *consentimiento informado* exige una relación deliberativa entre profesionales de la salud y pacientes, en la cual se reconoce al paciente o usuario/a como un/a agente autónomo/a, capaz de autolegislarse y de tomar sus propias decisiones en lo relativo a su cuerpo y su propia vida. Por lo tanto, implica proporcionar una información suficiente, comprensible y clara que permita al/la paciente aceptar o rechazar cualquier procedimiento, de manera libre y sin coacciones de ningún tipo. Así, las organizaciones de atención en salud tienen la obligación de garantizar a sus usuarios/as el ejercicio de sus libertades y derechos fundamentales, entre ellos el *derecho al consentimiento informado* (Simón, P., 2002), incluso estando hospitalizados/as y/o siendo menores de edad.

Bioética y derechos humanos en la atención de la infección por VIH

La atención en salud durante la práctica diaria, requiere del respeto y la protección de los principios básicos propuestos por la bioética. Para alcanzar el cumplimiento de tales principios, es necesario crear un ambiente propicio inmerso en un contexto organizacional de promoción de los derechos humanos y cambios en el pensamiento, creencias y actitudes de los/as profesionales de la salud.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) promulgaron en el año 2002 el documento: "El VIH/Sida y los derechos humanos"; allí presentan las directrices internacionales para el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo a las personas con VIH.

El enfoque en el cual se fundamentan las directrices tiene en cuenta los derechos a la salud y al acceso universal de la más alta calidad posible, basados en la dignidad humana y en la cooperación nacional e internacional (ONUSIDA, 2002). Sus principales premisas son:

1. Los Estados deben establecer un marco conceptual nacional para responder al VIH y Sida.
2. Se debe procurar la consulta a las comunidades en todas las fases de la formulación de las políticas.
3. Se debe analizar y reformar la legislación sanitaria para que preste atención a las cuestiones de Salud Pública del VIH y Sida, en concordancia con los Derechos Humanos.
4. Se deben examinar de nuevo los sistemas penales para que concuerden con los Derechos Humanos.
5. Se deben fortalecer las leyes que combaten la discriminación a los sectores vulnerables.
6. Se deben adoptar políticas que regulen los bienes, servicios y la información relacionados con el VIH.
7. Se deben apoyar y aportar servicios de asistencia jurídica que enseñen sus derechos a las personas con VIH y Sida
8. Se debe fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los niños y personas vulnerables.
9. Se deben fomentar programas que conviertan las actitudes de discriminación contra las personas con VIH y Sida en actitudes de aceptación y comprensión.
10. Se debe velar porque se elaboren códigos de conducta sobre cuestiones de VIH y Sida, que incluyan los derechos humanos en códigos deontológicos eficaces.
11. Se deben crear instituciones que vigilen y garanticen la protección de los derechos humanos en lo relacionado con el VIH y Sida
12. Se debe cooperar con la ONU y ONUSIDA para intercambiar conocimientos y experiencias sobre derechos humanos y VIH y Sida.

Las palabras de la Directora Ejecutiva de la Red Jurídica Canadiense sobre VIH y Sida, Joanne Csete, son claras en el reciente documento de ONUSIDA (2006) *La conquista de los derechos*:

Estudios de caso relativos a la defensa en los tribunales de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH: “La protección, el fomento y la observancia de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y de las personas vulnerables al virus continúan siendo retos de primer orden en la respuesta

mundial al Sida". Sin embargo, la expresión de abordar el VIH desde un "enfoque basado en los derechos humanos" se ha utilizado demasiadas veces en vano; los programas bien concebidos o financiados que se ocupan específicamente de los abusos a los derechos humanos de las personas infectadas o afectadas son escasos. Y esto es así a pesar de que la experiencia de más de dos decenios ha puesto de manifiesto que la falta de atención de los derechos de los/as afectados/as socava la eficacia de las políticas y programas relacionados con el VIH; y que la marginación y la discriminación a las que se ven sometidos varios grupos de población en numerosas sociedades continúan alimentando la pandemia".

Los grupos referidos son, entre otros, las personas que viven con el VIH, las mujeres y niñas, los niños huérfanos, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los/as profesionales del sexo, los/as reclusos/as y los/as consumidores/as de drogas intravenosas. A la luz de estos datos, urge desarrollar instrumentos que los países y los/as afectados/as por el VIH puedan emplear para convertir los "enfoques basados en los derechos" en algo más que palabras. Las legislaciones nacionales constituyen un instrumento para la protección, el fomento y la observancia de esos derechos. No obstante, y tal como se demuestra en este documento, "si bien las leyes pueden servir para proteger los derechos humanos, también pueden resultar un obstáculo para el cumplimiento de los mismos".

La posibilidad de adquirir el VIH, ITS, cáncer o sufrir consecuencias no deseadas en el ejercicio de la SSR está presente en todos y todas. En sentido estricto, ellas no hace distinciones entre unos cuerpos u otros. Sin embargo, para algunas personas los determinantes que propician estos eventos adversos son mayores en relación con las identidades culturales desde las cuales se narran. Aspectos como las prácticas sexuales, las interacciones que se establecen, el cuidado de sí, y/o las conductas de riesgo asumidas tienen que ver con las construcciones culturales que proveen identidades tanto individuales como colectivas. “Ser parte de” configura al mismo tiempo ciertas particularidades en la propia experiencia, lo que hace a unos sujetos distintos de otros.

En el marco de las sociedades contemporáneas, globalizadas, transnacionales, informatizadas y virtuales, expuestas a una interconexión sociocultural sin precedentes, el tema de la diferencia de los sujetos constituye un nodo relevante para la coexistencia y para el bienestar de las poblaciones. En el planeta emerge una gran heterogeneidad cultural, al tiempo que se homogeniza progresivamente a los distintos pueblos en un mismo modelo socioeconómico. Por tanto, la diferencia de identidades, la pluralidad de concepciones sobre la vida y la sociedad y la diversidad de apuestas sociales se evidencian en la cotidianidad. Grupos antes invisibilizados reclaman -no sin conflicto- lugares más protagónicos en los escenarios sociales.

Por fortuna, el mundo ya no es esencialmente para los hombres angloeuropeos, patriarcales, heterosexuales, católicos, urbanos y productivos. Las distintas maneras de ser mujer, las masculinidades, los/as jóvenes y sus culturas, las diversas etnias y colectividades indígenas, las distintas gamas de la orientación sexual, las subjetividades rurales, los grupos en situaciones de migración y desplazamiento, constituyen ejemplos de una interculturalidad en que las multiplicidades desbordan ese sujeto unívoco, racional, fijo que dominó los sentidos de Occidente.

De allí que en el presente capítulo se proponga una reflexión en torno a cuatro ejes pertinentes para abordar la SSR desde la perspectiva de las identidades culturales de los sujetos:

- Contexto sociocultural.
- Géneros.

- Generaciones.
- Diversidad de la sexualidad.

Se trata de que durante el proceso de consulta en SSR, y de acuerdo con las posibilidades del personal de salud, se identifiquen determinantes para la infección por VIH y otros eventos adversos, relacionados con las identidades culturales y de género, teniendo en cuenta los procesos de estigmatización, discriminación e incluso negación que justamente por su propia condición suelen enfrentar las personas.

Contexto sociocultural

En un país como Colombia, las regiones y grupos étnicos desde los que se narra cada sujeto, configuran un entramado cultural múltiple. Ésto afecta notablemente la propia SSR, ya sea para promoverla o menoscabarla. En particular, alrededor de la sexualidad circulan concepciones e imaginarios que inciden en las interacciones entre aquellos y aquellas que pueden resultar diferentes, y que les abocan o no a la posibilidad de la infección por VIH y otros eventos adversos en SSR.

En la consulta de SSR algunos de los procedimientos que se realizan son la toma de citología, se da asesoría sobre métodos de regulación de fecundidad, se hacen controles prenatales, prevención de las ITS y atención a las víctimas de violencia doméstica o sexual. Es entonces clave identificar aspectos del contexto que en últimas inciden en las prácticas de autocuidado de las personas. Si bien no se trata de establecer perfiles antropológicos, la sensibilidad del/la funcionario/a de salud frente al asunto de las identidades culturales, puede constituir la diferencia para la vida de muchos sujetos.

Por tanto, es relevante que la atención en salud no se desarrolle para un sujeto homogéneo; los protocolos de salud no impiden que una consulta se sitúe como un escenario de encuentro entre culturas, una de las cuales tiene sus raíces en el discurso médico. El discurso médico se ha caracterizado porque el poder y la autoridad residen exclusivamente en el/la profesional de la salud, por ser vertical, centrado en la patología y no en la persona, por ver como menores de edad a las mujeres y no valorar sus reales expectativas de salud. De allí que las concepciones del personal de salud entran inevitablemente en interacción con aquellas que los/as consultantes tienen debido a su género, procedencia regional, generacional o étnica. Ello se aprecia en frases, creencias, chistes que indican eventualmente que el cuerpo y el ejercicio sexual son definidos de maneras diversas.

En Colombia varios estudios han mostrado cómo la diversidad regional, cultural y socioeconómica incide en los conocimientos, actitudes y prácticas

alrededor del ejercicio de la sexualidad (Mejía, 2000; Tenorio, 2002; Vargas y Escobar, 2003). Aspectos como los discursos amorosos cambian no sólo entre géneros sino por regiones, haciendo que tanto roles como actividades sexuales varíen notablemente. Por ejemplo, en varias zonas del país es importante no presuponer asuntos como la monogamia, pues culturalmente se incentiva en los hombres la pluralidad de encuentros sexuales y de parejas, al tiempo que las mujeres suelen aceptar tal modelo, siempre que se mantengan el vínculo de pareja y las responsabilidades familiares. Igualmente, es importante entender que si bien un consultante hombre se narra heterosexual, esto no contradice que asuma relaciones penetrativas hacia otros hombres —a quienes si concibe como homosexuales—.

Algunas creencias en relación con la sexualidad

Diversas creencias circulan al respecto de las opciones de anticoncepción y a la infección por VIH:

- “Que el embarazo no ocurre en la primera relación sexual”.
- “Que los padres o abuelos deben ser los primeros en tener relaciones sexuales con sus hijas, hijos o nietas”.
- “Que un abusador sexual siempre es un hombre, un extraño y un enfermo mental”.
- “Que el Sida es exclusivo de homosexuales”.
- “Que el condón disminuye el placer”.
- “Que el condón no se necesita una vez que ya se conoce a la pareja (hombre o mujer)”.
- “Que se ve mal que la mujer cargue el condón”.
- “Que el condón lo usan personas promiscuas”.
- “Que las personas con VIH se ven pálidas”.
- “Que las ITS se notan o solo les dan a las prostitutas”
- “Que el Sida es un asunto de destino -algo así como una búsqueda inconsciente-”.
- “Que tomando ciertas infusiones no sólo se incrementa la potencia sexual del hombre sino que además se ‘hace resistente al virus’”.
- “Que el VIH le da más a los blancos que a los negros”.
- “Que ese virus no existe en el campo y por tanto es exclusivo de quienes habitan las ciudades”.
- “Que ciertas prácticas rituales -tipo tomas de *yagé*- logran curarlo”.

Otros asuntos a considerar se relacionan con las condiciones socioeconómicas de los y las consultantes. Si bien los problemas en SSR afectan a todas las clases sociales, no está de más reiterar que algunas circunstancias asociadas a la pobreza

y la desventaja social convocan más determinantes para padecerlos. Algunas preguntas que vale la pena hacerse son:

- ¿Tienen el/la consultante posibilidades económicas y de acceso en su contexto a los métodos de protección como el condón?
- ¿Cuentan con afiliación vigente y acceso al sistema de salud?
- ¿La persona hace parte de una minoría étnica con nulo acceso a servicios de SSR?
- La persona que consulta por algún aspecto relacionado con su SSR ¿habita en condiciones de hacinamiento?
- ¿Es la violencia doméstica un aspecto ‘naturalizado’, cotidiano y aceptado en el grupo sociofamiliar?
- ¿El/la usuario/a presenta indicios que permitan sospechar algún tipo de violencia sexual?
- ¿Hay prácticas culturales en el contexto que reduzcan el uso efectivo de métodos de protección como el condón?
- ¿El sexo constituye una posibilidad de ganancia material, económica y/o de ascenso social en el contexto?

Para tener en cuenta:



SUGERIR ASESORÍA A QUIENES ESTÁN MÁS CERCANOS/AS A LA POSIBILIDAD DE UN EVENTO ADVERSO EN SSR

La consulta relacionada con SSR es una buena oportunidad para valorar determinantes que colocan a las personas en riesgo frente al VIH y otras patologías. La idea es dar o remitir a asesoría cuando se evidencian posibilidades de adquisición del virus u otros factores de riesgo en SSR relacionadas con:

- *Las prácticas sexuales.*
- *La condición cultural, educativa y socioeconómica.*
- *El género.*
- *Las generaciones.*
- *La orientación sexual.*

Este primer momento no deberá exceder las posibilidades de la consulta, ni invadir la privacidad del usuario. Tampoco debe reafirmar estereotipos, discriminación o exclusión.

Para tener en cuenta:



POBLACIÓN MÓVIL, INFECCIÓN POR VIH Y EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN

Las personas que están en situación de movilidad no sólo presentan mayores aspectos de desarraigo y soledad que afectan sus posibilidades de protección en una relación sexual, sino que además suelen tener más presión de grupo para ejercer prácticas sexuales, pocos espacios de intimidad y redes de atención en salud débiles y/o acceso eventual a éstas. Para sugerir asesoría tenga en cuenta si la persona:

- *Se encuentra en circunstancias de desplazamiento forzado (por ejemplo, cuando hace parte de una comunidad indígena y/o rural forzada a migrar es clave evaluar la continuidad que puede tener para el asesoramiento y la atención).*
- *Hace parte de las fuerzas militares, armadas y/o la policía (es probable que su trabajo le haga rotar de escenarios con frecuencia o llevarle a considerarse invulnerable en tanto enfrenta la muerte cotidianamente).*
- *Hace parte de grupos armados ilegales o está en situación de reinserción (puede rotar de contextos permanentemente, considerarse invulnerable, tener menores oportunidades de información y/o de acceso a servicios en SSR).*
- *Habita o transita la calle (a medida que la persona corta vínculos con las prácticas sedentarias disminuye la atención a condiciones propias de higiene-salud; además el uso de métodos de protección no hace parte de la cultura nómada en la calle).*
- *Tiene trabajo de tipo nómada que le obliga viajar frecuentemente (transportadoras, cosechadores, vendedores, marineros, etc.).*



¡Alerta...!

CUANDO OBSERVE...

“Los siguientes hechos le ayudan a identificar situaciones traumáticas en la vida de una niña o niño. Su presencia no necesariamente confirma la existencia de violencia sexual...”

Indicadores físicos:

- Dificultades para caminar y sentarse.
- Presencia de sangre en los pantalones.
- Tiene cuerpos extraños en los orificios de los genitales, ano, vagina o en la uretra.
- Tiene esperma en la vagina (o en el ano) o presencia de flujos.
- Traumas en los senos y parte baja del abdomen (morados, heridas).
- Embarazo, infecciones o enfermedades de transmisión sexual.
- Evacuación frecuente y repetida de orina y heces en la ropa y en la cama”.

Fuente: Consejería Presidencial para los Derechos Humanos / Fondo de Población para las Naciones Unidas -UNFPA - (1999), p. 11

Género

La perspectiva de género permite ver que las relaciones sociales se encuentran mediadas por las formas como se construyen las feminidades y las masculinidades en un momento sociohistórico y una cultura específica. Así, las interacciones entre seres humanos están atravesadas por dimensiones de poder que actúan desde las instituciones y los procesos de socialización diferenciados, las normatividades e ideologías, las representaciones culturales, las lógicas del mercado y de las políticas, etc. Todo ello genera nombramientos y clasificaciones que, en últimas, afectan las posibilidades de los cuerpos y las identidades subjetivas de las personas, y que no pocas veces encasillan y estereotipan las opciones de ser.

Badinter en su texto *El uno es el otro* (2001) hace evidentes los estereotipos masculino y femenino influenciados por una cultura determinada:

ASPECTO	CARACTERÍSTICAS DEL ESTEREOTIPO MASCULINO	CARACTERÍSTICAS DEL ESTEREOTIPO FEMENINO
Estabilidad emocional	Decidido, firme, asertivo, único.	Caprichosa, histérica, sensible, miedosa, emotiva, frívola, impulsiva.
Mecanismos de control	Disciplinado, metódico, organizado, rígido, racional.	Charlatana, incoherente, emotiva.
Autonomía dependencia	Placer por el riesgo, independiente.	Necesidad de confiarse, necesidad de gustar, coqueta, sumisa.
Dominio, afirmación de sí mismo/a	Necesidad de poder, necesidad de fama, ambicioso, necesidad de prestigio, gusto por el mando, dominante, suficiente, seguro de sí mismo, dominio en el espacio público.	Débil, elusiva ante el poder, subordinada, indecisa, dominio en el espacio privado.
Agresividad	Combativo, cínico, placer por la lucha y el riesgo.	Engañosa, conflictiva, desconfiada.
Nivel de actividad	Fogoso, activo, movimiento.	Pasiva, inactiva, quietud.
Cualidades intelectuales	Creativo, lúcido, objetivo, gusto por las ideas teóricas, escéptico, racional.	Curiosa, intuitiva, descriptiva, subjetiva.
Orientación afectiva, sexualidad	Obsceno, toma la iniciativa, competitivo, genital.	Cariñosa, comprensiva, dulce, púdica, placer por acariciar, necesidad de tener hijos y necesidad de amor, no toma la iniciativa, corporal.

Con frecuencia el género, en tanto categoría para abordar lo social, se asocia exclusivamente a la condición de las mujeres y al cuestionamiento de las dinámicas patriarcales que perpetúan inequidades respecto de ellas. Sin embargo, el género constituye una categoría relacional que posibilita repensar las formas como culturalmente se configuran lo que significa ser hombre y lo que significa ser mujer en colectividades específicas. El género remite a concepciones, valores y discursos que cambian con la historia y con los grupos humanos; no es entonces lo mismo que el sexo, que más bien refiere a datos biológicos (cromosómicos, genitales, hormonales).

El cuerpo de los varones...

“Es distinto al de las mujeres y esto no nos hace a unos o a otras mejores o peores, sino sólo diferentes. Pero la cultura acentúa estas diferencias haciendo el cuerpo masculino insensible, indoloro, esforzado hasta más allá del aguante, endurecido. Presenta a los hombres una estética de lo masculino que en lugar de

continua

acercarlos sensiblemente a sus cuerpos, los aleja de ellos para imponer un patrón hegemónico negado para la sensualidad y la sensibilidad.

De esta manera, los hombres perciben su corporalidad de manera fragmentada, con unas zonas que sobrevaloran como los genitales, con otras que desconocen o que no nombran, especialmente aquellas comprometidas con la sensualidad (las llamadas “zonas erógenas”) y otras a las que se les pone un velo para invisibilizarlas o negarlas (espalda, nalgas, ano)“.

(DABS-Humanizar, 2003: 17-18)

La SSR tiene entonces una relación estrecha con los modelos de feminidad y de masculinidad dominantes en un contexto sociocultural. Las maneras en que una mujer y un hombre se narran como femeninos o masculinos inciden notablemente sobre las posibilidades de cuidado de sí que asumen. Por esto, en los SSSR es pertinente tener sensibilidad frente a factores culturales de género que puedan ser determinantes para la adquisición del VIH, ITS o para padecer consecuencias no deseadas. Por ejemplo las mujeres, debido a sus condiciones de subordinación y falta de autonomía, están más expuestas a la violencia intrafamiliar y a las violencias sexuales, y con desventaja para el acceso real a los servicios de salud.

Por dar ejemplos, narrativas de feminidad centradas en la realización como esposa y madre suelen dominar las representaciones culturales en varias zonas y grupos del país. Así, la mujer que se inscribe en tal lógica puede más fácilmente entrar en prácticas sexuales de riesgo, para conservar su vínculo de pareja. Esto podría explicar el incremento de mujeres que tienen un compañero estable con quien no consideraron el uso de métodos de protección y son portadoras del VIH, tienen gestaciones no deseadas, ITS, etc. Otro caso, podría ser el de los hombres que para reafirmar su masculinidad y narrarse cercanos al modelo dominante como “machos”, asumen prácticas de riesgo que van desde conducir embriagados y a alta velocidad, hasta tener relaciones sexuales penetrativas sin usar condón.

En el contexto de un servicio de salud sexual y reproductiva es posible considerar la posibilidad de adquisición del VIH o de sufrir consecuencias no deseadas en el ejercicio sexual cuando:

- Las prácticas sexuales no son protegidas con el uso del condón, por aspectos relacionados con la narrativa de masculinidad o feminidad. Esté atento/a a discursos del tipo “el condón es para las prostitutas”, “como yo lo amo le doy prueba de mi amor al natural”, “de algo me he de morir”, “yo enfrentaré lo que venga con verraquera”, “si no le doy sexo él se va por ahí con otras”, “en eso

él es quien decide”, “yo me confié porque como ella dijo que estaba planificando”, “yo soy todo un varón y como iba a dejar pasar la oportunidad”, etc.

- Las prácticas sexuales no son protegidas con el uso del condón por aspectos relacionados con estereotipos de género. Por ejemplo, creencias como que los hombres tienen más necesidades sexuales que las mujeres, mientras que ellas están menos interesadas en el sexo y más en el afecto, o que el VIH le da sólo a quienes ejercen como pasivos (penetrados). Tales razones debieran ser motivo para una conversación y asesoría.
- La mujer no se siente en riesgo dado un imaginario de protección por su pareja estable. Por tanto, no hay que presumir la monogamia como el único modelo de vínculo. Esté atento/a a discursos del tipo “para qué uso condón si yo lo hago es con mi esposo/a”, “yo me protejo es con las otras, con mi esposa no”, “yo llevo muchos años con él”, “estoy seguro/a que ambos somos fieles”, “una canita al año no hace daño”, etc.
- Las decisiones sobre las prácticas sexuales están mediadas por dependencia económica o emocional respecto de la pareja. Por ejemplo, cuando alguno de los dos (por lo general la mujer) no puede negarse al coito en tanto teme el abandono o la disminución del apoyo económico; o cuando el hombre presiona la relación sexual mediante celos.
- Las decisiones sobre las prácticas sexuales estén mediadas por la necesidad de afirmar virilidad o feminidad. Es frecuente la opción sustentada en la demostración de amor al otro/a o en la comprobación de la propia “hombría”.
- No hay posibilidad de tomar decisiones sobre las prácticas sexuales porque éstas son el resultado de algún tipo de violencia sexual.

Generaciones

La juventud: Una construcción cultural

No se entiende la juventud tanto por la edad cronológica, como por los atributos o rasgos culturales que indican que se es joven. Por ejemplo, en un contexto una adolescente puede ser “muy joven” para una relación sexual o para la maternidad, mientras que en otra zona, grupo o persona simplemente ya se la considera lista.

En una sociedad como la occidental, sustentada en el consumo, en donde los atributos que se valoran como juventud se exaltan e incentivan para todos y todas (belleza, lozanía, goce, energía, intensidad), es apenas obvio que los y las jóvenes quieran experimentar cada vez más, y más pronto, experiencias relacionadas con sus cuerpos.

Como ya se ha planteado, las consecuencias negativas del ejercicio de la sexualidad afectan cuerpos de todas las generaciones y géneros. Sin embargo, las mujeres y los/as jóvenes son la población con mayor aumento en el número de casos de VIH, embarazos no deseados, cáncer de cuello uterino, etc., durante los últimos años. Por ende, se requiere aprovechar el momento de un servicio relacionado con aspectos de la sexualidad y/o de la reproducción, para explorar la posibilidad de riesgo en ellos y ellas.

No obstante, antes de sugerir una asesoría o una prueba de tamizaje a un/a joven, es importante que el personal de salud reflexione sobre las propias ideas que tiene de la juventud. Prejuicios que generalizan a todos los/as jóvenes como iguales: con descontrol por sus hormonas, impulsivos/as, libertinos/as, promiscuos/as, desinteresados/as del futuro, consumistas, etc., distan mucho de la diversidad juvenil presente en los variados contextos del país.

Ni todos/as los/as jóvenes son iguales, ni todos/as son tan liberales en su sexualidad, ni siempre tienen la suficiente información y actitudes para asumir protección en sus relaciones sexuales. Así, el tema del VIH y otras patologías se debe hablar de manera diferenciada con jóvenes hombres y mujeres, urbanos y rurales, vinculados o no al sistema escolar, insertos en el mercado laboral (también en trabajos informales), integrados a grupos armados legales y/o ilegales, usuarios/as de drogas, solteros/as o en pareja estable; sexualmente activos/as o que no han tenido relaciones sexuales, etc. También es probable que por los servicios de SSR pasen jóvenes hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres que las asumen con su propio sexo, con experiencias bisexuales, así como heterosexuales.

Además, las estéticas, lenguajes y concepciones sobre la vida y el cuerpo pueden variar notoriamente entre jóvenes que se vinculan a ciertos grupos o culturas juveniles. Por tanto, es clave no estigmatizar a partir de la apariencia o los gustos y más bien conversar de manera franca y respetuosa. Por ejemplo, en culturas juveniles relacionadas con el *hip hop* (*raperos*, *breakers*, *graffiteros*) es más frecuente el protagonismo de los hombres y la motivación del grupo a tener relaciones sexuales con varias parejas mujeres. Por el contrario, ellas juegan más un papel de acompañantes y se les censura ampliamente su libertad sexual. Por contraste, en algunas culturas urbanas vinculadas a la escena electrónica, por ejemplo la denominada *candy*, se presenta una explícita reivindicación de la ternura y del contacto no penetrativo en las interacciones entre ambos géneros. Los hombres jóvenes aquí pueden parecer “dulces” y feminizados y no necesariamente narrarse homosexuales.

La diferencia y diversidad constituyen entonces temas que van más allá de la manida tolerancia. Para el caso de los/as jóvenes, lo que se propone es el *respeto*

por las identidades que asumen y que evidencian formas particulares y múltiples de ver el mundo. Estigmatizar, juzgar y criticar no ayuda a la protección de nadie, y más bien disminuye la consulta juvenil y perpetúa la creencia que la adultez es sinónimo “natural” de madurez y autocuidado.

En el contexto de la atención por motivos relacionados con la SSR es pertinente conversar sobre la asesoría, la prueba voluntaria para la detección del VIH u otras pruebas de tamizaje cuando un o una joven:

- Está viviendo prácticas sexuales de riesgo. Por ejemplo, asume relaciones con varias parejas sexuales sin usar correctamente el condón.
- Tiene prácticas sexuales, no necesariamente coitales, que no considera riesgosas. Por ejemplo, no ha iniciado actividad sexual penetrativa ni vaginal, ni anal, pero asume sexo oral con eyacuación sin usar el condón.
- Hay presencia o sospecha de una ITS.
- Hay un inicio temprano de las relaciones sexuales (por ejemplo antes de los 14 años).
- Hay sospecha de violencia o abuso sexual.
- Se considera invulnerable por su condición de juventud. Está atento/a a discursos del tipo “tengo toda la vida por delante”, “eso le da es a los mayores”...
- Asume relaciones sexuales en un vínculo intergeneracional que pueda ser inequitativo (usualmente, mujeres y hombres adolescentes con hombres mayores).
- Tiene la información sobre el VIH, embarazo no deseado e ITS, pero no utiliza protección por timidez, prejuicios, temor a la censura social, etc. (Siempre, explore razones de uso o no del condón).
- Hace uso ocasional y/o inadecuado del condón.
- Las prácticas sexuales se asumen para reafirmar identidad y/o por presión social (de los amigos o amigas, la pareja, el grupo familiar, etc.).
- Tiene relaciones sexuales en estados de ebriedad y/o de consumo de psicoactivos que merman su capacidad de decisión y autocuidado.
- Está en situaciones de explotación/comercio sexual.
- Es evidente que el vínculo a una cultura juvenil invisibiliza o estigmatiza su condición de género o su identidad sexual (por ejemplo, no se puede expresar gay en una cultura hip hop o metal, o las interacciones en su grupo son machistas por ser mujer).
- Es evidente que asume sus relaciones sexuales como reacción a situaciones de discriminación, estigmatización y/o censura de las instituciones socializadoras, como la escuela o la familia. La clandestinidad y/o el ocultamiento abocan más a la posibilidad de consecuencias no deseadas en el ejercicio de la sexualidad.

En Colombia, el VIH, el PVH y otras ITS como la Hepatitis B, se transmiten en mayor proporción por las relaciones sexuales. Pese a ello, las relaciones se viven acorde con las maneras como alguien se narra erótico/a y sexuado/a. Por eso es muy importante abordar las prácticas sexuales en el marco de las identidades que asumen. Y en este punto la diversidad es la constante.

Una distinción primordial es la que se da entre *la identidad sexual* y *la identidad de género*. La primera hace referencia al deseo y la preferencia u orientación sexual. Se trata del objeto erótico y afectivo por el que se siente alguien atraído/a, deseo que se puede ubicar en algún punto del continuo entre lo homosexual y lo heterosexual.

Por su parte la identidad de género refiere al reconocimiento subjetivo que tiene la persona de pertenecer a uno u otro género; es decir, al reconocimiento que hace de ser hombre o mujer de acuerdo con las características masculinas y femeninas que los/as definen en una cultura.

La relación entre estas dos nociones de identidad es plural y puede transformarse a lo largo de la vida. No obstante, el modelo de género dominante en las sociedades patriarcales suele imponer una correspondencia unívoca en donde, por ejemplo, la identidad de género como hombre debe corresponder a una masculinidad explícita en las conductas y a una identidad sexual heterosexual. Igualmente, se impone a quien se define mujer, la elección del sexo contrario como objeto de su deseo.

Por contraste, la diversidad de las sexualidades invita a la multiplicidad identitaria. Así, un hombre que se siente a gusto con su identidad de género, y que incluso asimila las características de la masculinidad más machista, puede tener una orientación sexual hacia los hombres, e incluso hacia ambos sexos. De la misma manera, la mujer que se narra lesbiana o bisexual en su orientación sexual, no necesariamente está a disgusto con su feminidad.

De hecho las maneras en que se es más o menos masculino o femenina pueden variar, haciendo que los sujetos movilicen sus subjetividades en ciertos momentos, contextos o etapas de la vida, lo cual no siempre implica un cambio de género. Por dar ejemplos, en ciertos juegos y momentos -como los carnavales-, los hombres pueden actuar rasgos femeninos, o tras algunos procesos de reflexividad, sujetos machistas pueden adoptar actitudes "femeninas".

Las *personas transgénero* justamente experimentan identidades nómadas frente a las características de género, es decir, pasan de rasgos considerados masculinos a otros valorados como femeninos -o viceversa-, sin que esto sea un "problema" para su identidad.

Los *travestis* son comúnmente hombres que gustan de los vestuarios y estéticas femeninas y se narran mujeres en escenas específicas. Sin embargo, no todos quieren un cambio de sexo, de hecho muchos de ellos gustan penetrar a otros hombres y asumen roles considerados “viriles” en variados momentos familiares y laborales. Tampoco es cierto que siempre se dediquen a la prostitución. Una modalidad particular es la de las *drag queen*, quienes se narran como artistas que en el espectáculo y la festividad combinan rasgos viriles con estéticas femeninas exageradas; y que incluso pueden tener una identidad heterosexual.

Por el contrario las *personas transexuales* si experimentan dificultades e incomodidades con el sexo en el que nacieron y, por consiguiente, con el género que les fue asignado. En este caso el apoyo psicoterapéutico y médico se orienta a realizar los cambios de sexo (de rasgos físicos y de genitales) y de posibilitar que la persona se narre en el género en el cual se siente más a gusto.

El respeto y la equidad son principios fundamentales para la diversidad sexual

Un servicio de SSR no sólo es un escenario para atender dificultades orgánicas. La sexualidad que allí se aborda afecta la narración de identidad de las personas, tanto de quien consulta como del personal de salud.

Independientemente de la propia narrativa de género e identidad sexual, en la atención se debe dar cabida a todas las sexualidades. Así que el asunto de la diversidad debe ser transversal a la propia práctica profesional y no un tema que ocasionalmente se toca.

Tenga en cuenta aspectos como:

- Haga énfasis en las prácticas sexuales, no hable de grupos de riesgo sino de prácticas de riesgo.
- No trabaje desde la presunción de heterosexualidad. Recuerde que siempre hay probabilidad que esté con personas que se narran desde otras sexualidades.
- Recuerde que la presunción de la orientación del deseo lleva a estereotipos como por ejemplo, suponer que todos los hombres con rasgos masculinos son heterosexuales, o que las mujeres lesbianas siempre son masculinizadas, etc.
- No presuma un modelo de pareja único. Por ejemplo, es viable que un hombre casado con una mujer asuma relaciones sexuales con otros hombres u otras mujeres.
- No presuma de la fidelidad o monogamia de las mujeres.

- Establezca un diálogo desde lo que usted es. La asesoría no es una entrevista ni un monólogo de recomendaciones, ni tampoco una actuación para parecer tolerante hacia un/a otro/a a quien en realidad no se respeta.
- Pregúntese por su propia homofobia, recuerde que ésta suelen tomar formas sutiles como gestos, frases incompletas, actitudes de pesar o de extrema amabilidad.
- Pregúntese por sus propias actitudes hacia la sexualidad, la violencia de género y la violencia sexual.

En este contexto y desde la perspectiva de la diversidad de las sexualidades, es pertinente conversar sobre la asesoría, la prueba voluntaria para la detección del VIH y otras pruebas de tamizaje para ITS o ETS, cuando una persona:

- Está asumiendo prácticas sexuales de riesgo. Esto es, tiene relaciones con varias parejas sexuales sin uso correcto y consistente del condón.
- Hace uso ocasional y/o inadecuado del condón.
- Es un hombre que penetra o es penetrado analmente sin el uso adecuado del condón (las paredes del recto son más proclives a la recepción del VIH y de otros agentes infecciosos).
- Tiene prácticas sexuales penetrativas que no considera riesgosas como sexo oral con eyaculación del hombre y sin uso del condón, o no considera riesgoso el contacto boca-ano cuando hay microheridas sin condón.
- Es una mujer que tiene relaciones sexuales con otras mujeres y no se considera expuesta al riesgo. (Explore la posibilidad de infección por contacto boca-genital, boca-ano, por uso compartido de elementos penetrativos tipo vibrador). De igual forma en los hombres que compartan juguetes sexuales sin protección.
- Es un hombre que además de su pareja mujer asume relaciones sexuales con hombres.
- Es una mujer que además de su pareja hombre asume relaciones sexuales con mujeres.
- Hay presencia de ITS y/o presenta molestia o dolor en la región genital.
- Hay sospecha de violencia/abuso sexual.
- Tiene prácticas sexuales para reafirmar identidad y/o por presión social. Es decir, hombres que tienen sexo con otros hombres pero asumen encuentros con mujeres para reafirmar su virilidad; hombres que asumen sexo con otros hombres para compensar carencias de afecto, etc.
- Está en situaciones de explotación/comercio sexual.
- Obtiene bienes y consumos a través de las relaciones sexuales.

- Tiene relaciones sexuales en estados de ebriedad y/o de consumo de psicoactivos que merman su capacidad de decisión y de autocuidado. (El determinante de riesgo aumenta notablemente en usuarios/as de drogas inyectadas).
- Tiene relaciones sexuales como reacción a situaciones de discriminación, estigmatización y/o censura de las instituciones como la escuela, la familia, la pareja, el ejército, la empresa, etc.
- Las prácticas sexuales se asumen con varias parejas sin uso correcto del condón, para ocultar una disfunción sexual que limita su identificación como “verdadero amante” (disfunción eréctil o eyaculación precoz).



¡ Recuerde... !

Para identificar la vulnerabilidad es necesario conocer y comprender las diversidades sexuales, de género, de generaciones y de etnias.

Es importante que las y los profesionales de la salud reflexionen sobre sus creencias y prejuicios frente a éstas, incluida la homofobia; además deben tener claro el respeto a la diferencia.

VULNERABILIDAD Y RIESGO EN SSR

Definición de los conceptos de vulnerabilidad y riesgo

Al inicio de la epidemia del VIH se habló de grupos de riesgo (“homosexuales, heroinómanos, haitianos, trabajadores sexuales”), relacionados con poblaciones históricamente señaladas y segregadas, con énfasis en sus características y comportamientos individuales para determinar el riesgo al VIH. Igual situación ha ocurrido en el caso de otras ITS y embarazos no deseados. Esto es lo que algunos autores han denominado el individualismo biomédico, base de la epidemiología de los factores de riesgo. Desde este enfoque se proponen estrategias de prevención centradas en los cambios de comportamientos individuales, pero se ignoran los factores culturales, sociales, económicos y políticos que constriñen la capacidad de decisión y cambio de los sujetos, a la vez que se prestan para dar inicio al estigma, discriminación y negación relacionados con cada problema.

La movilización de organismos y personas de la sociedad civil en defensa de los derechos humanos llevó a la consideración de comportamientos de riesgo, sin asignarlos a grupos particulares de personas. No obstante, tales aproximaciones han recibido la crítica acerca de la necesidad de superar el nivel individual, para tener en cuenta también los contextos sociales que permiten la producción y reproducción de los determinantes de riesgo a través de la historia, como lo plantea la epidemiología social (Morrison, K. En Caballero, M. *et al.*, 2006; Pounstone K. E., 2004).

La vulnerabilidad, por lo tanto, es un concepto complejo, multidimensional, que engloba los diversos determinantes de la salud (biológicos, sociales psicoafectivos) encarnados históricamente y de manera dinámica en las personas. Se han propuesto diversas definiciones para esta categoría (Bates, I.; Frenton, J., 2004):

- La vulnerabilidad es el grado de impacto de la enfermedad entre comunidades e individuos, como resultado de la influencia de complejos factores e interacciones: desde los biológicos (susceptibilidad individual) hasta los institucionales (servicios de salud inadecuados).
- Otra definición afirma que la vulnerabilidad atañe a las características de personas o grupos de personas en términos de su capacidad para anticipar, enfrentar, resistir y recuperarse del impacto producido por el riesgo de enfermedad.

- La vulnerabilidad también describe las deficiencias de las entidades sociales o económicas que determinan la gravedad del impacto causado por un exceso de morbilidad o mortalidad.

La vulnerabilidad es un concepto más amplio que refleja la incapacidad de un individuo o una comunidad para controlar riesgos, debido a complejos determinantes biológicos, sociales y psicoafectivos.

Por ejemplo, según Mann, la vulnerabilidad al VIH puede ser entendida como un grupo de acciones o situaciones identificables, visibles, específicas y concretas relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de la infección por VIH (García, R.; Luque, R.; MacDouall, J. y Moreno, L. A., 2006).

El riesgo de adquirir el VIH se puede definir como la probabilidad de que esto ocurra en un sujeto a causa de sus propios actos o de los de otras personas (ejemplos: prácticas sexuales no protegidas, uso de drogas inyectables, mala práctica en las instituciones prestadoras de servicio).

Ambitos de desarrollo de vulnerabilidad y riesgo

Se han definido tres ámbitos en los que la vulnerabilidad y el riesgo con relación a la exposición, adquisición y transmisión del VIH: individual, familiar y comunitario, y ambiental. (García, R., 2006; Bates, I., 2004; Pounstone, K., 2004). Estos ámbitos son propicios para muchas de las patologías y eventos que afectan la SSR de las personas, por lo que se pueden considerar de forma general, salvo algunas excepciones:

<p>NIVEL DE LA VULNERABILIDAD Y RIESGOS EN SSR</p>	<p>DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS</p>
<p>Individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demográficos • Biológicos • Psicológicos 	<p>Edad: Los adolescentes y adultos jóvenes representan un segmento de la población muy afectado por el VIH, ITS y embarazos no deseados.</p> <p>Sexo: Las mujeres, sobre todo las más jóvenes, son más vulnerables a la infección por VIH y otras ITS (razones fisiológicas como tracto genital inmaduro, ectopia cervical, mayor contacto de las secreciones potencialmente infectadas con las células cervicales, ITS asintomáticas más frecuentes, más transfusiones por anemia y complicaciones durante la gestación y el parto). La mitad de las personas infectadas con VIH en el mundo son mujeres: Colombia (17%), Estados Unidos (20%), África (58%).</p> <p>Genética: Las mutaciones del receptor CCR5 afectan la susceptibilidad a la infección por VIH; los polimorfismos de otros receptores de quimiocinas reducen la tasa de progresión a Sida.</p> <p>Aspectos psicológicos: Percepción de riesgo y vulnerabilidad, autoestima, autocuidado, creencias, actitudes y prácticas.</p> <p>Interacciones con otras infecciones: Las ITS (ulcerativas como sífilis, chancroid, herpes y no ulcerativas como gonorrea, infecciones por clamidia y tricomonas) aumentan la infectividad de mujeres y hombres con VIH y la susceptibilidad de los sujetos negativos a la infección.</p> <p>Otros: La circuncisión disminuye el riesgo de adquirir el VIH en los hombres.</p>
<p>Familiar y comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertenencia a grupos • Redes de apoyo familiares y sociales <p>En los anexos de la guía se pueden consultar algunos casos de estigma y violación de los derechos de las personas, que fueron resueltos mediante la Acción de Tutela.</p>	<p>Ocupación: Las fuerzas laborales móviles tienen mayor vulnerabilidad por alejamiento de redes familiares y acceso a sexo comercial.</p> <p>Edad: Tener en cuenta las generaciones. Se han descrito cuatro modalidades de explotación sexual de niños/as: prostitución, pornografía, turismo sexual, venta y tráfico (García y cols, 2006).</p> <p>Género Mujeres: El papel subordinado en el hogar, temor al abandono de sus compañeros, la falta de información en materias sexuales, falta de percepción de vulnerabilidad, poca conciencia del riesgo que puedan estar asumiendo sus parejas, las dificultades en la negociación (por ejemplo de prácticas sexuales más seguras o con protección), el énfasis en cuidado a los otros a expensas del autocuidado, la violencia de la que son víctimas determinan su mayor vulnerabilidad a la infección y a la progresión de la enfermedad.</p> <p>Género Hombres: Los estereotipos de la masculinidad pueden presionar a los hombres a tomar riesgos (múltiples parejas, relaciones sexuales no protegidas, consumo de alcohol y drogas). El machismo puede servir como justificación para prácticas como el comercio sexual, la violencia sexual y para legitimar prácticas sexuales de riesgo (prácticas sexuales no protegidas, múltiples parejas, reconocimiento de sus pares).</p> <p>Hombres que tienen sexo con hombres: El estigma, la discriminación, la homofobia, la clandestinidad, la falta de programas de prevención pueden favorecer prácticas de riesgo.</p> <p>Recuerde las diversidades sexuales: "Las prácticas sexuales del compañero son tan importantes como las de uno mismo".</p> <p>Educación y religión: Pueden influir en los conocimientos, comportamientos y prácticas de los individuos y comunidades. Por ejemplo, acerca del uso de condones.</p> <p>Estado socioeconómico: Determina acceso a prevención y tratamiento. Sólo 1/5 personas en el mundo con riesgo de infección tiene acceso a estrategias de prevención; sólo 1/10 personas en el mundo tiene acceso a terapia anti-retroviral.</p>

NIVEL DE LA VULNERABILIDAD Y RIESGOS EN SSR	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS
<p>Nivel macro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambientales e institucionales 	<p>Geográficos: Las fronteras, las prisiones y el hacinamiento aumentan la vulnerabilidad de las personas. Las migraciones, los conflictos, las emergencias aumentan la vulnerabilidad por violencia sexual y sexo comercial. Algunas personas que viven en zonas de conflicto armado o en situaciones de desplazamiento en Colombia recurren al intercambio sexual por dinero o comida (García y cols, 2006).</p> <p>Determinantes económicos, sociales, jurídicos y políticos: Las limitaciones del acceso a recursos productivos pueden aumentar la vulnerabilidad, sobre todo pero no exclusivamente de las mujeres, por dependencia económica y subordinación, por necesidad de intercambiar sexo por dinero, por aumentar la posibilidad de ser víctimas de violencia, incluida la violencia sexual. Los medios de comunicación, la escasa o nula información o distorsión de la misma.</p> <p>La falta de educación sexual, de seguridad social, de atención confidencial a las ITS también determina una mayor vulnerabilidad.</p> <p>La pobreza aumenta la vulnerabilidad social e individual. Determina falta de acceso a educación, a promoción de la salud, a prevención específica, a asesoría, a diagnóstico temprano y a atención integral (García y cols, 2006).</p> <p>La exclusión social puede llevar a mujeres, minorías sexuales y niños/as a ejercer el trabajo sexual, el sexo transaccional, a ser víctimas de violencia y de abuso sexual y a someterse a relaciones sexuales no consentidas ni protegidas (García y cols, 2006).</p> <p>El conflicto armado es un proceso social que contribuye a la expansión de la enfermedad. La migración en condiciones de pobreza, produce desarraigo, separación de las normas socioculturales y las personas en condición de víctimas tienen menor percepción de riesgo y se hacen más vulnerables (ONUSIDA, 2005).</p>

El informe sobre la epidemia mundial de Sida de ONUSIDA - 2006 resalta que:

En la mayoría de los países la prevalencia de la infección tiende a ser alta en:

- Trabajadores sexuales.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- Usuarios de drogas inyectables.
- Recluidos en prisiones.
- Poblaciones discriminadas y marginadas.
- Poca representación en la toma de decisiones políticas.

Los recursos destinados a atención, prevención y tratamientos de estas poblaciones no suelen ser proporcionales a la prevalencia del VIH, debido a gestión deficiente de los recursos y vulneración de derechos humanos fundamentales.

Otras poblaciones con alta vulnerabilidad a la infección por VIH son: mujeres y niñas, jóvenes, personas que viven en la pobreza, trabajadores migrantes, personas en situaciones de conflicto y posterior a ellas, refugiados, desplazados, personas que se encuentran recibiendo tratamientos terapéuticos (renales, sanguíneos, etc.).

Se reitera la importancia de que los/as profesionales de la salud de los servicios de SSR adquieran los conocimientos y las destrezas para detectar el riesgo y la vulnerabilidad al VIH, ITS y otros eventos adversos. Es indispensable que recuerden que existe una interacción compleja entre procesos individuales y sociales que moldean la vida cotidiana de los seres y grupos humanos en relación con el entorno cultural y social y con las instituciones, las estructuras y los modelos establecidos que determinan la manera de comprender, asumir y comportarse en el mundo. Estas diversas interacciones entre lo micro y lo macro determinan la vulnerabilidad de hombres y mujeres, la exposición y la respuesta a situaciones de riesgo o protectoras, y la adopción o no de comportamientos y prácticas seguras.



¡ Recuerde... !

Para que cualquier persona pueda cumplir con los pilares básicos de muchos programas mundiales de prevención, se requieren diversas condiciones desde lo biológico y psicoafectivo hasta lo social, que se modifican de manera dinámica a través de las diversas interacciones en el transcurso de la vida. Estas son:

- Comprensión del proceso salud-enfermedad, de sus determinantes, de sus factores de riesgo y protectores.
- Capacidad de autonomía para tomar las propias decisiones en cuanto a la sexualidad sin coacciones ni subordinaciones de ningún tipo.
- Habilidad para negociar y asumir prácticas sexuales más seguras.
- Medios para acceder a las medidas de prevención y a los servicios de promoción, prevención y atención en la salud, en condiciones de equidad.
- Cambio de paradigmas sobre la sexualidad.

Claves para detectar vulnerabilidad y riesgo en el escenario de los SSSR

Antecedentes para tener en cuenta

- La prevalencia y la incidencia de casos de infección por VIH, otras ITS y algunos eventos adversos en SSR sigue en aumento. Muchas personas no perciben su propio riesgo y muchos médicos/as no perciben el riesgo de sus pacientes.
- La percepción de riesgo y de vulnerabilidad es mucho menor en las mujeres.
- La falta de percepción de riesgo conduce a diagnósticos tardíos y a fallas en las estrategias de prevención (CDC, 2004).
- El diagnóstico oportuno de la infección por VIH y otras ITS es un imperativo en la actualidad. Se estima que los avances en terapia antirretroviral pueden agregar por lo menos 15 años de vida y mejorar su calidad (Beckwith, 2005). Por otro lado la gran mayoría de las ITS son tratables o curables cuando hay un diagnóstico adecuado, evitando complicaciones posteriores.
- Además, conocer la infección por VIH permite que las personas asuman cambios en los comportamientos de riesgo que pueden reducir la transmisión del virus y romper el ciclo de nuevas infecciones (Khalsa, 2006).
- Pese a lo anterior, se ha reconocido que los médicos/as con frecuencia no abordan con sus pacientes temas sensibles como la sexualidad y el consumo de drogas de uso ilícito, importantes para la detección del riesgo y de la vulnerabilidad.
- Puesto que la mayoría de los casos de infección por VIH ocurren por transmisión sexual y la prevención de la transmisión perinatal es un objetivo importante, los servicios de SSR deben ser un pilar importante en la prevención y el diagnóstico de la infección por VIH (UNFPA, 2004).
- Algunas de las barreras citadas por los médicos/as y que deben superarse para la detección del riesgo y de la vulnerabilidad en los servicios de SSR son: restricciones de tiempo, incomodidad para hablar de temas como sexualidad y consumo de drogas, falta de entrenamiento y falta de percepción de la importancia de su papel y su responsabilidad en el diagnóstico y la prevención, falta de conocimiento sobre el tema, ideologías predominantes.



¡Recuerde...!

Las estrategias de prevención en SSR además de conocimientos y destrezas interpersonales, requieren:

- Tamizaje de los y las pacientes con prácticas de riesgo.
- Discutir de manera abierta y respetuosa con las y los usuarios los temas relacionados con la sexualidad y el consumo de drogas.
- Reforzar de manera positiva las prácticas sexuales más seguras (Khalsa, 2003).

La OMS reconoce tres fases de la epidemia:

1. El VIH entra silenciosamente a la comunidad y se disemina durante varios años antes de ser reconocido.
2. Ocurre la epidemia de los casos clínicos de Sida.
3. Explotan las respuestas sociales, culturales, económicas y políticas frente al Sida. Se caracteriza por altos niveles de estigma, discriminación y negación colectiva.

La sociedad civil y los/as profesionales de la salud deben reconocer estas respuestas y comprometerse a superarlas.

El estigma y la discriminación tienen que ver con reacciones emocionales negativas frente a personas a las que se les asigna una identidad deteriorada, con base en una diferencia desacreditada socialmente.

El estigma frente al VIH tiene que ver con tabúes de la sociedad occidental como sexualidad y muerte.

Pero, además, el estigma tiene raíces profundas en su construcción social y cultural, en relaciones sociales de poder y dominación, que favorecen la exclusión, las inequidades y la violencia. Así, el estigma frente a las personas con VIH se relaciona con discriminaciones y exclusiones previas, por ejemplo étnicas, sexuales (gay, lesbianas, bisexuales, transexuales), de género (mujeres) o de estatus socioeconómico.

Con frecuencia las mujeres tienen mayor vulnerabilidad a actos de estigmatización y discriminación: duplicidad de criterios respecto a la salud y el bienestar, desigualdad en obligaciones y derechos.

La discriminación es un trato injusto e inequitativo.

(Parker y Aggleton, 2003)

El estigma y la discriminación se pueden manifestar de diferentes maneras:

- Autoestigma: disminución de autoestima, depresión, sentimientos de culpa, aislamiento, violencia.
- Contexto familiar y comunitario: rechazo, aislamiento, maltrato verbal o físico, violencia, culpabilización.
- Contextos institucionales: laborales, educativos, de salud, legales.

Ejemplos de estigma y discriminación en servicios de salud

- Menor nivel de calidad de la atención.
- Negación del acceso a los servicios.
- Fisuras en la confidencialidad.
- Realización de pruebas de tamizaje sin consentimiento.
- Actitudes negativas de las y los profesionales de la salud.

Se requieren diversas intervenciones para combatir el estigma, la discriminación y la negación frente al VIH y Sida en las instituciones de salud:

- Garantía de derechos humanos, protecciones legales, mecanismos de reparación.
- Educación y práctica de la bioética.
- Movilización de las comunidades.
- Crear un clima social en el cual no se tolere el estigma y la discriminación (Ejemplo: Proyecto de centros respetuosos con los pacientes en India).

La evaluación de la vulnerabilidad y el riesgo deben ser parte esencial de la atención de todos los/las pacientes en los servicios de SSR.

La conversación con el/la paciente debe ser clara y abierta. El respeto a la autonomía de los/as usuarios obliga a garantizar la veracidad y la confidencialidad y a tener en cuenta sus creencias, costumbres, tradiciones y sensibilidades culturales.

A partir del conocimiento de los contextos; de los determinantes de la salud desde lo biológico hasta lo social, psicoafectivo y el reconocimiento del “descubrimiento” de las diversidades (étnicas, sexuales, culturales, generacionales, etc.); del cuestionamiento y de la reflexión acerca de las creencias, prejuicios y actitudes de los/as mismos/as profesionales de salud, y de la incorporación de enfoques con perspectivas de bioética y derechos humanos en la práctica profesional de género, deben emerger las habilidades y destrezas de los/as profesionales para “saber cómo” detectar la vulnerabilidad y el riesgo y para ofrecer la asesoría, a los/as pacientes que acuden a los servicios de SSR.

*Factores de riesgo en SSR*³

Comportamientos sexuales de riesgo

- Compañeros/as sexuales con diagnóstico de VIH u otras ITS.
- Compañeros/as sexuales con riesgo de infección por VIH u otras ITS. Este riesgo puede ser subestimado; es frecuente que las personas infectadas no revelen su diagnóstico a sus compañeros/as sexuales.

³ (Adaptado de Sande, E., 2003; Mandell, 2005)

- Múltiples compañeros/as sexuales.
- No utilización correcta de condón y de métodos de anticoncepción.

Prácticas sexuales

- *Alto riesgo:*
 - Prácticas sexuales vaginales, anales u orales traumáticas o donde se produzca sangrado o lesiones visibles.
 - Prácticas sexuales vaginales receptivas sin uso correcto y constante de algún método de anticoncepción.
- *Alto riesgo de transmisión de patógenos:*
 - Prácticas sexuales vaginales, anales u orales receptivas sin uso correcto y constante del condón.
 - Prácticas sexuales con parejas que tengan presencia de ulceraciones en la piel o mucosa genital o anal, lesiones, flujos anormales o en quienes se sospechan ITS.
 - Compartir juguetes sexuales que hayan sido insertados en vagina o ano, o hayan estado en contacto con sangre o fluidos genitales.
- *Riesgo de transmisión documentado:*
 - Prácticas sexuales vaginales penetrativas sin usar condón (el riesgo aumenta durante la menstruación).
 - Prácticas sexuales anales penetrativas sin protección.
 - Prácticas sexuales orales sin protección.
- *Riesgo más bajo de transmisión:*
 - Cualquiera de las prácticas anteriores con protección (barreras de látex o de vinilo, condones). Se estima que el uso del condón de forma correcta y consistente reduce en 20 veces el riesgo de transmisión del VIH (2002).
 - La circuncisión disminuye el riesgo de transmisión del VIH en los hombres.
- *Prácticas más seguras:*
 - Abstinencia
 - Prácticas sexuales monógamas mutuas entre dos personas no infectadas.

Situaciones que facilitan la transmisión sexual del VIH

TRANSMISIÓN DE HOMBRES A MUJERES	
CONDICIONES	RIESGO RELATIVO INFORMADO
Uso de contraceptivos orales	2,5 - 4,5
Cervicitis por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1,8 - 4,5
Candidiasis vaginal	3,3 - 3,6
Úlceras genitales	2 - 4
Herpes genital	2,5
Vaginosis bacteriana	2,4
Deficiencia de vitamina A	2,6 - 12,9
Carga viral elevada, CD4 < 200/mm ³	6,7 - 17,6

TRANSMISIÓN DE MUJERES A HOMBRES	
CONDICIONES	RIESGO RELATIVO INFORMADO
Falta de circuncisión	5,4 - 8,2
Herpes genital	6,0 - 16,8
Prácticas sexuales durante la menstruación	3,6
Úlceras genitales	2,6 - 4,7

Uso de drogas

- *Riesgo más alto:*
 - Tener relaciones sexuales bajo el influjo de alcohol o drogas que alteren la capacidad de decisión o el uso de elementos de protección.
 - Compartir agujas, jeringas, equipos y otros elementos, no estériles.
- *Riesgo menos alto:*
 - Compartir juguetes sexuales, limpiados con agua y jabón común.
- *Menor riesgo:*
 - Uso personal de agujas, jeringas y otros elementos.
 - Uso personal de agujas, jeringas y otros elementos estériles.

Receptores de transfusiones de sangre y sus derivados

- *Riesgo más alto:*
 - Receptores de productos sanguíneos sin tamizaje para VIH, hepatitis B y C, sífilis.
- *Menor riesgo:*
 - Receptores de productos sanguíneos con tamizaje para los agentes mencionados.
- *Más seguro:*
 - Receptores de productos sanguíneos autólogos.
 - Receptores de sustitutos sintéticos de productos sanguíneos.

Infección perinatal

El riesgo de transmisión del VIH durante el embarazo, el parto y la lactancia, sin intervención, es cercano a 30% (de 14% a 31% en países desarrollados y de 25% a 48% en los países pobres). El riesgo aumenta con cargas virales elevadas, conteos de CD4 bajos, ruptura prematura de membranas.

Las intervenciones adecuadas y oportunas (antirretrovirales, evitar lactancia materna, cesárea según la carga viral al final de la gestación) disminuyen el riesgo a < 1%.

Igualmente, está documentado el riesgo de transmisión perinatal de otros patógenos como *Treponema pallidum* (sífilis), herpes virus, PVH, etc., y la disminución de la tasa de infección con tratamiento adecuado.

A todas las mujeres gestantes (mejor aún, a las parejas y antes de la concepción) se les debe ofrecer la prueba voluntaria de detección de VIH y de otras ITS, sin importar la percepción o identificación (o no) de factores de riesgo ni la prevalencia en la comunidad, previa información clara y completa y consentimiento informado. Las personas deben ser informadas sobre su derecho de rechazar las pruebas.

Exposición ocupacional

El uso de guantes disminuye en 50% la exposición al VIH y puede reducir la transmisión de múltiples infecciones.

- *Riesgo alto:*
 - Inoculación parenteral profunda de sangre a través de aguja hueca de una fuente con VIH u otra enfermedad.
 - Inoculación parenteral de material de laboratorio contaminado con cualquier agente infeccioso.
 - Inoculación parenteral de sangre contaminada de una fuente con hepatitis B.

- Falta de utilización de profilaxis post-exposición.
- Contacto directo con lesiones del usuario contaminado.
- *Riesgo alto para otras ITS:*
 - Exposición a pequeñas cantidades de sangre a través de agujas no huecas.
 - Exposición mucosa o a través de piel.
 - Exposición a orina, y saliva.
 - Contacto directo con lesiones del usuario contaminado.
- *Riesgo menor para VIH:*
 - Exposición a pequeñas cantidades de sangre a través de agujas no huecas.
 - Exposición mucosa o a través de piel no intacta.
- *Riesgo no identificado para VIH:*
 - Contacto a través de piel intacta
 - Exposición a orina, saliva, sudor, lágrimas.



¡ Recuerde... !

Solamente de 10% a 25% de las personas infectadas con VIH en el mundo son conscientes de su infección.

Cerca de 25% de las personas con pruebas de VIH reactivas NO informan factores de riesgo.

(CDC, 2001)

Después de tener claros los determinantes de la vulnerabilidad y el riesgo que le permiten al profesional de la salud reconocerlos en sus pacientes, pueden resumirse los escenarios o situaciones en los cuales debe considerarse la asesoría, la prueba voluntaria para VIH u otras pruebas de tamizaje, e iniciar estrategias de prevención en hombres y mujeres (CDC, 2001; Manavi, K., 2006):

- Cuando el/la usuario/a solicita expresamente una prueba de VIH u otras pruebas para la detección de otras ITS.
- Cuando se detectan situaciones, comportamientos o prácticas de riesgo.
- Cuando existen síntomas, signos clínicos y/o paraclínicos que sugieren el diagnóstico de infección por VIH, otra ITS o ETS.

- Cuando se han hecho diagnósticos que sugieren riesgo de infección por VIH, ITS o ETS.
- A todos los/as usuarios/as cuando la prevalencia de la infección por VIH es superior al 1%.
- A todas las mujeres gestantes con el fin de reducir el riesgo de transmisión perinatal, pero también para aprovechar la oportunidad de detectar determinantes de riesgo y de vulnerabilidad, hablar sobre ellos y realizar intervenciones de educación y prevención.
- A todos los/as trabajadores/as de la salud con posible exposición ocupacional con riesgo biológico.
- A personas con riesgo de exposición no ocupacional a VIH u otras ITS: por ejemplo, víctimas de violencia sexual, ruptura de condón durante la práctica sexual entre individuos serodiscordantes (es decir, uno de ellos con infección y el otro con pruebas no reactivas).
- A personas que hayan tenido exposición sexual o a través de la sangre con una persona con infección por VIH u otra ITS.
- A personas consumidores de drogas endovenosas u otros psicoactivos.
- Cuando se detectan comportamientos o prácticas sexuales de riesgo (no uso del condón, múltiples parejas sexuales, uso de psicoactivos, etc.).

LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS SUGIEREN LA PRESENCIA DE VIH:

<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre prolongada • Pérdida de peso • Linfadenopatía generalizada • Diarrea crónica • Leucoplasia vellosa • Úlceras orales recidivantes • Micosis mucocutáneas crónicas, recidivantes o resistentes al tratamiento • Herpes zoster • Micosis profundas • Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar • Infecciones por micobacterias atípicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmosis • Infecciones sistémicas por citomegalovirus • Candidiasis vaginal recidivante o refractaria • Cáncer de cuello uterino • Linfomas • Sarcoma de Kaposi • Demencias de origen desconocido • Otras enfermedades de origen desconocido • Otras enfermedades oportunistas • Alteraciones de laboratorio: trombocitopenia, leucopenia, hipergamaglobulinemia
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recomendaciones para la detección de riesgos ⁴

Las siguientes recomendaciones buscan que los/as usuarios(as) hagan conciencia e informen sobre sus posibles riesgos. Se presentan las generalidades de los contenidos de las preguntas pero, por supuesto, estas deben ser contextualizadas

⁴ (Adaptado de CDC, 2001)

para cada situación particular, enmarcadas en el respeto por las personas dentro de los derechos humanos y la bioética, matizadas por una buena relación entre profesionales de la salud y usuarios/as y favorecidas por una adecuada comunicación interpersonal.

- Preguntas *abiertas*:

- ¿Considera que ha estado en situaciones de riesgo para la infección por VIH u otras ITS? ¿Por qué? Inicie la conversación.

- Preguntas *de detección* (se pueden utilizar a manera de cuestionario para auto-diligenciamiento o en entrevista cara a cara):

- ¿Es sexualmente activo/a?
- ¿Tiene pareja estable, una nueva pareja o parejas múltiples?
- ¿Tiene pareja de edad más avanzada, intercambia sexo por dinero, regalos, o tiene parejas del mismo sexo?
- ¿Usa condones (¿de manera regular? ¿ocasional? ¿correctamente?) u otros métodos anticonceptivos?
- ¿Ha sido víctima de violencia sexual (abuso, violación etc.)?
- ¿Alguna vez se ha realizado una prueba de VIH?
- ¿Ha tenido prácticas sexuales no protegidas (sin condones) con alguien que piense que puede tener la infección por VIH u otras ITS? (Por ejemplo, pareja con antecedente de ITS o hepatitis, con múltiples parejas sexuales o que use drogas inyectables).
- ¿Ha tenido prácticas sexuales penetrativas vaginales o anales sin protección con más de una pareja sexual?
- ¿Que dificultades o limitaciones tiene para acceder a los condones? (Identificar creencias, disfunciones, consumo de psicoactivos, situación socioeconómica y geográfica, etc.).
- ¿A alguna de sus parejas sexuales le han diagnosticado alguna ITS, hepatitis o tuberculosis?
- ¿Ha recibido diagnóstico o tratamiento para alguna ITS, para hepatitis o tuberculosis?
- ¿Ha tenido fiebre, pérdida de peso, diarrea u otras dolencias sin una causa clara?
- ¿Le han mencionado que ha sufrido alguna enfermedad o han encontrado algún hallazgo en pruebas de laboratorio que sugiera “disminución de las defensas” (o alguna deficiencia del sistema inmunológico)?

Para el caso de los y las adolescentes, se han desarrollado estrategias en las cuales se combinan actividades de acercamiento y de evaluación del riesgo.

Para ello se desarrollan talleres, actividades lúdicas o educativas, en las que se suministra información básica sobre SSR, VIH/Sida e ITS, para luego ofrecer a los y las asistentes un *test* que debe ser contestado y calificado por la misma persona, de tal manera que determine cual es su grado de vulnerabilidad, frente al VIH (ver Anexo 1).

Al finalizar la actividad, se deben explicar las maneras en que los y las adolescentes pueden acceder a los SSSR para recibir asesoría, orientación o solicitar pruebas diagnósticas, si lo llegaron a considerar.

Es muy importante que el *test* se utilice solo en ese contexto y como parte de la estrategia, pues de otra manera se convierte en un instrumento que puede generar muchas dudas que luego es posible que nadie responda, produciéndose un daño en vez de un beneficio.

NO OLVIDE TENER EN CUENTA LOS POSIBLES DAÑOS ASOCIADOS CON LA DETECCIÓN DEL RIESGO, DE LA INFECCIÓN POR VIH Y OTRAS ITS:

TEMORES A RECHAZO

ABANDONO

DISCRIMINACIÓN

ABUSO VERBAL O FÍSICO

ALTERACIONES EMOCIONALES

Una vez que el/la profesional de la salud ha identificado factores de vulnerabilidad y riesgo en hombres o mujeres que acuden a los servicios de SSR, en el marco de una relación democrática y respetuosa y en un clima institucional de bioética y derechos humanos, debe proceder o remitir para la realización de la asesoría respectiva (Ver Guía N° 3).

BIBLIOGRAFÍA

- Badinter, E. (1993). *XY, la identidad masculina*. Bogotá: Norma.
- Bates, I. et al. (2004). "Vulnerability to malaria, tuberculosis and HIV/AIDS infection an disease. Part 1: determinants operating at individual and household level". En: *Lancet Infect Dis*, 4: 267.
- _____ (2004). "Vulnerability to malaria, tuberculosis and HIV/AIDS infection an disease. Part 2: determinants operating at environmental and institucional level". En: *Lancet Infect Dis*, 4: 366.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Beckwith, C. G. (2005). "It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing". En: *Clin Inf Dis*, 40: 1037.
- Brusco, A. (1990). "La humanización del mundo de la salud: Posibilidad de crecimiento". En: *Boletín Misión el Hombre*, 2(5): 3-11.
- CDC (2001). "Revised guidelines for HIV counselling, testing and referall". En: *MMWR*, 50.
- Cerruti, S. y Behar, R. (1997). *La travesía de la vida: Una propuesta metodológica en educación sexual*. Montevideo: OPS / OMS.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo - 1994. En: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm> (4 de septiembre 2006).
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos (1999) "Módulo pedagógico para formadores: 4. Autocuidado frente a la violencia sexual". Serie: *Promoción de derechos humanos sexuales y reproductivos*. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia / Fondo de Población para las Naciones Unidas -Fnuap-.
- Consejo de la Juventud de España (2001). *Guía para trabajar en el tiempo libre la diversidad de orientación sexual*. Madrid: CJE / UNE-T.
- Cook, R.; Dickens, B. M. y Fathalla, M. F. (2003). *Salud reproductiva y derechos humanos*. Bogotá: Profamilia.
- DABS-Humanizar (2003). *Conversatorios entre hombres*. Bogotá: El taller / UNEB.
- Escobar, M. R. et al. (2005) "Agrupaciones, culturas juveniles y escuela en Bogotá. Estudio piloto". Informe final (mimeo). Bogotá: IESCO - Universidad Central / Secretaría de Educación Distrital -SED-.
- Fischer, S. et al. (2006) *Asesoramiento y pruebas voluntarias para el VIH para jóvenes*. Arlington: FHI / YouthNet / Usaid / IPPF.
- García, R. et al. (2006). *Infección por VIH y Sida en Colombia. Estado del arte 2000-2005*. ONUSIDA.
- García, R. (2005). "Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/sida: Campaña mundial, prioridad nacional". En: *Gerencia y políticas de salud*, 4.
- Gracia, D. (1998). *Bioética clínica*. Bogotá: Editorial EL Búho.

- Hall, S. (1996) "¿Quién necesita identidad?". En: Hall, S. y Du Gay, P. (Comp.) *Introducción: Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haz Paz: Consejería Presidencial para la Política Social (2001). *Violencia intrafamiliar: Masculinidades y violencia intrafamiliar*. Módulo 5. Bogotá: Cargraphics.
- Hottois, G. (2005). *Qu'est ce que la Bioéthique*. Paris: Vrin.
- Manavi, K., et al. (2006). "A rapid method for identifying high-risk patients consenting for HIV testing: Introduction the Edinburgh Risk Assessment Table for HIV testing". En: *International Journal of STD & AIDS*, 17: 234.
- Mandell, Bennet & Dolin (2005). "Dynamics of the spread of the human immunodeficiency virus". En: Mandell, Bennet & Dolin. *Principles and practices of infectious diseases*, 6th ed, 1470.
- Ministerio de la Protección Social. (2003) *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá. D.C
- Ministerio de Salud de Brasil, UNICEF, UNESCO, MTV (2007). "*Test para el Test*". *Mobilização nacional de adolescentes do ensino médio para prevenção da infecção pelo HIV e da AIDS*.
- Mejía, I. E. (2000). *Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional / ICBF / Fundación Antonio Restrepo Barco.
- ONUSIDA. (2006). "En riesgo y desatendidos. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2006". En: http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp (4 de septiembre de 2006).
- ONUSIDA. (2006). "La conquista de los derechos: Estudios de caso relativos a la defensa en los tribunales de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH". En: <http://www.who.int/bookorders/espagnol> (4 de septiembre de 2006).
- ONUSIDA. (2002). *El VIH/Sida y los derechos humanos, directrices internacionales*.
- ONUSIDA. (2002). *India: Discriminación, estigma y negación relacionados con el VIH y el Sida*.
- ONUSIDA. (2001). *Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH*.
- ONUSIDA (s.f.). *La infección por VIH y los Derechos Humanos*.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2003). "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: Conceptual framework and implications for action". En: *Social Science & Medicine*, 57: 13.
- Pounstone, K. E.; Strahdee, S. & Celentano, D. (2004). "Social epidemiology of HIV/AIDS". En: *Epidemiological reviews*, 28: 22.
- Profamilia (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, ENDS. Bogotá.
- Sande, M. A. ; Moellerin, R. C. y Gilbert, D. (2003). *The Standford guide to HIV/AIDS therapy*.
- Santos, A. M. (2003). "Humanización de la atención sanitaria: Retos y perspectivas". En: *Cuadernos de Bioética*, 50(1). <http://www.aebioetica.org/rtf/B4%20Humanizacion.pdf> (4 de septiembre de 2006).
- Simón, P. (2005). "Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad". Madrid: Triacastela.
- Tenorio, M. C. (2002) "Las mujeres no nacen, se hacen: Modelos culturales de mujer entre adolescentes en sectores populares". Cali: Universidad del Valle / Colciencias.





Test de vulnerabilidad al VIH*

Este cuestionario puede ayudarte a aprender que tan vulnerable estás al VIH/Sida. Puedes seleccionar más de una respuesta a cada pregunta, o ninguna. Todo depende de tus experiencias. Además, no tienes que dar tu nombre o presentar este cuestionario a nadie. Es para tus ojos, solamente.





¿Cuán vulnerable estás al VIH/Sida y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

Pues bien, en algún nivel todos somos vulnerables, porque una ETS o el VIH pueden afectar a cualquiera, sin importar la edad, el sexo o la orientación sexual. Sin embargo, dependiendo de tu comportamiento, puedes estar más vulnerable o menos vulnerable. Elige las opciones que mejor reflejan tu comportamiento en cada pregunta, y luego aprende sobre tu vulnerabilidad analizando tus respuestas, de acuerdo con las indicaciones que se encuentran al final:

1. *En mis relaciones sexuales . . .*




	He tenido relaciones sexuales y usamos un condón cada vez que tuvimos sexo.
	Nunca he tenido relaciones sexuales.
	He tenido por lo menos una relación sexual sin usar condón.
	He tenido sexo antes, pero nunca he usado condones.

2. *Recientemente conocí a una persona interesante y bien atractiva. Realmente tenía ganas de tener sexo y . . .*





	Tuvimos sexo usando un condón que estaba a mano.
	Casi tuvimos sexo sin condón, pero luego decidimos no hacerlo.
	Acabamos teniendo sexo sin condón.
	Nunca he estado en esta situación.

* Adaptado del instrumento Test para el Test (Ministerio de Salud de Brasil, UNICEF, UNESCO y MTV, 2007)







3. ¿He tenido relaciones que pueden aumentar mi exposición al VIH/Sida?

	He tenido sexo, tanto casual como con un novio/novia, y no siempre uso condón.
	Sólo he tenido sexo con un novio o una novia, y no usé condón porque hemos prometido sernos fieles.
	Nunca he tenido ninguna de estas experiencias.






4. El embarazo sólo se presenta cuanto no tenemos sexo seguro... ¿He pasado por esto antes?

	Nunca he estado embarazada, o nunca he embarazado a alguien, porque siempre uso condones.
	Nunca he estado embarazada, o nunca he embarazado a alguien, porque yo (o mi pareja) tomé la pastilla.
	He estado embarazada, o embarazado a alguien, y durante el embarazo nunca nos hicimos la prueba del VIH.
	He estado embarazada, o embarazado a alguien, pero nos hicimos la prueba del VIH.






5. En las tiendas y bares se puede comprar alcohol, y en algunos sitios se adquieren otras drogas como la cocaína, el bazuco o la marihuana de forma ilegal. El alcohol y otras drogas alteran nuestra facultad de percepción y comprensión de lo que ocurre en nuestro entorno. ¿Alguna de ellas está afectando mi vulnerabilidad al VIH/Sida?

	Me gusta beber con mis amigos(as). Una vez estuve “prendido(a)” y casi tuve sexo sin un condón.
	Nunca he usado ninguna clase de droga, incluido el alcohol.
	Alguna vez he estado medio “prendido/a” y acabé teniendo sexo sin condón.
	He utilizado una o varias de las drogas mencionadas arriba, pero nunca perdí el control como consecuencia.
	He usado drogas inyectadas antes, y compartí la misma jeringa con otros.
	He usado drogas inyectadas antes, pero cada persona utilizó su propia jeringa desechable.






6. ¿He ido con un profesional de la salud para prevenir o tratar una enfermedad de transmisión sexual y/o el VIH/Sida?

	No. Hace bastante que no he acudido a un servicio de salud o un médico(a).
	No. He tenido una enfermedad con cortadas, secreciones o alguna lesión en mis órganos sexuales, pero no busqué ayuda profesional.
	Sí. He tenido cortadas, secreciones o alguna lesión en mis órganos sexuales y acudí a un profesional de la salud.
	Sí. Me hago chequeos de vez en cuando, y acudo con un profesional de la salud cuando tengo problemas de salud.
	He procurado ir a un servicio de salud y/o profesional, pero no recibí atención cuando la necesitaba.







7. Durante una relación sexual el condón se rompió y . . .

	No pudimos parar y seguimos adelante con la relación sexual.
	Cambiamos de condón y seguimos.
	Nos lavamos los genitales, conseguimos un condón nuevo y seguimos.
	Se dañó la relación y nos fuimos sin lavarnos ni nada.
	Esto nunca me ha pasado.





8. Considero que los condones. . .

	Son fáciles de colocar.
	Pueden ser utilizados con placer o no obstaculizan el placer.
	No son necesarios cuando lo hacemos con alguien a quien amamos y en quien confiamos.
	Son incómodos y no vale la pena usarlos.
	Son una buena forma de evitar tener hijos.





9. A veces pienso en hacerme la prueba del VIH/SIDA. . .

	Sólo por saber si lo tengo.
	Porque estoy preocupado(a) por una experiencia no protegida que tuve.
	Para que pueda tener sexo sin condón.
	Porque estoy preocupado(a) porque uso drogas inyectables y comparto las jeringas.
	Porque una pareja sexual me lo sugirió.
	No me haría la prueba porque no quiero saber la respuesta.







10. ¿Puedo contar con otros para hablar sobre el sexo y de cómo protegerme de las ETS?

	Sí puedo. Puedo hablar de sexo y de cómo protegerme con personas de mi misma edad.
	Puedo contar con un medico u otro profesional de la salud para hablar de temas relacionadas con el sexo y la prevención, de manera abierta.
	No puedo contar con ningún adulto cercano, para hablar del tema.
	Sí puedo contar con un adulto cercano porque sé que él/ella me apoyará, aun cuando estemos en desacuerdo.

11. Soñar sobre el futuro también nos da la fuerza de cuidarnos a nosotros mismos en el presente, aunque a veces sea molesto. ¿Cuáles son sus planes para el futuro y el de aquellos que son sus amigos y amigas más cercanas?

	Hemos hablado de nuestros planes; por ejemplo estudiar una carrera técnica o profesional, trabajar o hacer otras cosas que nos gustan.
	¡Mis amigos y yo vivimos en el presente! ¡Podemos pensar en el futuro más tarde!
	Creo que la mayoría de mis amigos y amigas quieren construir una vida con alguien a quien aman.
	Mis amigos y amigas creen que es mejor no pensar en el futuro porque nuestras vidas podrían ser peores más adelante.

12. Para prevenir la infección con el VIH, tienes que hacer más que solo esperar no contraerlo. Debes siempre tener condones a la mano. ¿Qué tan fácil es conseguir los condones?

	Nunca puedo conseguir condones cuando los necesito.
	Siempre tengo condones porque los compro en la farmacia o en el supermercado.
	A veces tengo condones y a veces no. Todo depende del día.
	Los consigo en un centro de salud, en la escuela o en la casa.
	Dejo lo de los condones a mi pareja.
	No tengo condones porque me da pena o tengo miedo de lo qué pensarán de mí.

CALIFICACIÓN DEL TEST

Existen muchas clases de comportamiento y situaciones que te pueden poner en riesgo de contraer VIH/Sida e incrementar tu vulnerabilidad. Vuelve a repasar el test y cuenta cuántas respuestas amarillas, verdes y azules tienes. El resultado te dará una buena idea de que tan vulnerable estás al VIH/Sida y otras ETS. Saber cuán vulnerable estás, es un primer paso muy importante hacia el buen cuidado de ti mismo(a) de aquí en adelante!

SI TODAS TUS RESPUESTAS SON VERDES:

Tus respuestas indican que no estás muy vulnerable a ser infectada o infectado con el VIH, o de desarrollar un caso de SIDA:

- Si nunca has tenido relaciones sexuales, todas las formas de protección que te indiquen en la institución de salud son muy importantes para ti. Es mejor saber cómo protegerte –y a tus parejas– antes de comenzar con las relaciones sexuales. Por ejemplo, no tiene sentido comenzar a pensar en adquirir condones sólo después de haberlos necesitado. Puedes conseguir los condones en los supermercados, las farmacias o en algunas instituciones de salud. ¡Siempre es mejor planear con anticipación y protegerte!
- Si ya has tenido sexo, tus respuestas muestran que sabes cómo tener sexo seguro. Sigue protegiéndote con los métodos que ya conoces, y permanece alerta a nuevas formas de protegerte a ti misma(o) y tus parejas. De esta manera

también proteges a las personas con las que tendrás relaciones en el futuro. Las formas de protegerte que te enseñan los profesionales de la salud, y muchas otras que aún descubrirás, son tus aliados para disfrutar de los placeres de la vida en una forma segura y saludable.

SI TUS RESPUESTAS SON VERDES Y AMARILLAS Y NO TIENES RESPUESTAS AZULES:

Tus respuestas muestran que estás viviendo nuevas experiencias y que es importante aprender más sobre cómo protegerte a ti misma/o y tus parejas. Piensa en la información que te han brindado los profesionales de la salud y en las formas de protección que no usas. ¡Protegerte contra el VIH/SIDA es tu derecho! Igualmente es el derecho de la persona con quien estás teniendo sexo. Si tienes preguntas o dudas, acude a la institución de salud donde te prestan los servicios. Allí puedes hablar de la prueba del VIH, que es anónima, revisar tu salud y pedir orientación. ¡También puedes aprender más sobre cómo protegerte y disfrutar de los placeres de la vida en una forma saludable y segura!

SI TIENES UNA O MÁS RESPUESTAS AZULES:

Las respuestas que diste muestran que has vivido muchas experiencias que aumentan tu vulnerabilidad al VIH/SIDA. Piensa en todas las maneras de protegerte que te han explicado los profesionales de la salud, y ¡lucha por tu derecho de estar libre de VIH! Tal vez no puedas contar con todas las formas de protección, pero seguramente puedes contar con algunos recursos y personas cercanas a ti. En la institución de salud donde te prestan los servicios, puedes buscar más información y asegurarte de estar saludable. Junto con un profesional de la salud, puedes decidir hacerte una prueba de VIH, la cual te brindará tranquilidad al respecto de si estás infectado o infectada. Además, estarás en mayor capacidad de protegerte a ti mismo(a) y a tus parejas en el futuro.

**Tienes el derecho a experimentar el placer
en una forma segura.
¡Protégete!**

Tutelas sobre casos relacionados con VIH

Caso N° 1: Sentencia de la Corte Constitucional, SU-256 de 1996 (ONUSIDA, 2006)

HECHOS	RESPUESTAS DE LA CORTE	VULNERACIÓN DE DERECHOS HUMANOS	VULNERACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA
<p>El trabajador XX demandó a la Corporación Gun Club por la cancelación de su contrato de trabajo tras conocer los resultados reactivos de la prueba de VIH, ordenado por el médico de la empresa quien informó el resultado al empleador. El señor XX buscó trabajo en dos empresas en donde le exigieron las pruebas del VIH para poder acceder al puesto.</p>	<p>La Corte estimó que el empleado “no puede ser despedido por su condición de infectado por el VIH, pues esta motivación implica una grave segregación social, una forma de <i>apartheid</i> médico y un desconocimiento de la igualdad ciudadana y del derecho a la no discriminación”. Además, estimó que la revelación de la situación clínica de XX por parte del médico al empleador constituía una violación del derecho a la intimidad del paciente.</p>	<p>La Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que: “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación”. La protección del derecho a la intimidad resulta vital para reducir el miedo a la discriminación de los individuos a la hora de recurrir a los servicios de pruebas y tratamiento del VIH. La falta de asesoramiento previo y posterior a las pruebas del VIH constituye una limitación del derecho humano a recibir información esencial sobre la salud. La discriminación constituye una violación de los derechos humanos, basados en el reconocimiento de la igualdad de todas las personas. Se prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, propiedad, nacimiento u otras condiciones, incluida la infección por VIH y el sida.</p>	<p><i>No-maleficencia:</i> el acto médico causó daño al señor XX por imprudencia al no tener en cuenta las consecuencias de un resultado reactivo de la prueba de VIH. No se siguieron las buenas prácticas clínicas de asesoría y prueba voluntaria al VIH</p> <p><i>Justicia:</i> las empresas que exigen la realización obligatoria de la prueba de VIH están vulnerando el derecho al trabajo y a la seguridad social</p> <p><i>Autonomía:</i> no se respetó la autonomía del señor XX. Se falló en el proceso de consentimiento informado para que el señor XX de forma libre y voluntaria aceptara o rechazara la realización de la prueba de VIH. No se cumplió con los requisitos de confidencialidad y respeto a la intimidad al romper el secreto profesional sin justificación.</p> <p><i>Beneficencia:</i> el médico no veló por los mejores intereses del paciente como le corresponde.</p>

Caso N° 2: Sentencia de la Corte Constitucional, T-707205 de 2003 (ONUSIDA, 2006)

HECHOS	RESPUESTA DE LA CORTE	VULNERACIÓN DE DERECHOS HUMANOS	VULNERACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA
<p>YY interpuso una demanda para cuestionar la legalidad de la decisión de la escuela de cadetes de expulsarlo tras dar positivo en las pruebas del VIH, cuando le faltaban dos meses para obtener el grado de subteniente.</p>	<p>El Tribunal Constitucional sostuvo que las instituciones de educación superior (incluidas las de las Fuerzas Armadas) no están exentas de la obligación de respetar los derechos constitucionales.</p> <p>El Tribunal declaró que la decisión de expulsar al alumno había sido discriminatoria y “vulneraba el derecho a la educación y el derecho a escoger profesión u oficio del demandante, porque le impide continuar la carrera que decidió emprender sin que exista justificación válida para ello.”</p> <p>El Tribunal estimó que, para garantizar la plena efectividad del derecho del demandante a la integridad, a la salud y a proteger su dignidad personal, era necesario asignarle una actividad adecuada que redujera el riesgo de deterioro de su condición clínica y le permitiera recibir tratamiento antirretroviral u otro tratamiento que le fuera prescrito.</p>	<p>La legislación internacional sobre derechos humanos prohíbe la discriminación por cualquier motivo o condición. <i>Las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos</i> recomiendan a los Estados promulgar o robustecer leyes que combatan la discriminación u otras leyes que protejan contra la discriminación a las personas con el VIH y otros grupos vulnerables en los sectores tanto público como privado.</p>	<p><i>No-maleficencia:</i> la decisión de expulsar al cadete le causó daños emocionales y lo expuso a riesgos en el desarrollo de sus capacidades y libertades y de su salud</p> <p><i>Justicia:</i> la decisión de la Escuela de Cadetes violó los derechos constitucionales a la vida, a la igualdad, al trabajo, a la intimidad, a la salud y a la libertad de escoger una profesión o un oficio.</p> <p><i>Autonomía:</i> no se respetó la autonomía del cadete. Las fisuras en la confidencialidad permitieron que el conocimiento por la parte administrativa del resultado de la prueba de VIH, se utilizara para retirarlo de la institución.</p> <p><i>Beneficencia:</i> no se utilizó el resultado de la prueba diagnóstica para la protección de su intimidad, de su integridad y de su salud.</p>

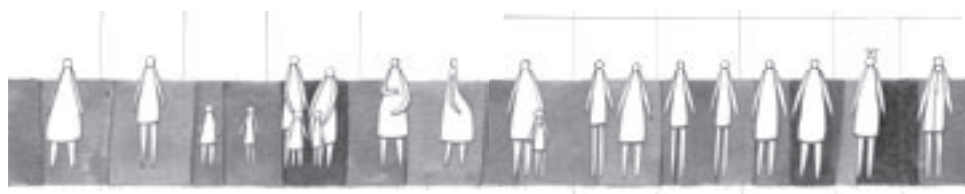
Caso N° 3: Sentencia de la Corte Constitucional, T-1141 de 2001

HECHOS	RESPUESTAS DE LA CORTE	VULNERACIÓN DE DERECHOS HUMANOS	VULNERACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA
<p>El señor ZZ interpuso acción de tutela contra la E.P.S. por considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la vida, a la igualdad y a la dignidad humana, en razón a que la demandada no ha autorizado la realización de un examen de carga viral que requiere con urgencia, para el control de su tratamiento anti-retroviral.</p>	<p>“... cuando la salud y la vida de las personas se encuentre grave y directamente comprometida, a causa de tratamientos inacabados, diagnósticos dilatados, drogas no suministradas, etc., bajo pretextos puramente económicos, aún contemplados en normas legales o reglamentarias, que están supeditadas a la Constitución, deben inaplicarse en el caso concreto cuando constituyan obstáculos para la protección solicitada. En su lugar el juez de tutela deberá amparar los derechos a la salud y a la vida teniendo en cuenta la prevalencia de los preceptos superiores”.</p>	<p>Existe vulneración o amenaza del derecho a la salud en conexión con la vida</p>	<p>Se trata de un caso de justicia distributiva en salud, sobre la asignación de recursos. Además, el retraso de un eventual cambio de tratamiento necesario puede ocasionar progresión de la enfermedad (se vulnera la no-maleficencia).</p>

GUÍA 3

ASESORÍA PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH

Y el abordaje
de otros eventos
relacionados con
la salud sexual
y reproductiva



PROYECTO INTEGRA
Proyecto Interagencial del Sistema de Naciones Unidas en Colombia
(ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF)
y el Ministerio de la Protección Social.

Coordinación del Proyecto
Dr. Iván Javier Angarita Gálvez

Comité Técnico del Proyecto
Nohora Corredor, MD MSc – UNICEF
Ricardo García Bernal, MD MSc – ONUSIDA
Bertha Gómez, MD – OPS/OMS
Ricardo Luque Núñez, MD – MPS
Mary Luz Mejía Gómez – UNFPA
Rafael Pardo, MD – OPS/OMS
María del Pilar Rodríguez, MD – UNICEF

Autores de la guía
Rafael Usme Hernández, Ps.
Iván Javier Angarita Gálvez MD, MA

Expertos y expertas que validaron la versión inicial de la guía
Martha Lucía Alzate Enf., Martha Patricia Bejarano Enf., Blanca Inés Cabiativa Enf.,
Nohora Corredor MD, Ricardo García MD, Bertha Gómez MD, Jacqueline Jaimes OD,
Carlos Jaramillo MD, Ricardo Luque Nuñez MD, Mary Luz Mejía Gómez, Enf., Leonardo
Montero Riascos MD, Jaime Núñez MD., Rafael Pardo MD, Humberto Rojas Ps., María
Iraídis Soto Enf., Martha Valdivieso Enf.

Revisión Final
Iván Javier Angarita Gálvez MD, MA

Índice

Introducción	139
Objetivo de la guía	140
Características de la guía	140
A quién se dirige	140
Lenguaje y género	140
Recomendaciones para el uso de lenguaje con perspectiva de género	141
Redescubriendo la asesoría	143
Ampliando el concepto de asesoría.	143
Utilidad de la asesoría en el campo de la SSR	143
Papel de la asesoría en la gestión integral de SSSR	145
Aspectos legales de la asesoría en VIH/Sida en Colombia	146
Consideraciones y pilares para la aplicación de la asesoría	147
¿A quien va dirigida la asesoría?	148
La asesoría en la práctica	148
Perfil del asesor	149
Asesoría en VIH para servicios de SSR	152
La asesoría como herramienta comunicacional	152
<i>Elementos básicos de comunicación</i>	153
Asesoría pre-test	154
<i>Contenidos básicos</i>	154
<i>Recomendaciones</i>	159
Asesoría post-test	159
<i>Contenidos básicos</i>	160
<i>Asesoría post-test negativo</i>	160
<i>Asesoría post-test positivo</i>	163
<i>Acciones cuando se confirma el diagnóstico de infección por VIH/Sida</i>	167
<i>Asesoría pos-test con resultado de WB indeterminado</i>	167
Recomendaciones para la asesoría en VIH frente a comportamientos de mayor riesgo o situaciones de vulnerabilidad	168

Asesoría en otros eventos relacionados con SSR	174
Adaptación de la asesoría: el ejemplo de la planificación familiar	174
Intervención en situaciones de crisis	179
Acciones generales	179
Manejo de reacciones específicas por parte del asesor	181
Bibliografía	184
Anexos	187
Hablemos de -"cómo hablamos"-	187
Efectos nocivos de la mala comunicación	188
Autoevaluación de la asesoría	189
Normograma sobre asesoría	190
Normas legales de apoyo sobre asesoría	191

La presente guía describe una serie de elementos que posibilitan acciones a realizar en la asesoría, con algunas recomendaciones puntuales. Es necesario que cada profesional de la salud que trabaje en asesoría profundice en aquellos, que de acuerdo con sus capacidades y perfil, requieran mayor desarrollo de habilidades o conocimientos.

Igualmente cada institución deberá adaptar los contenidos que considere pertinentes, de acuerdo con sus características particulares, según su región, cultura, idiosincrasia, características de sus usuarios, usuarias o consultantes, así como en relación con sus recursos técnicos, humanos y demás.

La guía acoge las principales políticas y lineamientos señalados por OPS, OMS y ONUSIDA, que están en concordancia con las políticas de salud en Colombia, y considera las principales normas relacionadas con la SSR, las ITS/VIH/Sida, consignadas especialmente en la Constitución Política de Colombia de 1991, en la Política de Salud Sexual y Reproductiva promulgada por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1543 de 1997, y en las resoluciones 412 de 2000 y 3442 de 2006.

De la misma forma, se revisan los aportes de importantes autores e investigadores en el área de la asesoría, tanto nacionales como internacionales, con elementos de apoyo provenientes de enfoques que hacen énfasis en la intervención psicosocial, bajo lineamientos humanistas y sistémicos.

Por último se hace énfasis en el respeto y en el ejercicio de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos y en el enfoque específico para aspectos como género, generación, orientación e identidad sexual y otras condiciones personales que requieren un abordaje distinto.

Objetivo de la guía

Ofrecer herramientas de trabajo que faciliten el abordaje eficaz, ágil, concreto y efectivo, de las diferentes modalidades de asesoría.

Características de la guía

Se utiliza un lenguaje sencillo, proactivo, optimista y esperanzador en medio de la dinámica salud–enfermedad, teniendo en cuenta la perspectiva de género, empoderamiento y el respeto por el ser humano y sus derechos, a través de los siguientes ejes transversales:

- Familia
- Perspectiva de género
- Perspectiva socio-cultural, etnia
- Promoción y Prevención
- Ética y humanización
- Reducción del estigma y la discriminación
- Promoción y Prevención, con énfasis en salud sexual y reproductiva

A quién se dirige

A profesionales de los Equipos de Salud que tienen entre sus funciones, brindar orientación, atención, asesoría y tratamiento, a personas, familia o comunidad, en actividades relacionadas con salud sexual y reproductiva, como acciones para prevenir la transmisión de las ITS, VIH/Sida.

Lenguaje y género

A través del texto se utilizan palabras que se pueden referir tanto a hombres como a mujeres. Sin embargo, es intención de la guía, enfrentar y resaltar la discriminación que persiste no solo en el discurso, sino también en la práctica, a través de mensajes que son transmitidos (directa o indirectamente, consciente o inconscientemente, de manera verbal o no-verbal), por algunos/as Profesionales de la Salud a los usuarios/as, su pareja, familia, o la comunidad de general. Este comportamiento debe ser revisado y corregido para evitar que el mismo influya negativamente en la asesoría y en la comunicación con las personas que acuden a los servicios de SSR.

Es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Cuando se menciona “Género”, se hace referencia a las diferencias socialmente determinadas entre hombres y mujeres, a los papeles que unos y otras juegan en la sociedad y a las relaciones de poder que se levantan a partir del ejercicio de estos papeles. Este incluye: creencias sociales, normas, costumbres y prácticas relacionadas frente a lo que se considera que es “masculino” y “femenino”, las cuales varían con el tiempo, la ubicación geográfica, la cultura y las personas, existiendo en cada una de ellas, una distinción clara entre los papeles de mujeres y hombres, responsabilidades y obligaciones y un tipo de poder característico a cada una.
- Con frecuencia, se observa que los papeles son desiguales y jerárquicos, privilegiándose en muchas situaciones el poder masculino, razón por la cual en la mayoría de las sociedades lo que se define como “masculino” se valora más favorablemente que lo que se define como “femenino”, por lo que en muchos roles sociales se asumen atributos “masculinos”.¹
- El solo uso de lenguaje no sexista no sirve si los roles y las relaciones cotidianas entre el personal y los usuarios/as no cambian. Ello implica una verdadera transformación de los roles de género y una práctica social que garantice igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.

Recomendaciones para el uso de lenguaje con perspectiva de género ²

El uso exclusivo del lenguaje masculino utilizado como genérico, para hacer referencia a mujeres y a hombres, oculta la presencia femenina. Por tanto, es importante tener en cuenta algunos cambios en el mismo, que lo hacen más inclusivo:

- Revisar cuidadosamente los documentos que se redactan, verificando si incluyen o tratan por igual a hombres y mujeres. Si no es así, se sugiere cambiar la redacción.
- Anteponer la palabra “persona” a la expresión sexista o discriminatoria. De este modo se reconoce el ser humano antes que la enfermedad, discapacidad o condición especial. Se recomienda hablar de “personas discapacitadas” o “con alguna discapacidad”, “mujeres mastectomizadas”, “hombres o mujeres con infección por el VIH”, etc.

¹ Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer, actividades para intensificar las actividades de género y derechos humanos, 2001

² Asturias: Fundación Mujeres, Santiago Rodríguez Vega. Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres del municipio de Aviles, 2000.

¡Ejemplo...!

Las frases: “Hay muchos pacientes sin tratamiento” o “Es importante tratar bien a los pacientes” parecería que incluyen a todos, hombres y mujeres, pero si se revisan con más detenimiento, tienden a resaltar la atención de los hombres.

En casos en que se crea necesario acompañar el sustantivo por un artículo, debe tenerse en cuenta que el artículo ha de aparecer también en las formas femenina y masculina. Ej: Las pacientes y los pacientes.



Ampliando el concepto de asesoría

En la literatura se encuentran los términos de Asesoría, Consejería, *Counselling*, Asesoramiento o Consejo Asistido. Todos estos pueden ser términos equivalentes, o sinónimos que expresan aisladamente características parciales, significativas en un momento determinado; sin embargo presentan entre ellos diferencias notables, que por efectos de extensión no se abordarán en la guía.

Para efectos de ésta guía, se utilizará el término ASESORÍA, el cual es equivalente al término de CONSEJERÍA definido en el Decreto 1543 de 1997 y en otros documentos. Así mismo se utilizará por su cercanía operacional con el constructo de *Counselling*, el cual aporta elementos claves para la prevención, especialmente por sus antecedentes históricos en el campo de la autonomía, la responsabilidad y el empoderamiento.

La asesoría se entiende entonces como el *“conjunto de actividades confidenciales que buscan la adecuada preparación de una persona con respecto a sus conocimientos, prácticas y conductas de riesgo y de protección, antes y después de la realización de pruebas diagnósticas, que le permitan al asesorado la toma de decisiones informadas relacionadas con esas pruebas”* (Ministerio de la Protección Social, 2006, p 28-29).

Utilidad de la asesoría en el campo de la SSR

La asesoría constituye una de las herramientas más importantes a nivel de la prevención de la transmisión de las ITS, VIH/Sida y su eficacia ha sido probada en estudios controlados. Se ha demostrado que cuando se lleva a cabo una adecuada asesoría en instituciones que atienden personas con ITS y se promueve que los usuarios/as establezcan planes de reducción del riesgo, se logra disminuir el número de nuevas ITS, los comportamientos de riesgo y se incrementa el uso del condón.

La asesoría para VIH, (Ministerio de Salud, Colombia, 1999), constituye una excelente estrategia, la más importante, para contribuir a la disminución de la transmisión de las ITS, incluido el VIH, debido a que:

- Permite influir directa y positivamente en la modificación de patrones comportamentales.
- Facilita la confrontación con estilos de vida, creencias y mitos, a través de la revisión y análisis del riesgo y la vulnerabilidad, en las prácticas sexuales.
- Reduce la ansiedad generada por la situación antes/durante/después del resultado.
- Prepara emocionalmente a la persona que consulta, para hacer frente a un posible resultado negativo o positivo, para afrontar su condición de salud, sus temores, preocupaciones o miedos.
- Motiva y/o faculta para iniciar o continuar comportamientos de reducción del riesgo.
- Permite enseñar métodos de reducción del riesgo y orientar a las personas para dirigirse a otros servicios médicos o de asistencia social.
- Existe soporte legal que sustenta la necesidad e importancia de la asesoría, desarrollada acorde con los parámetros técnicos y normativos señalados en el país.
- Se constituye en una fuerte estrategia de apoyo psicosocial para la persona afectada por el VIH, su pareja, familia y grupo social.

La Guía para el Manejo del VIH/Sida en Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2006, p 28-29) detalla la evidencia científica que respalda la utilidad de la asesoría, sus principales aspectos, el perfil que deben tener las y los asesores y la información que se debe abordar durante la asesoría. Se recomienda revisar dicho documento³. Sin embargo, es importante destacar los siguientes aspectos allí señalados:

1. Se enfatiza en la capacitación, entrenamiento y cualidades que debe tener un asesor.
2. Se destacan las ventajas de la asesoría ya mencionadas anteriormente y en su utilidad como herramienta para la prevención en la comunidad.
3. Se señala que la metodología ideal para la asesoría es la entrevista y se recomienda que tenga una duración mínima de 30 a 45 minutos.
4. Se subraya que la asesoría ha demostrado ser una estrategia costo-efectiva *“para reducir comportamientos de riesgo y evitar nuevas ITS, factible de aplicar y de amplia aceptación por todas las partes involucradas, especialmente cuando los individuos sometidos a la asesoría son adolescentes o (pacientes) con diagnóstico reciente de ITS.”*

Igualmente, la asesoría es una técnica que se puede utilizar en los distintos programas y acciones de Salud Sexual y Reproductiva pues toca ámbitos que les son

³ La guía es uno de los anexos técnicos de la resolución 3442 de 2006 y se puede consultar en www.minproteccionsocial.gov.co

comunes. Experiencias similares podrían implementarse en los programas de SSR donde el comportamiento y los hábitos de las personas inciden directamente en la eficacia de los mismos, como en la prevención y detección de cáncer de cuello uterino, la planificación familiar y el cuidado prenatal, del parto y el puerperio, donde existen cifras importantes de baja adherencia, que se reflejan en el no reclamo del resultado de las citologías, inasistencia a consultas, abandono o mal uso de métodos de planificación, entre otras situaciones.

El inmenso valor de la asesoría radica en el contacto directo y cercano con la persona que consulta, lo cual facilita la toma de decisiones conducentes a la protección, el mejoramiento de su calidad de vida, y la adopción o continuidad de cambios de conducta favorables para un mejor vivir.

La asesoría es también un instrumento que sirve para apoyar a las personas con probabilidad de estar afectadas por una enfermedad o infección, a aclarar su riesgo, reflexionar sobre su propio comportamiento y las opciones de prevención. Permite además ofrecer apoyo emocional a las personas y sus familias ante el impacto causado por un diagnóstico o tratamiento.

Papel de la asesoría en la gestión integral de SSSR

Dentro del concepto de Gestión Integral de SSSR la asesoría juega un papel fundamental, pues provee el medio ideal para desarrollar los propósitos del proyecto INTEGRRA, es decir incrementar el acceso de las personas a la prevención en SSR y al diagnóstico del VIH.

En ese sentido la utilización de la asesoría en los SSSR es pilar para mejorar la calidad y la satisfacción de todas las partes interesadas, y los modelos de asesoría que aquí se describen contemplan ajustes frente al modelo tradicional, de manera que los profesionales de las instituciones puedan desarrollar mejor su labor.

El proyecto INTEGRRA ha planteado unos lineamientos para la Gestión Integral de SSSR y un modelo de atención donde se propone el uso de la asesoría en dos instancias (ver la Guía No. 1):

- Como puerta de entrada al proceso de atención con enfoque integral, asumiendo que muchas personas seguirán demandando dicho servicio en instituciones que lo seguirán prestando bajo los lineamientos tradicionales.
- Como servicio ofrecido dentro del proceso, a partir de la valoración de Vulnerabilidad y Riesgo, instancia en la cual la asesoría se hará bajo los modelos de esta guía y dentro del concepto de Gestión Integral ya descrito.

En los capítulos correspondientes se detallan los modelos y los pasos para cada uno.

Aspectos legales de la asesoría en VIH/Sida en Colombia

La asesoría ha sido adoptada por el Estado colombiano como un mecanismo útil para la prevención y diagnóstico del VIH/Sida. La asesoría es una actividad obligatoria reglamentada en el decreto 1543 de 1997 y en la Guía para el Manejo del VIH/Sida adoptada por la resolución 3442 de 2006.

De acuerdo con ésta normatividad, la asesoría puede ser realizada por *“cualquier persona del equipo de salud, debidamente entrenada, capacitada y certificada”*. El equipo de salud se define como un *“grupo interdisciplinario y multidisciplinario de personas que trabajan en salud, cuyas actividades están orientadas a la docencia, administración, investigación y atención integral de la salud individual y comunitaria”*.

Igualmente se contempla que la asesoría debe ser realizada *“por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ETS, el VIH y el Sida”*.

Es importante aclarar, que si bien cualquier persona del equipo de salud puede llevar a cabo la asesoría y la entrega del resultado, el diagnóstico se considera un acto del ejercicio médico: *“Artículo 3°. Del Diagnóstico. Teniendo en cuenta los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es un acto propio del ejercicio de la medicina.*

Esto significa que si bien la atención de las personas debe ser realizada por un equipo integral de salud, el acto de efectuar el diagnóstico, el cual incluye no solo la prueba sino también criterios clínicos y epidemiológicos, será una función exclusiva de un profesional de la medicina debidamente entrenado y capacitado.

La norma recalca además la importancia de la actualización y capacitación continua para el equipo de salud: *“Artículo 10°. Actualización de las Personas del Equipo de Salud. Las entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continuada sobre ETS, VIH y SIDA al personal, con el fin de mantenerlos actualizados en conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos al respecto, con la obligación de hacer aplicación, seguimiento y evaluación de las mismas.”*

Consideraciones y pilares para la aplicación de la asesoría

La infección por VIH/Sida amerita la aplicación de estrategias particulares relacionadas con la asesoría debido a que:

- Es una infección de curso lento e insidioso.
- Una persona puede evitar adquirir el VIH o transmitirlo a otros al cambiar su comportamiento.
- Un diagnóstico positivo para el VIH genera enorme presión y ansiedad que pueden demorar el cambio constructivo o empeorar la enfermedad, especialmente en vista del temor, la incomprensión y la falta de solidaridad.
- Existe la necesidad de facilitar, de una manera más personalizada, cambios en los estilos de vida y las prácticas de riesgo de las personas, con el fin de disminuir la transmisión del VIH y de las ITS.

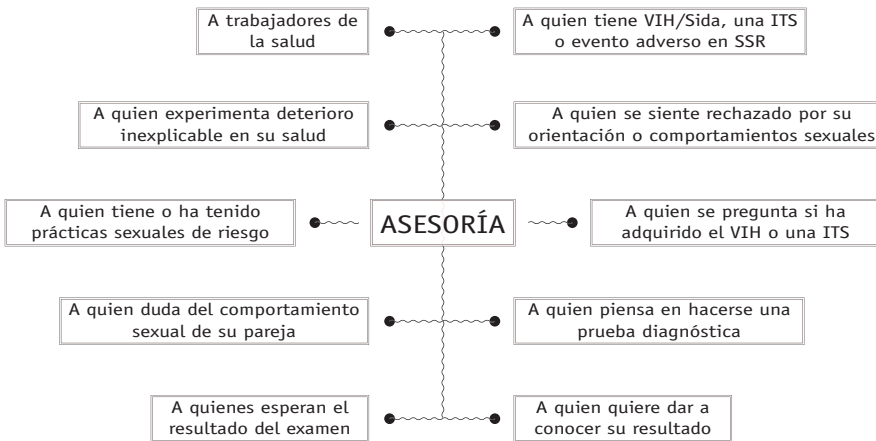
Sin embargo, otros eventos adversos en SSR que comparten factores de riesgo y condiciones de vulnerabilidad con el VIH/Sida también pueden beneficiarse del uso de la asesoría como técnica, pues en su prevención se requiere una comunicación personalizada para lograr cambios en estilos de vida y prácticas, disipar temores, aclarar dudas y facilitar la toma de decisiones. Los pilares fundamentales de la asesoría son:

1. **Enfoque integral.** La asesoría debe ser parte integral de los programas y servicios de SSR, con el respaldo de un equipo de salud interdisciplinario y la utilización de intervenciones para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas. Para garantizar el acceso es importante la conformación y gestión de redes de servicios.
2. **Confidencialidad.** Cualquier violación potencial o actual de la confidencialidad reduce considerablemente la credibilidad de la asesoría, del equipo de salud y de las instituciones. La labor de asesoría encaminada a la prevención debe incluir un componente considerable de educación en salud. La meta principal de la asesoría es estimular cambios en el comportamiento destinados a proteger a las personas frente a los riesgos y condiciones de vulnerabilidad opuestos al disfrute de una SSR; en el caso particular de las PVVS también a frenar la reinfección.
3. **Consentimiento informado.** Decidir si se somete o no a una prueba o procedimiento, es un acto que atañe exclusivamente a la persona, basándose en la información facilitada por quien brinda la asesoría, con base en las ventajas y los inconvenientes inherentes. No se debe presionar, ni coaccionar a nadie para

que se someta a un examen o procedimiento, pues se convertiría en una acción contraproducente para el individuo y la sociedad, y no podría considerarse como un hecho realmente voluntario. El consentimiento debe constar por escrito y reflejar el proceso realizado.

4. **Coherencia:** Debe haber concordancia entre la actitud de quien brinda asesoría y los objetivos de la asesoría. El asesor debe procurar permanecer como tal y evitar que sus propios prejuicios, pensamientos, ideas o creencias influyan negativamente en el proceso.
5. **Respeto:** Por la dignidad humana y por las diferencias.
6. **Honestidad:** Como principio rector de la relación profesional de la salud-paciente.

¿A quien va dirigida la asesoría?



La asesoría en la práctica

Recordemos un importante aforismo chino aplicable a la asesoría: *“siete grandes servidores me enseñaron cuanto sé. Sus nombres son: qué, cómo, cuándo, dónde, quién, con qué y porqué”* (Otra forma de recordarlo es 5W-2H, por las iniciales en inglés de las anteriores palabras).

- **¿Qué?:** Es una herramienta preventiva enmarcada dentro de un espacio pequeño pero significativo en el tiempo, que permite reflexionar, preparar y confrontarse con la información que se posee, con respecto a las conductas, prácticas y creencias, relacionadas con la SSR y las ITS/VIH/Sida.

- **¿Cómo?:** A través de un proceso dinámico de diálogo de mínimo 30-45 minutos, individual, confidencial, en un espacio adecuado, en condiciones de respeto, tranquilidad y privacidad, que “invita” a reflexionar sobre las consecuencias del resultado en el proyecto de vida, las prácticas sexuales, las creencias, la actitud general hacia la sexualidad, salud/enfermedad, en el contexto de la SSR, las ITS/VIH/Sida.
- **¿Cuándo?:** En el momento en que lo solicite el/la consultante.
- **¿Dónde?:** En un lugar tranquilo, privado de interrupciones y que garantice la privacidad.
- **¿Quién?:** Impartida por cualquier persona del equipo de salud con una apropiada sensibilidad y motivación, debidamente capacitada con conocimientos, habilidades y técnicas.
- **¿Con qué?:** Con nuestra formación, con nuestro corazón, con sensibilidad, solidaridad, conciencia y ética, con instrumentos específicos para ello: formatos de registro, material de apoyo: flujogramas, algoritmos, listas de chequeo, rotafolios, ayudas educativas, formato de autorización, folletos informativos, con el apoyo de otros profesionales del equipo de salud, de acuerdo con los recursos y características de cada institución.
- **¿Por qué?:** Porque es una óptima herramienta educativa para disminuir la transmisión de las ITS y del VIH/Sida. Porque es necesario que cada uno de nosotros se confronte con su condición de riesgo/vulnerabilidad frente a otros eventos adversos como embarazos no deseados, cáncer en órganos reproductivos, etc., tome sus propias decisiones y realice los cambios que considere pertinentes, contribuyendo a una mejor calidad de vida, combatiendo la discriminación y el estigma, reforzando la autodeterminación, el manejo de la sexualidad responsable y el empoderamiento.

Perfil del asesor

Los y las profesionales encargadas de las asesorías deben poseer un perfil enriquecido tanto desde la parte técnica, incluyendo el conocimiento y manejo de aspectos científicos, procedimentales y ético-legales, como de principios humanistas, enfocados todos hacia la atención integral y de calidad.

En esta guía, ese perfil se ha definido desde el ámbito de las competencias en el ser, saber y saber hacer. Corresponde a cada profesional evaluar sus limitaciones, fortalezas y debilidades personales frente a la práctica de la asesoría y de esa manera establecer las situaciones que desbordan su capacidad, en cuyo caso deberá solicitar apoyo de otros profesionales del equipo de salud, o contemplar la remisión del consultante.

Las siguientes son las principales competencias que debe reunir la persona que brinde asesoría:

ACTITUDES

- Motivación y disposición voluntaria para trabajar en el área de la salud sexual y reproductiva.
- Respeto por la diversidad sexual y los comportamientos de las personas.
- Calidez y sensibilidad en el trato con las personas.
- Interés por mejorar continuamente.

HABILIDADES Y DESTREZAS

- Capacidad para lograr intercambios eficaces de información, escuchar a los demás percibiendo pensamientos, sentimientos y emociones, confirmando el correcto entendimiento del mensaje.
- Manejo de la información del asesorado de forma confidencial.
- Capacidad para comprender las necesidades y deseos de las personas, creando un clima de confianza.
- Capacidad para reconocer, evaluar y analizar sus limitaciones frente a las diversas situaciones que se le presenten.
- Capacidad para comunicarse utilizando lenguaje adecuado al nivel educativo, rasgos generacionales, cultura regional y subculturas de las personas.
- Capacidad de visualizar oportunidades que le permitan a las personas reflexionar y tomar decisiones orientadas a mantener o implementar comportamientos protectores y a reducir su riesgo y vulnerabilidad en relación con la salud sexual y reproductiva, ITS y VIH/Sida.
- Manejo de técnicas para hacer la intervención inicial de situaciones de crisis en la personas.

CONOCIMIENTOS ESENCIALES

- Conceptos básicos sobre sexualidad, género, identidad sexual, etiología, mecanismos de transmisión, formas de prevención y aspectos básicos del tratamiento de las ITS, VIH/Sida.
- Proceso de pérdida y elaboración del duelo.
- Derechos y deberes de los distintos actores del sistema de salud.
- Manejo de historia clínica, consentimiento informado y demás documentos legales.
- Legislación nacional relacionada con la salud sexual y reproductiva, ITS y VIH/Sida.
- Programas de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.
- Coberturas de los distintos planes de beneficios del sistema de salud.
- Procesos de referencia y contrarreferencia y acceso a las redes de servicio de salud, de acuerdo con el sistema de salud al que este afiliada la persona.
- Aspectos básicos del sistema de información, mecanismos de registro y notificación.
- Procesos de referencia y contrarreferencia y acceso a redes de apoyo social.

En el caso específico de la epidemia de VIH/Sida y en situaciones especiales, la asesoría puede ser acompañada por una persona que vive con el VIH (asesoría de pares o entre iguales), quien participa activamente en la misma y revela su estado serológico al usuario para compartirle su experiencia. Este tipo de asesoría tiene varias ventajas (Alianza Internacional contra el VIH/Sida, Population Council/Horizons, 2003):

- En lugares donde el nivel de estigma es alto, incluso entre los profesionales de la salud, las personas pueden preferir recibir asesoría de un par, debido a que ellos pueden tener menos actitudes prejuiciosas.
- Las personas que son asesoradas por una persona que también es VIH positiva y ha vivido con el VIH por varios años, se da cuenta que ser VIH positivo no es una sentencia de muerte y que pueden vivir con él.
- También se dan cuenta que no están solos y evitan sentirse aislados.

La asesoría entre iguales, debe respetar los principios básicos de la asesoría.

ASESORÍA EN VIH PARA SERVICIOS DE SSR

La asesoría como herramienta de comunicación puede y debe ser adaptada a cada situación en particular. Teniendo en cuenta que el presente modelo va a ser aplicado en servicios de SSR, se consideran una serie de elementos para que esta herramienta sea útil, no solo en la prevención y diagnóstico del VIH, sino para mejorar la calidad de las acciones de los demás programas y servicios de SSR.

El modelo planteado en éste proyecto considera las acciones para la asesoría iniciada por el proveedor de servicios de salud (ONUSIDA, 2006) y para la asesoría clásica iniciada por los usuarios y las usuarias. De igual manera se acoge la propuesta de la Guía para el Manejo del VIH/Sida en Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2006, p 29) acerca de utilizar un mínimo de dos sesiones, una previa a la realización de la prueba y una posterior a ella, señalando recomendaciones para considerar sesiones adicionales, acorde con algunas situaciones particulares.

Es importante resaltar que la asesoría en VIH puede ser la puerta de entrada para desarrollar asesorías subsecuentes dirigidas a otros eventos relacionados con la SSR o para desarrollar una Asesoría Integral en SSR, si la institución ha desarrollado las competencias para ello (ver la Guía No. 1).

La asesoría como herramienta comunicacional

La asesoría es en esencia un ejercicio de comunicación entre personas, para ayudar a comprender un evento, la situación personal frente al mismo y definir acciones orientadas a aprovechar las oportunidades para el disfrute de la vida y minimizar sus consecuencias negativas.

A continuación se resumen las principales habilidades comunicacionales que un asesor debe desarrollar (Green, 1980):

1. Facilite la comunicación bidireccional.
2. Tenga en cuenta especialmente:
 - a) Actitud: Considere a la persona como una aliada.
 - b) Habilidades de comunicación específicas, potenciando los siguientes objetivos:
 - Optimizar las relaciones interpersonales.

- Identificar las principales preocupaciones de la persona, sus creencias y expectativas.
- Informar, motivar y facilitar cambios en sus comportamientos de riesgo.
- Potenciar el autocontrol sobre su salud, describiendo pautas y normas claras.
- Amortiguar el estrés y el impacto emocional.
- Acompañar y alentar a la persona y a sus allegados a través de la enfermedad.
- Plantear y describir estrategias de toma de decisiones y solución de problemas.

Elementos básicos de comunicación

1. Escucha activa:

- a) No interrumpir
- b) Durante la escucha, utilizar señales:

- No verbales:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1) Expresión facial | 2) Contacto visual |
| 3) Postura del cuerpo | 4) Proximidad física |
| 5) Contacto físico | 6) Tono de voz, pausas |

- Verbales:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1) Preguntar | 2) Informar |
| 3) Sugerir | 4) Expresar sentimientos |

2. Favorecer la empatía. Escuchar los sentimientos de la persona, entendiendo sus motivos y verbalizándolos.

3. Reforzar. Expresar lo que parece positivo a través de:

- a) Hacer preguntas para confirmar qué ha comprendido la persona.
- b) Animar a la persona a que haga preguntas y/o tome notas.
- c) Facilitar que la persona resuma y sintetice por sí misma los mensajes clave.



¡ Recuerde... !

La persona que brinda asesoría no debe imponer soluciones basadas en su propia experiencia.

Tradicionalmente, la asesoría pre-test ha sido considerada como un “diálogo entre la persona consultante y la persona que brinda la asesoría, cuyo objetivo es explicar a aquél o aquella el examen de detección del VIH y las consecuencias que puede tener el conocimiento del propio estado serológico con respecto al VIH, a fin de que pueda decidir con conocimiento de causa si se somete o no al examen”. (OMS Declaración de la Reunión Consultiva sobre exámenes y consejos en la infección por el VIH, Ginebra, 1993). Ello está en concordancia con los temas que la Guía para el Manejo del VIH/Sida en Colombia contempla como mínimos a abarcar durante la asesoría y que se recomienda revisar (Ministerio de la Protección Social, 2006, p 28-29).

Para el alcance del proyecto INTEGRA, la asesoría pre-test tiene además de los anteriores, los propósitos que se señalan a continuación:

- Evaluar el riesgo y los factores de vulnerabilidad que tiene o afectan a la persona, no solo frente al VIH, sino también frente a las patologías o condiciones adversas derivadas del ejercicio de la sexualidad y la reproducción que le puedan afectar. Se incluyen entre otras: cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, embarazo no deseado, mortalidad materna y perinatal, etc.
- Permitir que la persona reflexione sobre dichas condiciones para que pueda explorar alternativas de reducción del riesgo y la vulnerabilidad.
- Aclarar mitos y creencias y suministrar información básica acerca del disfrute de una sexualidad y una reproducción sana, orientación e identidad sexual.
- Ofrecer la prueba del VIH y otras pruebas diagnósticas, acorde con la evaluación realizada en conjunto con la persona.
- Obtener el consentimiento informado, ya sea que la persona desee realizarse la prueba, o no.

Contenidos básicos

Los contenidos que se sugieren a continuación, son de carácter general, sujetos a modificaciones de acuerdo con las características y necesidades del contexto socio-cultural y personal, con las circunstancias, y las particularidades de cada consultante.

Estos pasos se pueden seguir puntualmente, o se pueden ajustar a las características de la región, localidad o institución. Así mismo, el orden puede ser modificado según las necesidades y situación particular de salud de cada consultante. En algunos casos, se requerirá más de una sesión para completar el esquema planteado.

No existen recetas mágicas para realizar la asesoría; la experiencia, creatividad, sensibilidad, apoyo y actitud son lo más importante.

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
1	Reciba al/la consultante (Saludo y presentación)	<ul style="list-style-type: none"> • Recíbele de manera cálida y respetuosa. • Preséntese como parte del equipo de salud a cargo de los programas de SSR y mencione quienes lo conforman. • Señale los objetivos de la sesión. • Señale claramente el tiempo con el que se cuenta. • Enfatique sobre la confidencialidad del encuentro y explique el concepto de confidencialidad. 	<p>Tenga en cuenta las condiciones óptimas para realizar asesoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sitio privado, aislado de interferencias. • Comodidad, tranquilidad, sin interrupciones, teléfonos ni personas ajenas al proceso. • Cumpla con la promesa de confidencialidad.
2	Registre datos básicos, e información personal	<ul style="list-style-type: none"> • Consigne en la historia clínica la información básica: nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, procedencia, nivel de educación, ocupación, profesión, dirección, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente consigne los datos deje de escribir y preste toda su atención a la persona.
3	Explore el motivo	<p>Indague el motivo de la asesoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona asistió previamente a un servicio de SSR y se le sugirió la asesoría, revise la evaluación realizada con la "Guía 2". • Si es la persona la que solicita directamente la asesoría, indague si existen exámenes y/o resultados anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • No olvide el motivo que llevó a la persona al servicio de SSR. • Resalte la importancia de la asesoría para abordar las otras necesidades en SSR que tenga la persona.
4	Evalúe vulnerabilidad y riesgo	<p>Valore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad y Riesgo si aún no se ha hecho. En caso contrario aplique la "Guía 2". • Motivación, disposición y posibilidades de cambio comportamental, relacionados con los anteriores aspectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la "Guía sobre Vulnerabilidad y Riesgo". (Guía No 2).

Continúa

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
5	Amplíe la información	<p>Revise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideas presentes sobre el ejercicio de la sexualidad. • Aspectos básicos sobre ITS, VIH, otras patologías relacionadas con SSR que sean del interés para la persona, sexualidad, prácticas de riesgo. <p>Corrija:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias erróneas, mitos, vacíos de información. <p>Enseñe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opciones para el disfrute responsable y placentero de la sexualidad. • El uso continuo y adecuado del condón y la doble protección que brinda el condón frente a ITS/VIH y embarazos no deseados. • Aspectos legales relacionados con el VIH, desde los derechos y deberes. 	<p>Estimule y refuerce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos y recursos positivos. • La utilización de otros servicios de SSR que puedan dar respuesta a necesidades (manifiestas o no) que tenga la persona. <p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información proporcionada debe ser correcta, clara y actualizada. • Para la enseñanza del uso del condón es necesario tener modelos de penes y preservativos reales. • Más del 90% de los casos de cáncer de cuello uterino tienen una infección previa por PVH, que también se transmite por relaciones sexuales.

Continúa

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
6	Proporcione información sobre la prueba para VIH	<p>Explique claramente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cual es la importancia y necesidad de realizar la prueba. • En que consisten las pruebas (ELISA y WB) y cual es el protocolo diagnóstico: nombre de las pruebas, diferencia entre pruebas presuntivas y confirmatorias, pasos necesarios, posibles resultados. • El significado del resultado de las pruebas (reactivo, no reactivo, falsos positivos o negativos, indeterminado). • La ubicación y horarios de atención del laboratorio, tiempo de entrega de los resultados, costos. • Ofrezca otras pruebas diagnósticas para ITS si la evaluación del caso lo indica, explicando los mismos aspectos. Si el asesor no es médico, debe solicitar interconsulta con dicho profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinde la información necesaria sin olvidar los aspectos esenciales; no pretenda hacer una clase magistral. • No suponga que la persona ha entendido todo. • Pregunte sobre lo explicado y aclare las dudas. • Explique las palabras técnicas que no sean fáciles de entender.
7	Establezca la decisión sobre la prueba y obtenga el consentimiento informado	<p>Pida a la persona que manifieste su decisión sobre realizarse la prueba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explique a la persona que su decisión es totalmente libre. • Aclare que en caso de no querer realizarse la prueba en el momento, puede solicitarla posteriormente. • Invite a la persona a que vuelva al servicio en caso de que tenga dudas posteriormente. <p>Apoye a la persona en el diligenciamiento del consentimiento informado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explique la necesidad de suscribir el consentimiento informado y el soporte legal del mismo. <p>Verifique si la persona sabe leer y entregue el formato. En caso contrario, léale la información, y explíquela.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifique su comprensión. • Firme Ud. el consentimiento y si no es médico, hágalo firmar por el profesional médico del equipo de salud. <p>Si la persona no decidió realizarse la prueba, continúe con el paso 9.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que la persona no se encuentre en capacidad de firmar o comprender el procedimiento, o se encuentra inhabilitada para ello, obtenga la firma de un familiar, tutor o la autorización de la instancia correspondiente. • El consentimiento se debe firmar siempre, sin importar si el usuario acepta o no la realización de la prueba. En el mismo se dejará constancia de la decisión.

Continúa

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
8	Verifique la condición emocional de la persona.	<p>Indague las posibles reacciones en lo cognoscitivo, afectivo, social y comportamental en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultado positivo • Resultado negativo <p>Indague sobre ideación suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de existir remita a un profesional de salud mental y evalúe la posibilidad de aplazar la realización del examen. <p>Proporcione apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañe emocional y afectivamente, remita o vincule con otras instancias si se requiere (equipo de salud, personas con VIH, organizaciones de apoyo, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación debe ser enfocada desde la pregunta de ¿cómo podría afectar el someterse a la prueba su proyecto de vida y expectativas? • Verifique impacto en la vida personal, de pareja, familiar, social, laboral.
9	Elabore plan de trabajo y acuerde seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayude a la persona a definir un plan de reducción del riesgo y la vulnerabilidad, definiendo claramente como se realizará el seguimiento y la forma como se verificará el cumplimiento de los objetivos y metas trazados. • Verifique habilidades, fortalezas y debilidades para implementar el plan y estimule a la persona a buscar alternativas. • Verifique los conocimientos y habilidades de la persona para el uso continuo y adecuado del condón. Enseñe y corrija cualquier información errada. • Informe a la persona sobre los demás servicios de SSR disponibles en la institución o en la red de servicios y estimúlela para que los utilice, teniendo en cuenta los que mejor se ajusten a las necesidades detectadas en la evaluación Vulnerabilidad y Riesgo (ver paso 4 de este proceso, pág. 155). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenga presente reacciones y expectativas de la persona con el proceso. • Identifique y potencialice los recursos que pueda utilizar la persona (redes familiares y sociales, acceso a medios de información y apoyo, etc.) <p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No sponga que todas las personas poseen información suficiente. • Es posible que sea la única vez que esta persona asista a una asesoría.
10	Cierre la asesoría	<ul style="list-style-type: none"> • Realice con la persona un breve resumen. • Solicite sus impresiones acerca de cómo se siente y qué información adicional cree que necesita para realizar lo acordado (verifique su comprensión). • Despídase cordialmente. • Consigne en la historia clínica todos los datos de la atención, siguiendo los parámetros de la normatividad vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Deje las puertas abiertas”. • Informe sobre procedimientos a seguir para la próxima cita.

Recomendaciones

Cuando se realizan varias asesorías, se puede observar saturación de la información, cansancio mental y/o físico, lo cual puede ocasionar dificultades para diferenciar y comprender la información que se ha manejado, y cuál no. Para esto, ayuda tener a mano una lista de chequeo, resumen o guía, de los principales aspectos que han de tratarse en la asesoría, con el fin de que sea lo más efectiva, ágil y concreta posible:

- Cada persona puede utilizar los instrumentos auxiliares que desee, con el fin de que la asesoría resulte lo más efectiva y organizada posible. Entre ellos están: Algoritmos, flujogramas, rotafolios, etc.
- Usted puede diseñar sus propios instrumentos, acorde con sus necesidades, características socioculturales, contexto y tipo de usuarios y usuarias.
- Todos los casos son diferentes. Cada caso es único. Adáptese a las necesidades de las personas que atiende.
- Evalúe periódicamente su trabajo en asesoría. Véase el anexo 2 de esta guía "Autoevaluación de la Asesoría". (pág. 189)

Asesoría post-test

Cuando una persona se realiza la prueba para la detección del VIH, puede experimentar una serie de sensaciones, que es preciso tener en cuenta a la hora de realizar la asesoría. Intervenciones efectivas ayudan en la persona consultante a disminuir la incertidumbre o ansiedad relacionadas con el resultado, o su condición de salud. Sin embargo, si la persona que brinda asesoría no maneja estas situaciones de una manera adecuada, la preparación o la entrega del resultado puede resultar contraproducente, aumentando temores preexistentes, reforzando o aumentando el rechazo social y las dificultades para el tratamiento, y aún peor, contribuyendo indirectamente, al incremento de la expansión de la pandemia.

La asesoría post- test (también llamada asesoría posterior al examen, o consejo post-examen en otros documentos), es una actividad que se lleva a cabo posterior a la realización de la prueba para VIH, independiente si su resultado es negativo o positivo.

Parte de un diálogo entre la persona que la solicita, y quien brinda la asesoría, cuyo objeto es recordarle que significa el resultado del examen de detección del VIH y facilitarle información apropiada, apoyo y orientaciones para la asistencia ulterior, así como fomentar los comportamientos de reducción del riesgo (OMS Declaración de la Reunión Consultiva sobre exámenes y consejos en la infección por el VIH, Ginebra, 1993).

En la asesoría posterior a la prueba de detección del VIH, el resultado será entregado en forma personal, **preferiblemente** por quien le brindó la asesoría pre-test. Dicho procedimiento, se realiza mediante sesión individual que garantice la confidencialidad.

Contenidos básicos

Al igual que en la asesoría pre-test, los contenidos que se sugieren a continuación, son de carácter general, sujetos a modificaciones de acuerdo con las características y necesidades del contexto socio-cultural y personal, con las circunstancias, y las particularidades de cada consultante.

Por su impacto en la persona asesorada, se distingue algunas diferencias en la asesoría cuando el resultado es negativo y cuando es positivo.

Asesoría post-test negativo

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
1	Reciba al/la consultante (Saludo y presentación)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplique lo señalado en el paso 1 para la Asesoría Pre-test. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenga en cuenta los mismos aspectos señalados en el paso 1 de la Asesoría Pre-test. • Enfatice y cumpla el compromiso sobre confidencialidad del resultado de la prueba.
2	Revise cuidadosamente el resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Solicite un documento de identificación a la persona consultante y verifique su coincidencia con los datos de la historia clínica y los del reporte del examen. • Si hay alguna duda de que el examen corresponda a la persona, o que la persona no sea la misma que solicitó el examen, haga las verificaciones necesarias antes de continuar. 	

Continúa

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
3	Entregue el resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Proceda a informar el resultado de la prueba de manera ágil y sutil pero clara. 	<p>Tenga en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tiempo de espera para conocer el resultado, genera en muchas personas ansiedad y preocupación, no dilate el momento. • Procure utilizar un lenguaje neutro y desprovisto de triunfalismos. Evite comentarios que den a la persona una sensación de inmunidad frente al VIH.
4	Observe la reacción de la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Deje que la persona exprese libremente sus sentimientos acerca del resultado y observe su reacción. • Indague que expectativas tenía la persona sobre el resultado y las razones de las mismas, identificando creencias erróneas, mitos o vacíos de información. • Identifique habilidades o déficit para manejar la situación. 	<p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los casos son diferentes. • La reacción varía según características personales, contexto, expectativas, necesidades, creencias etc.
5	Verifique la Información que posee la persona	<p>Revise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona no recibió una Asesoría Pre-test continúe este procedimiento aplicando los pasos 5, 6, 9 y 10 de dicha asesoría. • Si recibió la Asesoría Pre-test, revise los conocimientos de la persona y continúe con los pasos aquí señalados. <p>Corrija y refuerce la información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias erróneas, mitos y cualquier información inadecuada. • Significado de un resultado no reactivo (negativo), concepto de ventana inmunológica y las posibilidades de adquirir VIH, otras ITS o verse afectado(a) por consecuencias no deseadas en el ejercicio de la sexualidad, si no se reducen riesgos y la vulnerabilidad. <p>Amplíe y verifique expectativas relacionadas con los beneficios de comunicar el resultado a la(s) pareja(s).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que usted no sea la persona que realizó la Asesoría Pre-test, revise cuidadosamente la historia clínica del consultante para conocer su situación y para no ser repetitivo en las preguntas. • La información proporcionada debe ser correcta, clara y actualizada.

Continúa

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
6	Evalúe riesgo/vulnerabilidad	<p>Verifique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona omitió u olvido suministrar información que pueda afectar la valoración de vulnerabilidad y riesgo realizada en la Asesoría Pre-test. Si es así, revise los aspectos que falten. • Motivación, disposición y posibilidades de cambio comportamental, relacionados con los anteriores aspectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la "Guía 2".
7	Revise con la persona el plan de trabajo y acuerde seguimiento.	<p>Verifique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cual es el grado de cumplimiento del plan de reducción de riesgo y vulnerabilidad acordado con la persona en la Asesoría Pre-test. • Que acciones han sido más fáciles y más difíciles de cumplir y las razones. <p>Analice con la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su grado de compromiso con las metas fijadas en su plan. • Las alternativas existentes para lograr las metas. • La necesidad de adecuar alguna meta o acciones, acorde con la experiencia que la persona haya tenido y su contexto familiar, social, cultural, etc. • La necesidad de asesorías adicionales para hacer seguimiento al plan. • La necesidad de pruebas adicionales, acorde con la evaluación de vulnerabilidad y riesgo, y la posibilidad de que la persona se encuentre dentro del período de ventana inmunológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde enfatizar sobre el uso continuo y adecuado del condón y revise las habilidades personales para el uso del mismo.

Continúa

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
8	Evaluación y cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Realice con la persona un breve resumen. • Solicite sus impresiones acerca de cómo se siente y qué información adicional cree que necesita para realizar lo acordado (verifique su comprensión). • Despidase cordialmente. Ofrezca los demás servicios o programas de la institución o de la red de servicios, acorde con las necesidades que haya detectado en la evaluación de vulnerabilidad y riesgo (paso 6 de este proceso). • Consigne en la historia clínica todos los datos de la atención, siguiendo los parámetros de la normatividad vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Deje las puertas abiertas”. • Informe sobre procedimientos a seguir para su próxima cita.

Asesoría post-test positivo

Una de las dimensiones que más claramente se afecta en la persona que recibe su diagnóstico –tarde o temprano– es la identidad, entendida como concepto o representación mental que la persona tiene de sí, física y psicológicamente. Todas las experiencias del individuo conforman su identidad, a través de diferentes dimensiones: física, psicológica, afectiva, espiritual, etc.

La notificación de un diagnóstico positivo del VIH, afecta la identidad de la persona. Es decir, el o ella ya no serán los mismos, sino que serán una persona que vive con el VIH, o con el Sida. Pero también, constituye un hecho constructivo, pues “obliga” a la persona a cuestionarse acerca de esa nueva identidad, a transformar los peligros, las dificultades, obstáculos en oportunidades de crecimiento, cualquiera que sea su condición.

La asesoría pos-test positivo (reactiva, positiva ó ante un resultado positivo, según otros documentos), es una actividad educativa que facilita brindar información específica frente al impacto psicosocial del resultado, a su manejo emocional, al tratamiento, a la adherencia al tratamiento, a los recursos tanto personales como institucionales con los que cuenta la persona, enmarcados dentro de un plan de acción.

En términos técnicos, un resultado positivo significa que se detectaron anticuerpos que reaccionan con segmentos del VIH, lo cual indica la posible presencia del virus en el organismo.

La asesoría post-test positivo debe ser realizada por el mismo asesor que realizó la asesoría pre-test, si este es médico. En caso contrario, el asesor deberá acompañarse por un médico del equipo de salud, teniendo en cuenta que el decreto 1543/97 estable-

ce que es al médico a quien corresponde realizar el diagnóstico de la infección por VIH (Ministerio de la Protección Social, 1997, art. 3°): *“El diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (Sida) es un acto propio del ejercicio de la medicina.”*

Los pasos recomendados para ésta asesoría son los siguientes:

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
1	Reciba al/la consultante (Saludo y presentación)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplique lo señalado en el paso 1 de la Asesoría Post-test negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenga en cuenta lo señalado en el paso 1 de la Asesoría Post-test negativa.
2	Revise cuidadosamente el resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplique lo señalado en el paso 2 de la Asesoría Post-test negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenga en cuenta lo señalado en el paso 2 de la Asesoría Post-test negativa.
3	Entregue el resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplique lo señalado en el paso 3 de la Asesoría Post-test negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenga en cuenta lo señalado en el paso 3 de la Asesoría Post-test negativa.
4	Observe la reacción de la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Deje que la persona reaccione y exprese libremente sus sentimientos acerca del resultado. Observe su reacción. Respete el silencio. 	<p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los casos son diferentes. • La reacción varía según características personales, contexto, expectativas, necesidades, creencias etc.
5	Proporcione apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenga cuando la persona de la pauta. Sea tolerante con sus reacciones. • Ayúdele a expresar sus sentimientos. Puede apoyarse en preguntas como: ¿Le gustaría hablar sobre cómo se siente en este momento?, ¿Lo esperaba de esta manera? ¿Qué cree que pasará ahora? • Acorde con la reacción de la persona, bríndele apoyo cálidamente sin perder de vista su papel de asesor. <p>Indague sobre ideación suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de existir remita a un profesional de salud mental y busque que la persona se apoye en su círculo familiar o social cercano. 	<p>El apoyo emocional puede brindarse de distintas maneras y el asesor deberá evaluar la mejor estrategia. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentarse al lado de la persona. • Darle la mano o abrazarla. • Escucharla. • Hablarle comunicándole que puede entender su reacción. • Combinaciones de estas estrategias.

Continúa

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
6	Verifique la Información que posee la persona	Revise: <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona no recibió una Asesoría Pre-test continúe este procedimiento aplicando los pasos 5, 6, 9 y 10 de dicha asesoría. • Si recibió la Asesoría Pre-test, revise los conocimientos de la persona y continúe con los pasos aquí señalados. Pregunte a la persona: <ul style="list-style-type: none"> • Si conoce el significado de un resultado positivo o reactivo en la prueba de tamizaje. • Si se ha practicado pruebas para VIH anteriormente y sus resultados. • Si tiene claro el protocolo diagnóstico a seguir cuando hay pruebas reactivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que usted no sea la persona que realizó la Asesoría Pre-test, revise cuidadosamente la historia clínica del consultante para conocer su situación y para no ser repetitivo en las preguntas.
7	Evalúe riesgo/vulnerabilidad	Verifique: <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona omitió u olvidó suministrar información que pueda afectar la valoración de vulnerabilidad y riesgo realizada en la Asesoría Pre-test. Si es así, revise los aspectos que falten. • Motivación, disposición y posibilidades de cambio comportamental, relacionados con los anteriores aspectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la “Guía 2”.
8	Refuerce los conocimientos de la persona	Corrija la información sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Significado del resultado reactivo (positivo). • Creencias erróneas, mitos y cualquier información inadecuada, especialmente en lo relacionado con la relación entre VIH/Sida y muerte, vías de transmisión y eficacia del tratamiento disponible. • Posibilidad de adquirir nuevamente el VIH (reinfección), otras ITS, o verse afectado(a) por consecuencias no deseadas en el ejercicio de la sexualidad, si no se reducen riesgos y la vulnerabilidad. Suministre: <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre derechos humanos y deberes ciudadanos; beneficios del sistema de salud al cual está afiliado la persona; beneficios de comunicar el resultado a la(s) pareja(s). • Folletos, afiches, volantes, direcciones de páginas Web o formas de contactar instituciones en donde la persona encuentre mas información o apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La información proporcionada debe ser correcta, clara y actualizada. • Si tiene alguna duda consulte la “Guía para el Manejo del VIH/Sida en Colombia” (Ministerio de la Protección Social, 2006, p 28-41)

Continua

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
9	Revise con la persona el plan de trabajo y acuerde seguimiento.	<p>Verifique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cual es el grado de cumplimiento del plan de reducción de riesgo y vulnerabilidad acordado con la persona en la Asesoría Pre-test. • Que acciones han sido más fáciles y más difíciles de cumplir y las razones. <p>Analice con la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su grado de compromiso con las metas fijadas en su plan. • Las alternativas existentes para lograr las metas. • La necesidad de adecuar alguna meta o acciones, acorde con la experiencia que la persona haya tenido y su contexto familiar, social, cultural, etc. <p>Establezca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La forma como se procederá con las pruebas de laboratorio adicionales para confirmar o descartar la infección por el VIH. • Las fechas de las asesorías adicionales para hacer seguimiento al plan y confirmar o descartar el diagnóstico. 	<p>Estimule y refuerce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos y recursos positivos. • Búsqueda de asistencia emocional o espiritual en su círculo social o familiar, respetando las creencias religiosas y culturales. • Uso continuo y adecuado del condón, revisando las habilidades personales para el uso del mismo. • Utilización de otros servicios de SSR que puedan dar respuesta a necesidades (manifiestas o no) que tenga la persona.
10	Evaluación y cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Realice con la persona un breve resumen. • Solicite sus impresiones acerca de cómo se siente y qué información adicional cree que necesita para realizar lo acordado (verifique su comprensión). • Despídase cordialmente. Ofrezca los demás servicios ó programas de SSR de la institución o la red de servicios, acorde con las necesidades que haya detectado durante la asesoría. • Consigne en la historia clínica todos los datos de la atención, siguiendo los parámetros de la normatividad vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Deje las puertas abiertas”. • Informe sobre procedimientos a seguir para su próxima cita.

En las asesorías adicionales, además de desarrollar los pasos señalados, se debe reforzar el cumplimiento del plan para la reducción de vulnerabilidad y riesgo, reforzar los logros de la persona y aclarar todas las dudas que surjan durante la misma. Es importante que se estimule a la persona a completar el proceso diagnóstico y a conocer los recursos disponibles para acceder a tratamiento oportuno.

Acciones cuando se confirma el diagnóstico de infección por VIH/Sida

Una vez se confirme la presencia de infección por VIH, es necesario desarrollar una serie de acciones encaminadas a vincular a la persona a un programa de atención y cumplir con las normas de vigilancia epidemiológica vigentes:

1. Notifique el caso en el formato respectivo, siguiendo los parámetros señalados por la entidad territorial. Si tiene dudas comuníquese con el área de epidemiología de la misma. Puede consultar el protocolo de vigilancia la infección por VIH/Sida, en el sitio web del Instituto Nacional de Salud en http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Protocolo_12dic2006_VIH_2007.pdf
2. Si es posible, vincule a la persona al programa de atención integral de la institución o remítala inmediatamente al dispuesto dentro de la red de servicios de la EAPB correspondiente. No olvide que el inicio oportuno del tratamiento es fundamental en el pronóstico del caso.
3. Explique a la persona de forma general el protocolo que se seguirá para clasificar el estadio de la infección.
4. Refuerce nuevamente el seguimiento del plan de reducción de riesgo y vulnerabilidad, estimulando los logros, tal y como se señalo anteriormente.
5. Estimule a la persona a apoyarse en su círculo familiar o social y deje la puerta abierta para apoyarlo en ese proceso.
6. Refuerce la información sobre derechos humanos y deberes ciudadanos; beneficios del sistema de salud al cual está afiliado la persona; beneficios de comunicar el resultado a la(s) pareja(s).

Asesoría post-test con resultado de WB indeterminado

Además de las indicaciones señaladas en los diferentes tipos de asesoría (Pre y Post test) como básicas, tenga en cuenta en este tipo de asesoría, las siguientes recomendaciones:

1. Un Western Blot indeterminado no asegura ni descarta la infección por VIH. Para ampliar la información sobre sus causas y el protocolo a seguir, consulte la *“Guía para el Manejo del VIH/Sida en Colombia”* (Ministerio de la Protección Social, 2006, p 28-41)
2. Los pasos básicos a desarrollar son los señalados para la asesoría Post-Test positivo, pero ante la imposibilidad de realizar un diagnóstico, el manejo de crisis se orienta hacia la incertidumbre que genera en la persona esta situación. Se debe brindar asesoría e intervención de apoyo mientras se clarifica el diagnóstico. Verifique estrategias para el manejo de la ansiedad, o de otras reacciones emocionales.

3. Enfatice sobre el plan de reducción de riesgo y vulnerabilidad, uso continuo y adecuado del condón.
4. En caso de complicaciones, remita a otro profesional o nivel de atención, según el caso.

Recomendaciones para la asesoría en VIH frente a comportamientos de mayor riesgo o situaciones de vulnerabilidad

Ya se han señalado recomendaciones básicas, para el manejo de las asesorías. En esta sección, se registran solamente algunos elementos a profundizar en los casos en que las personas pueden tener mayor riesgo o vulnerabilidad debido a su orientación sexual, comportamiento, condición de salud, edad, etc. Los/as profesionales del equipo de salud, de cada institución o región, han de desarrollar y ampliar estrategias específicas, según el contexto local:

GRUPO O SITUACIÓN	RECOMENDACIONES PARTICULARES	IMPORTANTE
<p>Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● No juzgue. ● Recuerde respetar el libre ejercicio a la autodeterminación sexual, a la autonomía y al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. <p>Revise con la persona y oriente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Déficit en habilidades de negociación y toma de decisiones sobre el uso del condón. ● Dificultades relacionadas con la aceptación y manejo de su orientación sexual. ● Discriminación en el sitio de trabajo, de estudio u ocupación, por la pareja, la familia o la comunidad, debido a su orientación sexual. ● Aumento de la probabilidad de traumas o lesiones en los genitales o el ano por relaciones sexuales. 	<p>Siempre que sea posible, evítese el uso de etiquetas para calificar a las personas.</p>
<p>Mujeres que tienen sexo con mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● No juzgue. ● Recuerde respetar el libre ejercicio a la autodeterminación sexual, a la autonomía y al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos <p>Revise con la persona y oriente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dificultades relacionadas con el manejo de su orientación sexual. ● Discriminación en el sitio de trabajo, de estudio u ocupación, por la pareja, la familia o la comunidad, debido a su orientación sexual. ● Manejo y entrenamiento en el uso de métodos de barrera apropiados a su práctica sexual: condones en juguetes sexuales que se compartan, guantes, barreras plásticas, etc. 	

Continúa

⁴ "Aunque es cierto que no todos los HSH se identifican a sí mismos como hombres homosexuales, la mayoría de ellos no se identifican tampoco con el término "HSH". Ambos términos son etiquetas y las etiquetas pueden asimilarse o, con mucha frecuencia, rechazarse. La mejor manera de comunicarse con estos diferentes grupos de hombres es abordar los temas que sean relevantes para ellos sin recurrir al uso de etiquetas." (OPS/PAHO, 2006, Update).

GRUPO O SITUACIÓN	RECOMENDACIONES PARTICULARES	IMPORTANTE
<p>Asesoría a Mujeres Gestantes y sus parejas⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ofrezca siempre la asesoría y la prueba de tamizaje (ELISA o prueba rápida), en el primer trimestre de embarazo o durante el primer control prenatal a todas las mujeres, y luego en el tercer trimestre. ● La prueba negativa debe repetirse en las siguientes circunstancias: historia de ITS, presencia de signos y síntomas sugestivos de infección aguda por VIH, uso de drogas intravenosas o sustancias psicoactivas, trabajo sexual, varios compañeros sexuales durante el embarazo, compañero sexual VIH positivo. Adicionalmente la prueba debe ofrecerse en el tercer trimestre a mujeres que no hayan aceptado en el primer trimestre o durante controles prenatales previos. ● En mujeres que se presentan en trabajo de parto y no tienen prueba de tamizaje previa durante el embarazo, se debe realizar asesoría y ofrecer una prueba rápida de tamizaje. ● Excepto cuando el parto sea inminente, confirme el diagnóstico (con Western Blot o IFI) antes de decidir iniciación del tratamiento. <p>Algunos aspectos importantes a trabajar en la asesoría con la madre-pareja son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La vivencia de ser padres. ● La responsabilidad de proteger la calidad de vida de su hijo intrauterino. ● El deber de procrear hijos saludables, y aceptar los adelantos de la ciencia para su beneficio. ● Legislación, derechos y deberes de los padres, a partir de la Constitución. El Estado colombiano plantea entre sus objetivos: respetar y proteger el derecho a la salud de todas las personas, reducir la mortalidad materna e infantil, asegurar el sano desarrollo de los niños desde la concepción, y asegurar “el desarrollo de programas de prevención y educación”. ● Hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las infecciones de transmisión sexual. <p>Revise con la persona y oriente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los aspectos relacionados con las pruebas para VIH, significado de los resultados (reactivo, no reactivo, falsos positivos o negativos, indeterminado), la transmisión vertical, la eficacia del tratamiento para disminuir la transmisión, la cesárea como vía de parto en caso de confirmarse el diagnóstico de infección por VIH, el cambio en la lactancia del bebé. ● Importancia de detectar oportunamente y tratar otras ITS durante la gestación. ● Protocolo de cuidado prenatal establecido en las normas vigentes con énfasis en signos de alarma y principales aspectos de autocuidado. La asesoría se debe complementar con el programa de Control Prenatal al que se vincule la gestante/pareja. ● Vinculación de la red de apoyo familiar y social de la gestante/pareja, al cuidado prenatal. 	<p>Consulte la “Guía para el Manejo del VIH/Sida en Colombia” (Ministerio de la Protección Social, 2006, p 28-41)</p> <p>Consulte el “Manual de Procedimientos del Proyecto Nacional de Reducción de la Transmisión Madre-Hijo del VIH” (ONUSIDA – Ministerio de la Protección Social, 2007)</p>

Continúa

⁵ Adaptado del Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida (Ministerio de la Protección Social, 2006)

GRUPO 0 SITUACIÓN	RECOMENDACIONES PARTICULARES	IMPORTANTE
<p>Asesoría a la Gestante en Trabajo de Parto</p>	<p>Las condiciones propias del trabajo de parto, impiden que se pueda desarrollar una asesoría pre-test y post-test como se ha indicado en las secciones anteriores. Por tal motivo, la asesoría durante este momento se centrará en los aspectos puntuales que se describen a continuación:</p> <p>Asesoría pre-test (ver el protocolo descrito en éste capítulo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información sobre la prueba de VIH (Paso 6), con énfasis en los aspectos señalados en la casilla anterior. • Dar información básica sobre la importancia de saber el diagnóstico para prevenir la transmisión vertical e iniciar tratamiento precoz en la gestante. Establecer la decisión de la gestante de practicarse o no la prueba (Paso 7) <p>Asesoría post-test (ver los protocolos descrito en éste capítulo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregar el resultado (Paso 3). • Observar la reacción (Paso 4). • Proporcionar apoyo emocional (Paso 5). <p>Luego de que haya pasado el momento del parto y la gestante esté en condiciones de recibir y comprender información adicional, complete la asesoría post-test, acorde con el protocolo señalado para resultados positivos y negativos.</p>	<p>Consulte el “Manual de Procedimientos del Proyecto Nacional de Reducción de la Transmisión Madre-Hijo del VIH” (ONUSIDA – Ministerio de la Protección Social, 2007)</p>

Continúa

GRUPO O SITUACIÓN	RECOMENDACIONES PARTICULARES	IMPORTANTE
<p>Asesoría a Adolescentes</p> <p>En las diferentes asesorías con adolescentes y jóvenes es conveniente explicar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La adolescencia y la juventud son etapas de cambios, tanto físicos como psicosociales, que pueden inducir a los/las adolescentes y jóvenes a la experimentación. • El interés en el sexo es algo normal, especialmente en esta etapa. • Lo que sucede durante la adolescencia influye en su futura salud sexual y reproductiva y en su desarrollo. • Es necesario indagar sobre prácticas sexuales y hacer preguntas personales cuando se está hablando de salud sexual y reproductiva. • La confidencialidad se mantendrá, a menos que haya una situación que ponga en peligro la vida del o la consultante. <p>Para mejorar la interrelación durante la asesoría con adolescentes, es importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emplear un lenguaje sencillo y comprensible, evitando el uso de términos técnicos o científicos. • Usar un lenguaje libre de prejuicios. • Evitar dar “consejos”, solo referirse a opciones o a tratamientos médicos específicos. • Preguntar a las y los adolescentes y jóvenes, cuales son sus inquietudes. • Individualizar la atención, evitando basarse en estereotipos. • Nunca tratar a todas o todos por igual, cada quien es único. • Hacer preguntas y dejar que las o los adolescentes expresen lo que saben y sienten, prestando atención para aclarar información errónea. • Mantener actualizado el conocimiento sobre el vocabulario popular utilizado por adolescentes/ jóvenes para referirse a temas de sexualidad. 	<p>Las leyes, las políticas institucionales, las acciones o el lenguaje utilizado, muchas veces constituyen la primera barrera, llevando a la discriminación de los/las jóvenes.</p> <p>Barreras que enfrentan adolescentes y jóvenes al tratar de mantener la salud sexual y reproductiva (OPS, 2000), relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento e información. A menudo, son los pares o los medios de comunicación masiva, la fuente de información, que muchas veces distorsionan la realidad respecto a la sexualidad. • Limitada información sobre servicios disponibles: ubicación, horarios de servicios. • Falta de acceso a servicios y programas. • Las y los jóvenes pueden tener los servicios muy distantes y no tener medios para transportarse a estos, o los servicios no están abiertos en horarios en que los/las adolescentes y jóvenes pueden asistir. • Los servicios pueden no ser gratuitos o tener un costo relativamente alto para ser cubiertos por los y las jóvenes. • Con frecuencia, los espacios físicos de los consultorios no han sido diseñados para jóvenes. • Los requisitos de pruebas médicas y exámenes pélvicos pueden desanimar a las jóvenes e influir en que no manejen métodos de protección y anticonceptivos • Su valoración de aspectos emocionales, sociales, laborales y o personales. <p>Entre las principales barreras identificadas en la etapa de aprendizaje/desarrollo de su SSR, están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escaso entendimiento sobre cambios de su cuerpo y sus necesidades. • Insuficientes conocimientos básicos sobre anatomía/fisiología reproducción, embarazo, ITS, prevención y manejo de información. • Muchos adultos cercanos a las y los jóvenes, se sienten incómodos al hablar de sexualidad con ellas/os. 	<p>IMPORTANTE</p>

GRUPO O SITUACIÓN	RECOMENDACIONES PARTICULARES	IMPORTANTE
<p>Abuso o Maltrato Sexual</p> <p>Valore la existencia de uno o varios síntomas y/o señales de maltrato sexual :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedos incontrolables, rabia al agresor o a sí misma(o), desamparo, culpabilidad. • Trastornos de sueño y sensación de impotencia. • Pérdida de autoestima. • Infecciones, ITS, desgarros en vagina o recto. • Dificultades para entablar, continuar relaciones Inter-personales. • Con frecuencia: llanto, rabia, temor, inestabilidad, incredulidad/o fatiga, dolor de cabeza, dolores por trauma físico, dificultades para dormir. • Sentimientos de degradación, pérdida de autoestima, sentimientos de despersonalización e irrealidad, pensamientos/recuerdos recurrentes y repentinos, ansiedad, depresión. <p>Acciones Inmediatas:</p> <p>Entre las medidas más generales que puede realizar una persona del equipo de salud, en casos de violencia sexual, especialmente con menores, se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice un plan de cuidado para la o el sobreviviente de la violencia sexual, que contemple aspectos biopsicosociales básicos. • Recomiende evitar duchas vaginales, cepillarse dientes o bañarse el cuerpo, para no eliminar evidencias como saliva o semen, que puedan servir de elementos probatorios a las autoridades judiciales. • Proporcionar asesoría psicológica que facilite el manejo de estrés postraumático de lo ocurrido. • Ofrecer métodos de anticoncepción de emergencia, si es del caso y establecer medidas para disminuir posibilidades de ITS. • Diligenciar la ficha de reporte de violencia y notificarlo a la Secretaría de Salud respectiva. • Remita a las instancias judiciales correspondientes. <p>Primeros auxilios “emocionales”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañe si la persona quiere hablar, puesto que esto ayuda en la recuperación. • Hágale saber que le cuidará y acompañará en el proceso. • En lo posible, acompañe a la consulta médica. 	<p>Tenga en cuenta que la persona afectada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicita un servicio en un momento de gran vulnerabilidad. • Manifiesta en este momento, sentimientos de minusvalía, vergüenza y duda sobre el servicio que solicita. • Requiere ser atendida bajo unas condiciones básicas de calidad. • Requiere comprensión empática, lo cual no implica que se tengan los mismos sentimientos, sino que exista una comprensión de estos. • Necesita aceptación, reconocimiento de su individualidad, problemática, vivencias, creencias, sin que se establezcan elementos de juicio, críticas sobre conductas o sentimientos. <p>Evite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los mitos relacionados con la agresión sexual y que culpabilizan a las víctimas haciéndolas responsables (“ella se lo buscó”, “para qué se viste así”, etc.) • Usar un lenguaje inadecuado (hacer mención de mitos, comentarios humorísticos, peyorativos o juicios, que aludan al placer de la persona violada). 	

Continúa

ASESORÍA EN OTROS EVENTOS RELACIONADOS CON LA SSR

Como ya se mencionó anteriormente, la Asesoría se puede utilizar para abordar otros eventos relacionados con la SSR. Existen experiencias publicadas donde se utiliza la asesoría en:

- Planificación familiar
- Atención de adolescentes
- Promoción de la lactancia materna
- Atención del aborto
- Educación sexual
- Cuidado de la gestación

Sin embargo, la asesoría también se podría utilizar en la prevención y detección de cáncer de cuello uterino, seno y próstata y de otras ITS, por ejemplo adaptando el modelo básico ya descrito de Asesoría Pre y Post – test a los anteriores eventos.

En los otros casos, se deben revisar las experiencias existentes, sin olvidar que en el contexto de la Gestión Integral de SSSR las asesorías no son acciones aisladas, sino que responden a un modelo de atención articulado y ajustado a las necesidades de las partes interesadas.

Adaptación de la asesoría: el ejemplo de la planificación familiar

Los modelos de asesoría deben responder a las necesidades y condiciones de cada institución y contexto. A manera de ejemplo y con el ánimo de estimular a los lectores de ésta guía, a continuación presentamos una propuesta para Planificación Familiar, a partir del esquema de la Asesoría Pre – Test descrita en esta guía.

La propuesta de Asesoría para Planificación Familiar se hace con base en el esquema conocido con la nemotecnia de ACCEDA (Atender, Conversar, Comunicar, Elegir, Describir, Acordar otra visita; en inglés GATHER), el cual debe abarcar los siguientes aspectos (Murphy and Steele, 2000):

- Información sobre los efectos secundarios y las complicaciones;
- Ventajas y desventajas de los métodos desde el punto de vista de la persona;
- Eficacia del método;
- Uso adecuado del método una vez que se ha seleccionado uno;
- Qué hacer si el método falla o no es utilizado correctamente;
- Disponibilidad de anticoncepción de emergencia;
- Prevención de ITS y VIH; e
- Información sobre las visitas programadas, el reabastecimiento y las visitas no programadas en caso de tener algún problema.

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
1	Reciba al/la consultante (Saludo y presentación)	<ul style="list-style-type: none"> • Recíbele de manera cálida y respetuosa. • Preséntese como parte del equipo de salud a cargo de los programas de SSR y mencione quienes lo conforman. • Señale los objetivos de la sesión. • Señale claramente el tiempo con el que se cuenta. • Enfátice sobre la confidencialidad del encuentro y explique el concepto de confidencialidad. 	<p>Tenga en cuenta las condiciones óptimas para realizar asesoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sitio privado, aislado de interferencias. • Comodidad, tranquilidad, sin interrupciones, teléfonos ni personas ajenas al proceso. • Cumpla con la promesa de confidencialidad.
2	Registre datos básicos, e información personal	<ul style="list-style-type: none"> • Consigne en la historia clínica la información básica: nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, procedencia, nivel de educación, ocupación, profesión, dirección, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente consigne los datos deje de escribir y preste toda su atención a la persona.
3	Explore el motivo	<p>Indague el motivo de la asesoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona asistió previamente a un servicio de SSR y se le sugirió la asesoría, revise la evaluación realizada con la "Guía 2". • Si es la persona la que solicita directamente la asesoría, indague sus expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No olvide el motivo que llevó a la persona al servicio de SSR. • Resalte la importancia de la asesoría para abordar las otras necesidades en SSR que tenga la persona.
4	Evalúe vulnerabilidad y riesgo	<p>Valore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad y Riesgo si aún no se ha hecho. En caso contrario aplique la "Guía 2". • Motivación, disposición y posibilidades de cambio comportamental, relacionados con los anteriores aspectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la "Guía 2".

Continúa

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
5	Amplíe la información	<p>Revise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideas presentes sobre el ejercicio de la sexualidad. • Planificación familiar, métodos, creencias y mitos. • ITS, VIH, otras patologías relacionadas con SSR que sean del interés para la persona, sexualidad, prácticas de riesgo. <p>Corrija:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias erróneas, mitos, vacíos de información. <p>Enseñe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opciones para el disfrute responsable y placentero de la sexualidad. • El uso continuo y adecuado del condón y la doble protección que brinda el condón frente a ITS/VIH y embarazos no deseados. 	<p>Estimule y refuerce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos y recursos positivos. • La utilización de otros servicios de SSR que puedan dar respuesta a necesidades (manifiestas o no) que tenga la persona. <p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información proporcionada debe ser correcta, clara y actualizada. • Para la enseñanza de los métodos es necesario tener modelos de órganos genitales, rotafolios o algún medio audiovisual. • Más del 90% de los casos de cáncer de cuello uterino tienen una infección previa por PVH, que también se transmite por relaciones sexuales.
6	Proporcione información sobre métodos de planificación	<p>Explique claramente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los métodos disponibles. • Ventajas y desventajas de cada uno y los efectos adversos esperados. • Eficacia de cada método. • Modo de utilización de cada método. • Recomendaciones de los expertos para su uso según edad del usuario/a, paridad, prácticas sexuales, etc. • Qué hacer si el método falla o no es utilizado correctamente. • Anticoncepción de emergencia. • Prevención de ITS y VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinde la información necesaria sin olvidar los aspectos esenciales; no pretenda hacer una clase magistral • No sponga que la persona ha entendido todo. • Pregunte sobre lo explicado y aclare las dudas. • Explique las palabras técnicas que no sean fáciles de entender.

Continua

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
7	Establezca la decisión sobre el método y obtenga el consentimiento informado	<p>Pida a la persona que elija el método que considere más ajustado a sus necesidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explique a la persona que su decisión es totalmente libre. • Invite a la persona a que vuelva al servicio en caso de que tenga dudas posteriormente. <p>Apoye a la persona en el diligenciamiento del consentimiento informado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explique la necesidad de suscribir el consentimiento informado y el soporte legal del mismo. • Verifique si la persona sabe leer y entregue el formato. En caso contrario, léale la información, y explíquela. • Verifique su comprensión. • Firme Ud. el consentimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • El consentimiento se debe firmar siempre, sin importar si el usuario elige o no un método de planificación. En el mismo se dejará constancia de la decisión.
8	Establezca el plan de utilización del método	<p>Refuerce :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre el modo de utilización del método escogido. • Efectos adversos conocidos y frecuencia de presentación. <p>Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas en caso que el método requiera de un procedimiento (implantes, DIU, pomey, vasectomía, etc.) • Fecha de inicio del método, si este no requiere un procedimiento. • Cita de control para verificar el uso del método. <p>Informe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos para solicitar nueva provisión del método, ya sea que lo suministre la institución, una aseguradora o deba ser adquirido por el usuario/a. • Procedimiento para citas no programadas en caso que el usuario/a lo requiera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique impacto en la vida personal, de pareja, familiar, social, laboral. • Brinde elementos para que la persona involucre a su pareja en la utilización del método, si es el caso.

Continua

PASO	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO (principales componentes)	ASPECTOS IMPORTANTES
9	Plan de reducción de riesgo y vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Ayude a la persona a definir un plan de reducción del riesgo y la vulnerabilidad con base en la evaluación realizada, definiendo claramente como se realizará el seguimiento y la forma como se verificará el cumplimiento de los objetivos y metas trazados. • Verifique habilidades, fortalezas y debilidades para implementar el plan y estimule a la persona a buscar alternativas. • Verifique los conocimientos y habilidades de la persona para el uso continuo y adecuado del condón como método de protección para ITS y VIH, si no fue el método escogido. Enseñe y corrija cualquier información errada. • Si es pertinente, ofrezca la Asesoría y la prueba para VIH explicando los mecanismos para acceder a estos servicios. • Informe a la persona sobre los demás servicios de SSR disponibles en la institución o en la red de servicios y estimúlela para que los utilice, teniendo en cuenta los que mejor se ajusten a las necesidades detectadas en la evaluación Vulnerabilidad y Riesgo (paso 4 de este proceso). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenga presente reacciones y expectativas de la persona con el proceso. • Identifique y potencialice los recursos que pueda utilizar la persona (redes familiares y sociales, acceso a medios de información y apoyo, etc.) <p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No suponga que todas las personas poseen información suficiente. • Es posible que sea la única vez que esta persona asista a una asesoría. • Para la enseñanza del uso del condón es necesario tener modelos de penes y preservativos reales.
10	Cierre la asesoría	<ul style="list-style-type: none"> • Realice con la persona un breve resumen. • Solicite sus impresiones acerca de cómo se siente y qué información adicional cree que necesita para realizar lo acordado (verifique su comprensión). • Despídase cordialmente. • Consigne en la historia clínica todos los datos de la atención, siguiendo los parámetros de la normatividad vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Deje las puertas abiertas”. • Informe sobre procedimientos a seguir para su próxima cita.

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS

No todas las situaciones que se presentan en una sesión de asesoría, o en una intervención, ameritan su inclusión en lo que se denomina como “intervención en crisis”. Muchas situaciones de la vida cotidiana, frente a una persona a la que se le brinda atención, corresponden más bien a situaciones de apoyo, orientación o acompañamiento.

Sin embargo, se señalan algunas consideraciones generales que tienen como finalidad servir de guía a cualquier profesional del equipo de salud. De igual manera, estas reacciones, no se presentan siempre en todas las personas, en la misma intensidad, ni en un orden preestablecido, siendo completamente normales, y algunas de estas transitorias. No obstante, se señalan algunos elementos generales de la intervención en crisis, factibles de utilizar en el manejo de situaciones particulares o críticas.

¿Qué es?

La intervención en crisis, o para el manejo de situaciones críticas, se relaciona con un proceso complementario que se puede utilizar para acompañar a una persona, familia o grupo, a aceptar un hecho traumático, con intención de minimizar sus efectos negativos, y de incrementar los efectos positivos de crecimiento y desarrollo de potencialidades.

¿Para qué es?

Tiene como objetivo básico reestablecer en la persona su capacidad de enfrentarse a situaciones difíciles, mediante el suministro de apoyo adecuado, la disposición de redes o recursos de ayuda.

Acciones generales

- **Expresar su preocupación.** Permita que la persona sepa que usted está preocupado por él o ella y que usted entiende que está pasando por un momento difícil.
- **Infórmese sobre la situación.** En lo posible, apóyese en el consultante, en el registro de la asesoría, si es posible obtenerla. Indague sobre las necesidades más inmediatas de la persona y sus redes de apoyo.

- **Permanezca neutral.** Recuerde: es la persona quien debe tomar las decisiones. Guarde sus opiniones personales. Asuma una actitud de respeto (no critique o emita juicios sobre el comportamiento o forma de pensar de la persona).
- **Valore la persona como ser humano.** Proporcione un trato cálido, comprensivo y receptivo. Brinde afecto y contacto físico.
- **Aliente la expresión de sentimientos.** Dé a la persona la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos.
- **Conozca sus propios sentimientos y reacciones.** Si usted está experimentando sentimientos propios muy fuertes, haga una anotación mental, y háblelo después con alguien.
- **No aconseje, acompañe.** La persona no necesita su consejo, pero sí necesita idear sus propias soluciones con su apoyo. Manténgase tan neutral como le sea posible sobre las diferentes alternativas.
- **Permita el silencio.** No le tema a los silencios, propios y de la persona. Las personas no esperan respuesta a todo lo que dicen.
- **Fortalezca y apoye la búsqueda de alternativas.** Ayude a la persona a evaluar sus propios recursos, fortalezas y cursos de acción.
- **Evalúe recursos/fuentes de apoyo.** Ayude a la persona a evaluar sus recursos y con quién puede contar para tener apoyo. ¿A quién se lo podría comentar o compartir? Aliente a la persona a iniciar o continuar con orientación, apoyo, tratamiento médico, psicológico o apoyo espiritual, acordes con sus creencias y características culturales.



¡ Recuerde... !

El impacto de muchas de las reacciones puede disminuir si se ha logrado adecuada preparación desde la asesoría.

Tenga en cuenta que:

- El “tiempo de reacción y la respuesta”, no es igual para todos.
- En lo posible, apóyese en otras personas del equipo de salud para la entrega del resultado positivo. (Para mayor información, consulte literatura a nivel de manejo de duelo, adaptación, estrés post-traumático , etc.).

Manejo de reacciones específicas por parte del asesor

Objetivos de la intervención

1. Facilitar el reestablecimiento del equilibrio psicoafectivo.
2. Prevenir la ocurrencia de nuevos eventos violentos, derivados de la situación de crisis.
3. Verificar y/o establecer redes de referencia y contrarreferencia con el Sistema General de Seguridad Social y Salud e instituciones afines que adelanten programas complementarios, y/o con grupos de apoyo.

La atención de las reacciones se debe realizar de manera individual, para facilitar la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones por parte de la persona que asiste a la asesoría.

Elementos de apoyo

- Apóyese si es necesario, en otros miembros del equipo de salud
- Provéase de instrumentos como:
 - Consultorio o sitio aislado, privado, tranquilo y libre de interrupciones.
 - Rotafolios, afiches de superación personal para el trabajo con ejemplos, metáforas, etc
 - Jarra con agua y vaso
 - Pañuelos desechables, o papel higiénico

Procedimiento

Una vez ubicada la persona en un sitio cómodo, se procede a verificar e iniciar el manejo de los síntomas más relevantes, en procura de facilitar en el usuario/a la consecución de un estado de equilibrio relativo de su esfera psicoafectiva, con el objeto de proceder al apoyo y manejo de otras condiciones subsecuentes.

Por tal razón, se han “pre-definido” una serie de categorías generales o manifestaciones psicoafectivas, con base en la extensa literatura existente y se han precisado una serie de acciones.

A continuación se ejemplifica, para cada una de las categorías, una guía básica de los procedimientos adecuados para la intervención. (Ver además tabla siguiente, con desglose de las principales manifestaciones emocionales, que se suelen presentar en situaciones críticas)

REACCIONES	PRESENTACIÓN	MANEJO
Shock	En algunos casos estupor, debilidad, respiración rápida y superficial, pulso cardíaco acelerado y débil, disminución de la tensión arterial y piel fría y húmeda.	<ul style="list-style-type: none"> • Acueste a la persona, arrépela para mantener su temperatura corporal. • Si es competente y se requiere, suministre oxígeno y/o fármacos sedantes y demás medidas de soporte vital básico. En caso de complicaciones, consulte o remita inmediatamente a un servicio de urgencias.
Ansiedad	Suele ocurrir ante un nuevo episodio, antes de la entrega del resultado, o concomitante con su entrega. Es importante verificar antecedentes, pues en algunos casos existen predisponentes de enfermedad mental y/o de trastornos de personalidad, que se pueden exacerbar con la respuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayude a la persona a relajarse. Pida a la persona que cierre los ojos y guíelo verbalmente para que vaya tensando y soltando cada zona muscular importante: manos, brazos, pecho, hombros, parte superior de la espalda, parte inferior de la espalda, abdomen, etc. • Anímelo a incrementar otras actividades personales: Pasatiempos, actividad laboral (sin exceder), arte, deporte, ejercicio físico, relajación, socialización etc. • Instrúyala para que: <ul style="list-style-type: none"> • Focalice la atención hacia el control y manejo de elementos ansiógenos. • Reconozca los pensamientos e ideas fatalistas o catastróficas que la persona tenga sobre la situación y ayúdele a crear hábitos de pensamientos positivos.
Rabia – Ira	Dirigida hacia sí mismo, la pareja, la familia, Dios, la vida, quien pudo haberle afectado, etc., o contra el asesor.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayude a canalizar la rabia y a elaborar la culpa, examinando otras posibilidades de cambio, a través de sus potencialidades y fortalezas. • Aníme a la persona a que verbalice y racionalice los sentimientos y emociones vinculados a la ira generada por la situación, buscando su análisis consciente. • Una vez logrado lo anterior indague al sujeto en torno a su actual estado anímico, hacia sí mismo y con referencia a la situación que está viviendo. Posteriormente puede solicitarse a la persona que elabore o reelabore su versión de los hechos.

Continúa

REACCIONES	PRESENTACIÓN	MANEJO
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Estados de euforia excesiva. • Llanto incontrolable. • Estados de postración y abandono. • Insomnio o sueño excesivo, cansancio permanente, inapetencia o aumento exagerado del apetito. • Combinaciones de los anteriores síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcione apoyo y compañía. • Anime a que la persona hable acerca del incidente traumático y pídale que describa cada detalle referente al mismo. • Aliente la libre expresión de emociones y apoye al paciente en la clarificación de los sentimientos relacionados con el incidente. • Explique que es parte de un proceso largo, por lo general transitorio. • Aclare la posibilidad de tener altibajos en la afectividad y el comportamiento emocional. • Explique que es “normal y natural” que esto ocurra. • Aclare la diferencia entre reacciones depresivas, (normales y comunes ante una situación semejante), y eventos depresivos profundos. • Enfátice en la relación entre lo que se piensa y lo que se hace, como elementos que ayudan al enfrentamiento y manejo de la depresión. • Enseñe manejo de reacciones depresivas leves, replanteando y revisando la actitud ante la depresión. Amplíe y ejemplifique para esto: • Control de pensamientos negativos, o pensamientos distorsionados. • Análisis, identificación y acción, de la relación cognición-afecto-comportamiento. • Sustitución de pensamientos negativos, por interpretaciones positivas. • Identificación y modificación de creencias falsas inadecuadas, que conducen a distorsión de experiencias. • Verifique aparición de síntomas relacionados con trastornos neurológicos, afectivos, mentales y relacionados con su comportamiento. • Si es necesario remita el caso.
Negación	<p>Recuerde que forma parte de un conjunto de reacciones, normales y adaptativas para la salud psíquica de la persona. Considere la importancia del tiempo y la asesoría, para la disminución, manejo y aceptación de la realidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcione acompañamiento, seguimiento, aceptación, comprensión, entendimiento y asertividad.

BIBLIOGRAFÍA

- Adolescentes y servicios amigables, Volumen IV: *Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos*. 2001.
- Africano, J (1995). *La educación como estrategia de prevención frente al VIH/SIDA*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- AIDSCOM (1991): A través del espejo.
- Antela, Antonio: *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*, Organización Panamericana de la Salud, 2004.
- Arias Londoño, M. (1990) *Cinco formas de violencia contra la mujer*. ECOE ediciones. Bogotá.
- Arranz, P (1999). "Papel del psicólogo en los cuidados paliativos del enfermo no curable". *Boletín Informativo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, núm. 1,4-7. Hospital la Paz. Madrid.
- Bastidas, S (1990). *Maltrato Infantil: Casos reportados al instituto colombiano de Bienestar Familiar*. Zona Sur-Universidad del Valle. Cali.
- Bayés, R (1999). *Aspectos psicosociales de la infección por VIH*. Martínez Roca.
- Bayés, R (1999). *SIDA y psicología. Prevención y psicología de la salud*. Barcelona.
- _____ Op. Cit. *SIDA y psicología. Prevención y psicología de la salud*, Barcelona.
- Calero M. (1999). *Sexismo lingüístico. Análisis y propuestas ante la discriminación sexual en el lenguaje*. Madrid.
- Careaga P (2002). *El Libro del buen hablar. Un apuesta por un lenguaje no sexista*. Fundación Mujeres. Madrid
- Catala A (2001). *Ideología sexista y lenguaje*. Galaxia-Octaedro. Valencia.
- Coordinación Nacional de Guías de Practica Clínica/Protocolos ISS (2002). *Guía nacional de práctica clínica en VIH/SIDA*. Bogotá.
- Escobar, N (1992). *La prostitución infantil en Colombia, formas de maltrato*. Bogotá.
- Frankl, V (1955). *La psicoterapia en la práctica médica. Una introducción casuística para médicos*. Buenos Aires.
- Frankl, V (1990). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona.
- Frankl, V. *La búsqueda de significado. La logoterapia aplicada a la vida*. Fondo de Cultura Económica. Méjico.

- FHI. "Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para jóvenes: manual para prestadores de servicios", Arlington: FHI, 2006-08-15
- Giraldo, C (1993). "El Impacto Psicológico de la Violencia en los Niños". En Giraldo, C. Et al. Rasgando Velos: *Ensayos sobre la violencia en Medellín*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Gerlein, C (1990). "Recomendaciones para el apoyo Psicológico del paciente con Sida", En: *Manual de conductas básicas*, Ministerio de salud de Colombia, OPS. Bogotá.
- González O (2003). *Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, Centro de referencia nacional sobre violencia*, Bogotá, noviembre 2003.
- Gómez, Y. y Usme R (1998). *Asesoría en un grupo de usuarios del ISS*. Santa Fé de Bogotá.
- Green LW (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Mayfield. Palo Alto, CA.
- Kasen, V (1992). Autoeficacia en comportamientos preventivos frente al SIDA, en un grupo de adolescentes de noveno grado. 1992.
- Laviña C (2002). *Guía de lenguaje no sexista en la comunicación. Dime cómo hablas... y te diré cómo piensas*. Federación de Mujeres Progresistas. Madrid.
- Lomas C (1999). "Mujer y publicidad: de la diferencia a la desigualdad", En Lomas, C. y et al. *¿Iguales o diferentes?*. Barcelona.
- Lukas, E (2000). *También tu sufrimiento tiene sentido*. Colección Sentido. Méjico.
- Luque, R. SIDA: "Más allá de la epidemia". En: *El/la consejero/a telefónico/a. Compañeros de las Américas*, Universidad de los Andes, Bogotá.
- Medina G (2002). *Manual de lenguaje administrativo no sexista*. Asociación de Estudios Históricos Sobre la Mujer (Universidad de Málaga), Ayuntamiento de Málaga.
- Mejía de Camargo, S (1997). *Estado del arte del maltrato infantil en Colombia 1995-1996*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Bogotá.
- Ministerio de Salud (1997). "Decreto 1543". Santa Fé de Bogotá.
- Ministerio de Salud (2000). "Resolución 00412/2000. Actividades, procedimientos e intervenciones para protección y detección temprana de ETS". Santa Fé de Bogotá.
- Murphy, E (2000). "Client-provider interactions in family planning services: guidance from research and program experience". MAQ Paper 1(2).
- OMS (1991). *Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH*. Serie OMS sobre el SIDA N. 8. Ginebra.
- ONUSIDA *Asesoramiento y pruebas voluntarias*. Ginebra. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas, 2000
- ONUSIDA (1997). *Asesoramiento y VIH/Sida*. Ginebra; Colección ONUSIDA de prácticas óptimas. Ginebra
- ONUSIDA (2002). *Impacto de quien brinda asesoramiento y las pruebas voluntarias: una revisión global de las ventajas y dificultades*. Colección Onusida de prácticas óptimas. Ginebra.
- ONUSIDA/OMS (2006). "Pautas sobre pruebas de detección de infección por VIH y asesoría por recomendación de profesionales de salud" – borrador. Washington.
- OPS (1999). "Género, equidad y acceso a servicios de salud", *principales desafíos críticos de género*. Washington.

OPS: "Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la // HIV-related Language": PAHO 2006 Update.

Posada, B (2000). *Manual de primeros auxilios emocionales*. Bogotá.

UNESCO (1991). *Guidelines on non-sexist language*. Servicio de Lenguas y Documentos de UNESCO. París.

Rubio, A (1999). *Lo femenino y lo masculino en el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer. Madrid.

Universidad de los Andes (1995). *Taller de promoción y prevención de la infección por VIH/SIDA, dirigido a personal de la salud del Seguro Social*, Facultad de humanidades y ciencias Sociales. Bogotá.

Usme, R (1997). *Características epidemiológicas de los usuarios del Programa de ETS/VIH/SIDA, en el CAA Chapinero del ISS*. Santa Fé de Bogotá.

Vargas E (1995) *Guía para la detección precoz del abuso sexual infantil*. Defensoría del Pueblo. Bogotá

Velandia, M (2002). *Manual para consejería pre y posprueba en VIH/Sida*. Ministerio de Salud. Bogotá.

Hablemos de “cómo hablamos”

Una de las herramientas claves de la asesoría, es el uso adecuado de un lenguaje acorde, que favorezca la búsqueda de la autonomía y el empoderamiento, posibilitando así mismo, mejores beneficios, en un modelo humanista de atención integral.

En ese sentido, la construcción de las frases y las palabras escogidas serán fundamentales:

RECOMENDACIONES PARA LA COMUNICACIÓN	
En vez de.....	Puede usar.....
Cuál es su problema	Qué dificultades tiene
Si no se toma los medicamentos se va a morir	Veamos que desventajas puede tener no tomar los medicamentos...
Ya no hay nada que hacer	Hay muchas cosas que se pueden hacer...
Siempre llega tarde a sus citas	He observado, que ha llegado varias veces tarde a sus consultas
Si sigue así, nunca se va a mejorar	Es importante que revise la forma como está manejando su vida
Tiene que tomarse los medicamentos	Es muy importante para su mejoría, tomar adecuadamente el tratamiento
¿Por qué no está utilizando el condón?	¿Cómo le ha ido con el uso del condón?

Otra manera de facilitar la comunicación es comentar y buscar con el consultante ejemplos de conductas positivas. También se pueden usar las metáforas (relatos, figuras), ejemplos, fábulas, cuentos o historias, para relacionarlos con la vida del consultante.

Efectos nocivos de la mala comunicación

Reconocido como “IATROGENIA”, hace referencia a “efectos nocivos de la mala comunicación (verbal o no verbal), que inciden sobre el tratamiento, derivados de la gestión con consultantes, pareja ó familia y a veces sobre otras personas”.

Los siguientes son algunos ejemplos:

- **En la relación terapéutica:** Subvalorar los conocimientos, creencias o actitudes del/la consultante.
- **En la realización de la consulta:** Acciones que distraen la consulta tales como teléfonos timbrando, llamadas a celulares, interrupción de otras personas, falta de contacto visual, ruidos, conversaciones paralelas, etc.
- **Enfoque inadecuado de la comunicación:** Relación vertical, poca comunicación, desautorización o comentarios negativos relacionados con la actuación de otros colegas o profesionales.
- **Falta de conocimientos por el profesional:** Mala información relacionada con los resultados, las instrucciones para realizar exámenes o los procesos para acceder a los servicios.
- **Mecanismos de defensa:** Dificultades de quien brinda asesoría para manejar procesos de identificación con la persona o situación del o la consultante, recuerdos, proyecciones, comentarios negativos sobre la vida, la enfermedad, el tratamiento, etc.



¡ Recuerde... !

Todas las asesorías son diferentes. Cada caso es único.

Autoevaluación de la asesoría

A continuación encuentra un sencillo ejercicio que le permite conocer su desempeño en procesos de asesoría. Con base en el listado que aparece a continuación, subraye las actividades que tuvo en cuenta al realizar la asesoría. Luego, lleve a cabo la retroalimentación necesaria, amplíe información, o consulte con otros profesionales del Equipo de Salud. Puede enriquecer la experiencia, con su grupo de trabajo. Revise las dificultades más frecuentes, a la hora de intervenir en la Asesoría. Evalúe otros elementos que considere importantes, de acuerdo con la forma como realiza el proceso. Tenga como guía algunos de los siguientes aspectos:

ACCION	SI	NO	MOTIVO
1. Establecí una relación adecuada con la persona (acercamiento positivo, empatía, calidez en la relación)			
2. Proporcioné: Información clara, correcta, actualizada y completa sobre procedimientos y servicios relacionados con la asesoría (Redes, personas, instituciones, horarios, programas, etc.)			
3. Realicé con la persona consultante valoración adecuada de riesgo/vulnerabilidad			
4. Facilité elementos para la toma de decisiones por parte de la persona interesada			
5. Verifiqué la motivación o disposición de la consultante o el consultante, para realizar cambios en su conducta, y/o prácticas de riesgo			
6. Se acordó un plan de trabajo, y opciones de seguimiento			
7. Realicé un análisis de sus fortalezas y debilidades			
8. Hice un cierre de sesión adecuado			
9. Realicé un proceso de atención oportuno, claro, eficiente respetuoso y de buena calidad			
COMENTARIOS GENERALES			

Observaciones personales de quien brinda asesoría:

“...si yo pudiera efectuar una grabación de cualquier sesión, podría darme cuenta, -por ejemplo-, que”:

- Mi logro más importante fue _____
- Mi debilidad más notoria fue _____
- Mi “embarrada” más grande fue _____
- Mi miedo más grande fue _____
- Mi mejor éxito fue _____

Normograma sobre asesoría

Para el desarrollo de todas las actividades mencionadas, es fundamental tener en cuenta la legislación vigente, en particular: el decreto 1543 de 1997 del Ministerio de Salud, especialmente en lo referente a asesoría, al consentimiento informado, y a la confidencialidad; lo estipulado en el Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida (Ministerio de Protección Social, República de Colombia, Bogotá, 2006), la Resolución 3442 de 2006, y la Guía para el manejo de VIH/Sida basada en la evidencia (Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Bogotá, 2006)

Para mayor información, remítase a las fuentes, o a los Decretos reglamentarios señalados, así como a las normas vigentes en cada una de las instituciones, regiones o localidades. Se señalan a continuación algunos de los artículos más relevantes, relacionados con la asesoría:

Normas legales de apoyo sobre asesoría

REFERENTE	NORMA/ ENFASIS	IMPLICACIONES
Decreto 1543 Junio de 1997 Reglamenta el manejo de la infección por el Virus de VIH, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual, ITS.	ARTÍCULO 3° Del Diagnóstico.	Teniendo en cuenta los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es un acto propio del ejercicio de la medicina
	ARTÍCULO 6°. Entrega de resultados de las Pruebas.	Los resultados de las pruebas para diagnóstico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los de diagnóstico para las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) deberán ser entregados al paciente por un profesional de la medicina u otra persona del equipo de salud debidamente entrenada en consejería.
	ARTÍCULO 8°. Obligación de Atención	“Ningún Profesional de la Salud, ni Institución se podrá negar a prestar la atención que requiera una Persona Infeccionada por VIH sintomática o enferma de sida según su competencia, salvo la excepciones contempladas en la ley 23 de 1981. Art. 6°- 7°”
	ARTICULO 10°. Actualización de las personas del Equipo de Salud	Las instituciones de Salud deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continuada al Equipo de Salud.
	ARTÍCULO 11°. Preparación a la familia o responsables.	El equipo de salud capacitará a la persona responsable del paciente y a quienes conviven con éste para prestar la atención adecuada
	ARTÍCULO 21°. Prohibición para Realizar Pruebas.	Se prohíbe realizar pruebas, para: <ul style="list-style-type: none"> • Admisión o permanencia en: Centros Educativos, Deportivos, Sociales o de Rehabilitación. • Acceso a cualquier actividad laboral • Permanencia en la misma. • Ingresar o residenciarse en el País. • Acceder a Servicios de Salud. • Ingresar, permanecer o realizar cualquier tipo de actividad cultural, social, política, económica o religiosa.
	ARTÍCULO 32°. Deber de la confidencialidad.	Las personas integrantes del Equipo 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.

Continua

REFERENTE	NORMA/ ENFASIS	IMPLICACIONES
	ARTÍCULO 33°. Historia Clínica.	Es el registro obligatorio de las condiciones de Salud, es un documento privado sometido a reserva. Únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización de su titular.
	ARTÍCULO 34°. Revelación del Secreto Profesional.	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
	ARTICULO 35°. Situación Laboral.	<p>Los servidores Públicos y Trabajadores Privados no están obligados a informar a sus empleadores su condición de infectados por VIH.</p> <p>Quiénes decidan voluntariamente comunicar su estado de infección, su empleador deberá brindar oportunidades y garantías laborales de acuerdo a su capacidad para reubicarlos en caso de ser necesario, conservando su condición laboral.</p> <p>La infección por VIH/Sida no será causal de despido sin perjuicio de que conforme al vínculo laboral, se apliquen las disposiciones respectivas relacionadas al reconocimiento de la pensión de invalidez por pérdida de la capacidad laboral.</p>
	ARTICULO 36°. Deber de Informar para garantizar el tratamiento adecuado y evitar la propagación de la epidemia.	<p>“.. la persona infectada con VIH que conozca tal situación está obligada a informar dicho evento, a :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pareja sexual • Médico Tratante o Equipo de salud.

REFERENTE	NORMA/ ENFASIS	IMPLICACIONES
	ARTICULO 37°.	La práctica de Pruebas para detectar la Infección por VIH, sólo podrá efectuarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la Autoridad Sanitaria lo determine.
	ARTICULO 38°. Personas privadas de la Libertad	Las personas privadas de la Libertad NO podrán ser obligadas a someterse a pruebas de laboratorio para detectar infección por el VIH.
	ARTICULO 40°. Prohibición pruebas en cobertura de servicios	No podrán exigirse pruebas diagnósticas de laboratorio para VIH, como requisito para acceder a la cobertura.
	ARTICULO 41°. Deber de no infectar.	La persona informada de su condición de portadora de VIH deberá abstenerse de donar sangre, semen, órganos (...), así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas.
Resolución 3442 de 2006	Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica	<p>Adopta las Guía de Práctica Clínica para VIH /SIDA, como de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH por parte de Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y en lo que sea competencia de las Administradoras de Riesgos Profesionales.</p> <p>Considera la asesoría como una actividad inherente al diagnóstico y detección: "Adicionalmente, las actividades inherentes al proceso diagnóstico (asesoría), pueden tener un impacto favorable en la prevención primaria de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)."</p> <p>Establece criterios para la asesoría, el perfil de los asesores y valora la evidencia clínica disponible sobre los beneficios.</p>

