
Aspectos sociales y estructurales de las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana

PID_00259582

Cinta Folch
Jordi Baroja Benlliure

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas



Cinta Folch

Jordi Baroja Benlliure

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 5 |
| 1. La salud sexual | 7 |
| 1.1. Definición de salud sexual | 7 |
| 1.1.1. Características de la salud sexual | 10 |
| 1.1.2. Críticas que ha recibido la definición de salud sexual ... | 11 |
| 1.2. Los derechos sexuales, imprescindibles para disfrutar de la salud sexual | 12 |
| 1.3. El VIH y las ITS en el marco de la salud sexual | 13 |
| 1.4. Determinantes de la salud sexual y diferencia entre riesgo y vulnerabilidad a la infección por VIH | 14 |
| 2. La promoción de la salud sexual | 16 |
| 2.1. Definición y prioridades de la promoción de la salud sexual | 16 |
| 2.2. Intensificación de los vínculos entre el VIH/ITS y la salud sexual en los programas de promoción | 18 |
| 2.3. El enfoque integral de la promoción de la salud sexual y la prevención combinada del VIH/ITS | 19 |
| 2.4. Temas pendientes en la promoción de la salud sexual | 23 |
| 3. Barreras sociales y estructurales en el acceso a la prevención y al control de las ITS y el VIH | 25 |
| 3.1. Nuevo enfoque: la integración de la lucha contra el VIH en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la Agenda 2030 | 25 |
| 3.2. Los determinantes sociales de la salud | 28 |
| 3.2.1. Desigualdades y violencia de género | 30 |
| 3.2.2. Estigma y discriminación | 30 |
| 3.2.3. Políticas y leyes | 31 |
| 3.2.4. Nivel socioeconómico | 32 |
| Bibliografía | 33 |

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la siguiente manera:

«Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a escala mundial, nacional y local, que depende, a su vez, de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria».

En el contexto de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS), los determinantes sociales y estructurales se asocian al riesgo de contagio y funcionan como una barrera para alcanzar una prevención efectiva, ya que se relacionan con las limitaciones y las diferencias en las oportunidades que tienen los distintos grupos poblacionales para acceder a los beneficios que ofrecen los sistemas sanitarios. Además, se convierten en inequidades al no ser un reflejo de diferentes elecciones tomadas por la población.

La última década ha sido testigo de un progreso notable en el tratamiento de las consecuencias de la pandemia del VIH. Sin embargo, los esfuerzos para abordar las causas de la epidemia aún no han igualado los éxitos de los programas de tratamiento a los que cada vez más personas tienen acceso. Mientras que las nuevas infecciones a escala mundial han disminuido de manera constante en un 20 % desde su máximo pico en 1997, la prevalencia y la incidencia del VIH y otras ITS siguen siendo altas en muchos contextos y poblaciones específicas.

El progreso global de estos esfuerzos también enmascara desigualdades subyacentes, e incluso retrocesos. Una de las razones de que los intentos de prevención no hayan mantenido el ritmo para detener las nuevas infecciones ha sido la insuficiente atención a los «factores estructurales o sociales» del VIH — aquellas áreas que van más allá del conocimiento o conciencia individual que moldea el riesgo y la vulnerabilidad a la infección. Estos factores, muchos de los cuales tienen sus raíces en varios tipos formales e informales de marginalización, sustentan la diversidad de la epidemia del VIH, lo que ayuda a explicar por qué algunos países tienen una mayor carga del virus que otros. Además, los factores estructurales o sociales han demostrado influir en el acceso al tratamiento y la retención en los servicios sanitarios de las personas afectadas.

1. La salud sexual

1.1. Definición de salud sexual

No es fácil consensuar una definición de este concepto que sea válida para todas las sociedades y a lo largo del tiempo, pero es un reto para plantear programas de promoción de la salud que aspiren a conseguir un alto grado de salud sexual.

Ha habido varias definiciones de salud sexual que han ido añadiendo matices. La citada con más frecuencia fue formulada originariamente en una reunión organizada por la OMS y pretendía ser un referente para los profesionales que trabajaban en el campo de la salud (OMS, 1975).

Esa primera definición ha evolucionado y ha sido revisada en posteriores encuentros y consultas internacionales impulsados por la OMS —junto con organismos independientes como la Organización Panamericana de Salud (OPS) o la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS)— para ir incorporando aspectos que quedaban pendientes o para reconsiderar aquellos que eran criticados.

En 2002 se consensuó una definición en una reunión titulada «Challenges in sexual and reproductive health: Technical consultation on sexual health»:

La **salud sexual** es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere de un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales y de una comprensión de los factores complejos que dan forma a la conducta sexual, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

Manteniendo esta definición de base, en mayo de 2018 la Comisión Guttmacher-Lancet sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) —una colaboración de expertos en salud, desarrollo y derechos humanos de todo el mundo— hizo un llamamiento a gobiernos nacionales, agencias internacionales, donantes, grupos de la sociedad civil y otros grupos de interés clave para que se comprometían con una nueva y audaz agenda enfocada en el logro del acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Esta agen-

da, presentada en un nuevo informe publicado en *The Lancet* (Ann M. Starrs y otros, 2018), plantea una visión prospectiva basada en la evidencia de que es asequible, alcanzable y esencial para el logro de la salud, el desarrollo equitativo y los derechos humanos para todos. Abarca el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida —libres de estigma, discriminación y coerción—, así como a tener acceso a intervenciones esenciales de salud sexual y reproductiva. También propone una nueva definición de salud sexual y, como novedad, añade los derechos como eje básico.

La declaración de la Comisión informa que la SDSR incluye cuatro componentes principales: salud sexual, derechos sexuales, salud reproductiva y derechos reproductivos. Además, la definición integrada de derechos sexuales y reproductivos debe cumplir el marco de «disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad», que comprende educación y asesoramiento precisos sobre salud sexual y reproductiva, opciones de anticonceptivos eficaces y seguros, y servicios y atención de aborto seguros y efectivos (Ann M. Starrs y otros, 2018). Veamos con más detalle los cuatro componentes de la SDSR:

1) Salud sexual. Es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere de un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales y de una comprensión de los factores complejos que dan forma a la conducta sexual, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. La salud sexual implica que todas las personas tienen acceso a:

- asesoramiento y atención relacionados con la sexualidad, identidad sexual y relaciones sexuales;
- servicios para la prevención y el manejo de la sexualidad, infecciones transmitidas, incluido el VIH / SIDA, y otras enfermedades del sistema genitourinario;
- consejo psicosexual y tratamiento sexual de disfunciones y trastornos;
- prevención y manejo de cánceres de la reproducción.

2) Derechos sexuales. Son derechos humanos e incluyen el derecho de todas las personas, libres de discriminación, coacción y violencia, a:

- conseguir el nivel más alto posible de salud sexual, incluido el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva;
- buscar, recibir e impartir información relacionada con la sexualidad;

- recibir educación sexual integral y basada en la evidencia;
- que se respete su integridad física;
- elegir a su pareja sexual;
- decidir si ser sexualmente activo o no;
- participar en relaciones sexuales consensuadas;
- elegir cuándo y con quién casarse;
- contraer matrimonio con consentimiento libre y total y con igualdad entre los cónyuges y en la disolución de matrimonio;
- perseguir una vida sexual satisfactoria, segura y placentera, libre de estigma y discriminación;
- tomar decisiones libres, informadas y voluntarias sobre su sexualidad, orientación sexual e identidad de género.

3) Salud reproductiva. «Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud reproductiva implica que todas las personas pueden:

- recibir información precisa sobre el sistema reproductivo y los servicios necesarios para mantener la salud reproductiva;
- gestionar la menstruación de una manera higiénica, en privacidad, y con dignidad;
- acceder a servicios multisectoriales para prevenir y responder acerca de violencia de pareja y otras formas de violencia de género;
- acceder a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de anticoncepción de su elección;
- acceder a los servicios de atención de salud apropiados para garantizar la seguridad y el embarazo, un parto sano, y bebés sanos;
- acceder a servicios de aborto seguro, incluido el postaborto;
- acceder a los servicios de prevención, gestión y tratamiento de infertilidad.

4) **Derechos reproductivos.** Se basan en el reconocimiento del ser humano del derecho de todas las parejas e individuos para decidir, libre y responsablemente, el número, el espaciado y el tiempo de sus hijos, tener la información y los medios para hacerlo, así como el derecho a llegar al más alto nivel de salud reproductiva. También deben incluir:

- el derecho a tomar decisiones relativas a la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia;
- el derecho a la privacidad, confidencialidad, respeto, información y consentimiento;
- el derecho al respeto y a la equidad mutua en las relaciones entre géneros.

Asimismo deben valorarse otras definiciones de trabajo sobre aspectos relacionados con la salud sexual —como, por ejemplo, la sexualidad— para permitir operacionalizar y comprender mejor la salud sexual. Esta necesidad, así como los primeros consensos sobre la definición de sexualidad, ya había surgido en las reuniones regionales realizadas en Europa a finales de los años ochenta, en el marco de la OMS sobre salud sexual, y también se reflejaba en documentos internacionales como el Programa de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994. Sin embargo, hasta la reunión de 2002 no se desarrollaron las definiciones de sexo y sexualidad que son vigentes actualmente (Langfeldt, Porter, 1986; OMS, 1987):

El **sexo** es el conjunto de características biológicas que definen a los seres humanos como hembras y machos. [La **sexualidad** es] un aspecto central del ser humano a lo largo de toda la vida que abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se expresa y se experimenta en los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se expresan y experimentan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales (Ann M. Starrs y otros, 2018).

1.1.1. Características de la salud sexual

La principal particularidad de la definición de salud sexual es su aproximación integral y positiva a la salud. En primer lugar, es **integral** porque va más allá de considerar la salud en términos de prevención de la enfermedad o de afecciones e infecciones, como el embarazo no planificado, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual; además, tiene en cuenta la capacidad de disfrutar de los individuos y de conseguir el **bienestar**. Se trata de una visión

holística de la salud sexual que considera aspectos emocionales y sociales en su definición. En segundo lugar, es **positiva** porque, como la misma definición (Ann M. Starrs y otros, 2018) enfatiza:

«el propósito del cuidado de la salud sexual debe ser la mejora de la vida y de las relaciones personales y no únicamente el consejo médico y el cuidado relacionado con la reproducción o las ITS».

Al considerar la salud sexual desde una perspectiva integral y positiva, se ponen de relieve otros elementos:

- Los derechos sexuales son un requisito necesario para asegurar la salud sexual (véase el apartado 1.2).
- La sexualidad está influenciada por las normas de género, roles, expectativas y dinámicas de poder. La salud sexual hay que entenderla dentro de contextos sociales, económicos y políticos específicos.
- No hay una sola sexualidad, existen una multiplicidad de sexualidades y formas de expresión sexual.
- La salud sexual afecta durante toda la vida (no solo en la etapa fértil o activa sexualmente, sino desde el nacimiento hasta la vejez).
- La sexualidad implica respeto, seguridad y no discriminación ni violencia.

1.1.2. Críticas que ha recibido la definición de salud sexual

La definición de salud sexual **no es universal**. Según se ha definido la sexualidad, se pone de relieve que, más allá de su dimensión biológica, hay que tener en cuenta la construcción social e histórica del término, razón por la cual esta es distinta entre culturas e incluso dentro de una misma cultura (Wellings, 2012).

Otra de las críticas que ha recibido la definición de salud sexual, tal y como también había sido discutido en 1987 en el contexto europeo, es la posición conservadora de la OMS al considerarla un «estado» y no un «proceso» en continuo cambio.

Así pues, la utilidad y la validez de la definición se ponen en tela de juicio. Como hizo Saracci en relación con la denominación de salud, se cuestiona si la forma de definir salud sexual podría ser interpretada como una tendencia a la perfección y a la felicidad, que convirtiera el estado de salud en inalcanzable (Saracci, 1997).

En conclusión, a pesar de las críticas recibidas a lo largo del tiempo acerca de la falta de validez universal, la definición de salud sexual se plantea como un ideal consensuado internacionalmente y al que aspirar, y permite disponer de un marco de referencia general sobre el que hay que plantear la promoción de la salud sexual.

1.2. Los derechos sexuales, imprescindibles para disfrutar de la salud sexual

Según la OMS, los derechos sexuales (Ann M. Starrs y otros, 2018) son:

«el resultado de la aplicación de los derechos humanos a la sexualidad y la salud sexual. Los derechos sexuales protegen los derechos de todas las personas a poder realizar y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual en base al respeto a los derechos de los otros y en un contexto de protección hacia la discriminación».

Los derechos sexuales evolucionan y son revisados. Su conceptualización es fruto de un proceso gestado a partir de las reivindicaciones de los movimientos sociales. Diferentes organizaciones independientes, tales como la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y la WAS, han reconocido y formulado declaraciones explícitas sobre los derechos sexuales que son documentos de referencia (IPPF, 2008; WAS, 2014).

Los dieciséis derechos sexuales propuestos y actualizados por la WAS en 2014 son listados a continuación:

- 1) El derecho a la igualdad y a la no discriminación.
- 2) El derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona.
- 3) El derecho de autonomía sexual e integridad del cuerpo.
- 4) El derecho a una vida libre de tortura, trato o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- 5) El derecho a una vida libre de toda forma de violencia y de coerción.
- 6) El derecho a la privacidad.
- 7) El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual.
- 8) El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.
- 9) El derecho a la información.
- 10) El derecho a la educación y a la educación integral de la sexualidad.

- 11) El derecho a contraer, formar o disolver un matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y en el pleno y libre consentimiento.
- 12) El derecho a decidir tener hijos, el número y el espaciamiento y a tener acceso a la información y a los medios para lograrlo.
- 13) El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión.
- 14) El derecho a la libre asociación y reuniones pacíficas.
- 15) El derecho a participar en la vida pública y política.
- 16) El derecho al acceso a la justicia y a la retribución e indemnización.

1.3. El VIH y las ITS en el marco de la salud sexual

El VIH y las ITS constituyen un componente de la salud sexual, al igual que:

- otras ITS u otras infecciones del tracto reproductor,
- la regulación de la fecundidad (incluyendo el embarazo no deseado, el aborto y la anticoncepción),
- las disfunciones sexuales y la infertilidad,
- la maternidad saludable,
- la violencia relacionada con el género y la sexualidad,
- la orientación sexual y la identidad de género,
- la salud mental relacionada con la salud sexual,
- el impacto de enfermedades crónicas o discapacidades físicas en el bienestar sexual,
- las experiencias sexuales gratificantes y seguras.

Existe una estrecha relación entre el VIH y otras ITS con la salud sexual y reproductiva (SSR), si tenemos en cuenta que más de tres cuartas partes de las infecciones por VIH se adquieren por transmisión sexual o durante el embarazo, el parto o la lactancia. Asimismo, las ITS distintas del VIH aumentan el riesgo de transmisión del VIH. Hay que considerar, además, que aparte de estas asociaciones directas muchas de las causas que alteran el estado de salud sexual y reproductiva también afectan al VIH, como la desigualdad de género, la pobreza, el estigma y la discriminación y la marginación de los grupos vulnerables.

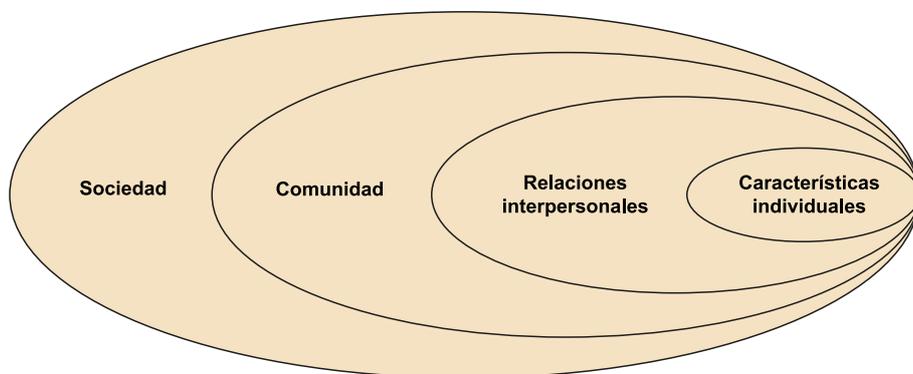
La salud sexual relacionada con el VIH y las ITS atañe a la población general, pero también, dependiendo del contexto social y político, a grupos vulnerables a este virus: jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales, inmigrantes, personas viviendo con el VIH, población con

riesgo de recibir violencia sexual, personas que se inyectan drogas, quienes experimentan un amplio abanico de necesidades en salud sexual (OMS, 2014; ECDC, 2013).

1.4. Determinantes de la salud sexual y diferencia entre riesgo y vulnerabilidad a la infección por VIH

La salud sexual puede ponerse o estar en riesgo. Según la **perspectiva social y ecológica** —perspectiva teórica que explica las conductas relacionadas con la salud y considera que estas están influenciadas por distintos factores—, el riesgo viene determinado por la conducta sexual individual, que está moldeada por causas que actúan a distintos niveles (figura 1):

Figura 1. Determinantes de la salud sexual desde la perspectiva social y ecológica



Fuente: elaboración propia a partir de ONUSIDA (1998, 2010) y la OMS (2012).

La salud sexual de las personas está influenciada por las condiciones personales o **características individuales**, como el sexo, el género, la edad, los conocimientos, las actitudes o las conductas, y por factores sociales próximos, que incluyen las **relaciones interpersonales** (con los iguales, la pareja o la familia) y la **comunidad**, que considera la escuela, el trabajo o la prevalencia del VIH/ITS, entre otros; y, finalmente, por el contexto social más amplio o **sociedad**, caracterizado por unas circunstancias sociales, culturales, institucionales, religiosas, políticas, económicas y por unas normas sociales determinadas. Todos estos elementos, que actúan a distintos niveles, repercuten simultáneamente en la toma de decisiones o en la conducta sexual individual.

Por el impacto que tienen en las conductas individuales es importante hacer referencia a los términos *cultura* y *sociedad*, así como a otros términos relacionados (OMS, 2012b). La **cultura** considera los aspectos simbólicos de la sociedad humana y tiene en cuenta los patrones de conducta aprendidos, los aspectos de la cultura que actúan desde un estadio inconsciente y los patrones de pensamiento y percepción que no son determinados biológicamente. La **sociedad** engloba a un grupo de personas que comparten una cultura, ocupan un territorio y tienen una identidad que los diferencia. Un contexto sociocul-

tural definirá unas condiciones políticas, sociales, económicas e institucionales determinadas junto con el nivel de riqueza, la accesibilidad a los servicios y las relaciones de género, que influirán en las conductas y elecciones sexuales.

Las **normas sociales** gobiernan la expresión de la sexualidad y la conducta sexual en cada sociedad (por ejemplo, el matrimonio infantil, la violencia de pareja...). En sociología, una norma social es una regla que se aplica socialmente. Se distinguen las normas de otras construcciones sociales como los significados y los valores. La moral, los tabús y las creencias religiosas producen un efecto no solamente sobre la conducta sexual, sino también sobre la percepción que se tiene de ella.

Considerando que, generalmente, las relaciones sexuales implican a dos o más personas, no se puede dejar de hablar de las **relaciones interpersonales**; la salud sexual de las personas influye en la salud de las otras parejas sexuales. El mismo comportamiento puede conducir a consecuencias diferentes en un contexto, en comparación con otro contexto epidemiológico diferente. El importante crecimiento de la carga de enfermedad del VIH ha dado lugar a la investigación de las redes sexuales y a la toma de riesgos.

La **comunidad**, transmisora de valores y de normas sociales, también se caracteriza por una prevalencia de VIH/ITS; estos rasgos son los que definen a la comunidad como otro factor que impacta en las conductas individuales y que, finalmente, influencia en el riesgo y la vulnerabilidad a una mala salud sexual.

En el contexto del VIH/ITS, el **riesgo** es la probabilidad que tiene una persona de adquirir la infección por VIH/ITS. Algunas conductas individuales y factores personales crean, mantienen y perpetúan este riesgo. El riesgo individual, sin embargo, está influenciado por factores sociales y estructurales (factores sociales, culturales, económicos, políticos, legales y otras circunstancias del contexto) que impactan en la **vulnerabilidad** de los grupos sociales o poblaciones a la infección por VIH/ITS (Ann M. Starrs y otros, 2018).

Finalmente, la combinación de los **factores personales** y los **factores sociales y estructurales** pueden hacer aumentar o disminuir la vulnerabilidad individual a la mala salud sexual (Ann M. Starrs y otros, 2018).

A finales de los años noventa se empezó a distinguir entre el riesgo y la vulnerabilidad, perspectiva que, como se verá, tiene un impacto en la definición de los programas de salud sexual (ONUSIDA, 1998).

2. La promoción de la salud sexual

La epidemia del VIH/ITS continúa siendo un problema de salud pública en el mundo. Dado el impacto sustancial y el coste de una mala salud sexual, a inicios del siglo XX se intensificaron el debate y la reflexión sobre un posible cambio de estrategia que mejorase y diera soporte a las actividades de control y prevención del VIH/ITS.

En el marco de la salud sexual que considera la salud en sentido holístico, será relevante llevar a cabo una estrategia de promoción de la salud sexual multisectorial e integral.

2.1. Definición y prioridades de la promoción de la salud sexual

La **promoción de la salud** es el proceso de capacitación que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. En este sentido, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las destinadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (MSC, OMS, 1998).

Los precedentes del estudio de la promoción de la salud fueron la conferencia de Ottawa en 1986, donde se originó el nacimiento de la promoción de la salud (OMS, 2015), y la Declaración de Yakarta, promovida en 1997, donde se reafirmaron las estrategias y áreas de acción que proponía la «Carta de Ottawa para la promoción de la salud» (OMS, 2009).

Más específicamente, la semilla del trabajo actual sobre la promoción de la salud sexual se puso en 1974 durante la primera reunión mundial centrada en este tema. Allí se planteó la importancia de la educación, de la información y del establecimiento de programas de promoción de la salud para asegurar un alto grado de salud sexual. En concreto, se enfatizaba que (OMS, 1975):

«el propósito del cuidado de la salud sexual debe ser el mejoramiento de la vida y las relaciones personales, y no meramente el consejo médico y el cuidado relacionado con la reproducción o las enfermedades sexualmente transmitidas».

Posteriormente, la oficina regional de la OMS organizó dos reuniones relevantes en Europa en las que se acordó confiar a la sexología la capacidad de contribuir a los programas de sexualidad, planificación familiar y al conjunto de la salud sexual (Langfeldt, Porter, 1986). En dichos encuentros se afirmó que

cualquier discusión sobre salud sexual debía admitir la necesidad de la educación sexual y del desarrollo, así como el reconocimiento de la concordancia de los valores individuales y conductas, pensamientos y sentimientos (OMS, 1987). Sin embargo, el precedente más claro del trabajo actual de promoción de la salud fue la reunión de expertos que organizaron la OPS y la OMS, en colaboración con la WAS, en el año 2000, para revisar y actualizar el informe de 1974. El informe *Promoting of Sexual Health* hacía referencia explícita a la promoción de la salud sexual y desarrollaba recursos y estrategias para que pudiera ser abordada (OPS, 2000).

En esa reunión de expertos se definieron los temas generales que debían ser tratados en los programas de promoción de la salud para avanzar en el terreno de la salud sexual (OPS, 2000):

- la integridad del cuerpo y la seguridad sexual
- el erotismo
- el género
- la orientación sexual
- los lazos emocionales
- la reproducción

Además, en aquel encuentro el grupo de expertos recomendó cinco prioridades de la promoción de la salud sexual a los organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo el sector de la salud (OPS, 2000):

- 1) Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual e incluyendo la equidad de género.
- 2) Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población desde diferentes instituciones y a diferentes poblaciones.
- 3) Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que desempeñan su tarea en campos relacionados con la salud sexual, incluyendo la promoción de la sexología.
- 4) Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención a la salud sexual y brindar a la población el acceso a dichos servicios, considerando particularidades según el grupo de población.
- 5) Promover y auspiciar la investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.

El informe *Promoting of Sexual Health* fue reconocido como el primero de una serie de documentos guía elaboradas por organismos internacionales de salud para orientar a profesionales dedicados a ese ámbito (Ivankovich, Fenton, Douglas, 2013).

2.2. Intensificación de los vínculos entre el VIH/ITS y la salud sexual en los programas de promoción

Es ampliamente reconocida la relación entre el VIH/ITS y otras áreas de la salud sexual. Además, la prevención del VIH/ITS dentro del marco más general de la salud sexual, considerando una aproximación integral, es más efectiva que organizando la prevención a partir de programas verticales (OPS, 2000; ECDC, 2013; OMS, 2010).

En 2001, la situación mundial de la epidemia del VIH hizo evidente la necesidad de trabajar desde un enfoque más amplio para revertir la epidemia. La última Declaración Política de la Sesión Especial sobre VIH/Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) de 2011, planteada en base a las declaraciones políticas anteriores en 2001 y 2006, reafirmó los compromisos aceptados en aquellas sobre la necesidad de adoptar una aproximación integral para conseguir el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio para revertir la evolución de la epidemia en 2015 (ONUSIDA, 2011). También se reconoció la necesidad de disponer de una acción multisectorial con distintos frentes y dirigida a los ámbitos nacionales, regionales y globales; de mejorar la accesibilidad a los cuidados en salud y de reducir el impacto del VIH. Asimismo, tal y como se apuntó en 2006, el texto de 2011 estableció la necesidad de conseguir el acceso universal al tratamiento, a la prevención, al cuidado y al soporte. Aunque estas declaraciones solo fueron adoptadas por los gobiernos, su visión se extiende a la industria y otros actores, ONG y sociedad civil. Otras declaraciones regionales también han admitido el vínculo entre VIH/ITS y salud sexual, como la Declaración de Dublín (OMS, 2014).

Estos vínculos funcionan en ambas direcciones: incorporando cuestiones relativas al VIH/ITS a los programas de salud sexual vigentes e integrando las cuestiones de salud sexual en los programas de VIH/ITS. Esto debería mejorar la salud sexual, contribuir a la reversión de la epidemia del VIH y mitigar su impacto. El compromiso de la comunidad internacional para intensificar vínculos en cuanto a políticas y programas entre la salud sexual y el VIH se expresó en el documento de ONUSIDA «Intensificando la prevención del VIH», de principios de 2000.

En esta misma dirección, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) y ONUSIDA, en colaboración con Family Care Internacional, convocaron una consulta de alto nivel para examinar las mejores formas de integración de las actividades de SSR. En el encuentro se reconoció la necesidad de conocer cuáles

eran los vínculos que podían tener un mayor impacto en la salud sexual y se proyectaron los beneficios que podían diseñar una buena estrategia integrada (OMS, 2006):

- mejor acceso y utilización de servicios clave en VIH/SIDA y SSR
- mejor acceso de las personas que viven con VIH/SIDA a servicios de SSR diseñados según sus necesidades
- reducción del estigma y la discriminación asociados con el VIH/SIDA
- mejor cobertura con servicios de SSR para poblaciones insuficientemente atendidas y marginadas
- mayor apoyo para la doble protección contra el embarazo no deseado e ITS, incluyendo el VIH para las personas que lo necesitan, especialmente la gente joven
- mejor calidad de la atención
- mayor efectividad y eficiencia programática

2.3. El enfoque integral de la promoción de la salud sexual y la prevención combinada del VIH/ITS

En 2009, ONUSIDA deja constancia en el documento «Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections» de las principales debilidades de las estrategias de prevención del VIH/ITS llevadas a cabo hasta ese momento basadas en un enfoque restrictivo, con el fin de reducir la conducta de riesgo, entre las que destaca el déficit de programas estructurales para hacer frente a las causas de la vulnerabilidad subyacente a la transmisión del VIH (ONUSIDA, 2010). El enfoque restrictivo, centrado en la prevención de las conductas de riesgo y en el control de la enfermedad, ha demostrado no ser suficiente para mejorar la situación de la epidemia del VIH en el mundo. Así pues, se pone en evidencia la necesidad de cambiar de estrategia y de considerar un **enfoque integral**. El enfoque integral debe contemplar no solo la prevención y el control de la enfermedad, sino también la promoción sexual y la búsqueda del bienestar, teniendo en cuenta la interacción entre los factores personales, que determinan la conducta de riesgo, y los factores sociales y estructurales, que moldean dicha conducta de riesgo. En este sentido, la **prevención combinada** se plantea como una alternativa que podría reconducir la situación de la epidemia del VIH dentro de un marco de salud sexual (ONUSIDA, 2010).

Este nuevo enfoque reconoce que las conductas de riesgo están afectadas por factores sociales y estructurales, que las desigualdades sociales influyen en el riesgo y, también, que existe una interacción —que no se puede obviar— entre los factores sociales y estructurales y los factores personales (véase el apartado 1.4). Además de considerar el riesgo, también son necesarios los programas que aspiran a reducir la vulnerabilidad de los grupos de población, aunque supongan una mayor dificultad de implementación. Las intervenciones estructurales son más difíciles de llevar a cabo porque tratan de afrontar problemas socioeconómicos o culturales muy arraigados, como la pobreza, la desigualdad

de género y la marginación social. Asimismo, pueden depender de la cooperación de los gobiernos para lograr cambios en las legislaciones o reformas políticas, aspecto que también las hace de difícil implementación.

La **prevención combinada** aboga por simultanear tres estrategias de prevención complementarias (ONUSIDA, 2010):

1) Intervenciones conductuales que pretenden reducir el riesgo de transmisión actuando sobre las conductas de riesgo.

Ejemplo de intervenciones conductuales

Promover la prueba del VIH y el consejo asistido de reducción de riesgos.

2) Intervenciones biomédicas que combinan aproximaciones clínicas y médicas para reducir la transmisión del VIH.

Ejemplo de intervenciones biomédicas

Tratamiento antirretroviral como estrategia preventiva.

3) Intervenciones estructurales que pretenden abordar los factores subyacentes al riesgo de infección por VIH/ITS en los individuos o grupos vulnerables. Los factores pueden ser de tipo cultural, social, económico, legal, político o ambiental.

Ejemplo de intervenciones estructurales

Intervención social: reformar el currículo educativo en materia de salud sexual. Intervención cultural: hacer *advocacy* para disminuir la discriminación y el estigma social por razón de género o estado serológico del VIH. Intervención legal: elaborar leyes de protección de las personas que viven con el VIH. Intervención política: facilitar el acceso al sistema de salud a personas con una situación administrativa irregular.

Las intervenciones dirigidas a tratar los determinantes sociales y estructurales de la salud sexual deberían focalizarse en las cinco áreas de actuación siguientes, las cuales influyen la salud sexual. Actuando sobre estas áreas se impacta sobre alguno de los factores subyacentes al riesgo de infección por VIH/ITS y se pueden crear las condiciones óptimas para una sociedad sana (OMS, 2010):

1) **Leyes, políticas y derechos humanos.** Intervenciones sobre aspectos legales y políticos. Los países pueden usar leyes, políticas y mecanismos reguladores para garantizar la promoción, protección y provisión de salud sexual, información y servicios, así como elaborar acuerdos nacionales e internacionales.

Dirigir las intervenciones a esta área de actuación debe permitir cambiar las estructuras políticas que no contemplan la salud sexual; derogar las leyes y políticas discriminatorias; establecer mecanismos para corregir las violaciones de los derechos humanos; modificar las leyes y políticas que afectan a la salud

sexual y monitorear la aplicación de las normas sobre derechos humanos relacionados con la salud sexual; conseguir soporte político en las intervenciones futuras, y promover el diálogo político.

2) Educación. Son esenciales las intervenciones que proporcionan conocimiento e información mediante la educación. Para que tengan éxito, es esencial que quien imparta la educación reciba formación actualizada y adaptada al contexto.

Dirigir las intervenciones a esta área de actuación debe permitir reconocer y eliminar las barreras a la educación en general y a la educación en sexualidad en particular.

3) Sociedad y cultura. El rol de la familia, la comunidad y la sociedad desempeñan un rol en la vida sexual (véase el apartado 1.4). Se trata de realizar intervenciones que pretendan modificar valores, creencias y normas que estén perjudicando la salud sexual. Cualquier intervención en esta área debe ser entendida y respetada por la comunidad para que pueda ser exitosa, por lo que deberá adaptarse al contexto.

Dirigir las intervenciones a esta área de actuación debe permitir promover la equidad de género; disminuir el estigma y la discriminación; reconducir las prácticas culturales que pueden contribuir a una mala salud sexual; implicar a líderes de la comunidad en la promoción de salud sexual, y construir una coalición para la lucha de los derechos sexuales.

4) Economía. Cualquier intervención debe tener en cuenta las necesidades económicas de la población a la que se dirige.

Dirigir las intervenciones a esta área de actuación debe permitir reconocer y enfatizar los lazos entre la marginalización económica y la mala salud sexual, y promover estrategias de empoderamiento y de desarrollo económico.

5) Sistemas de salud. Es fundamental disponer de servicios de prevención del VIH/ITS, diagnóstico, tratamiento, cuidado y soporte que cumplan las condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, que sean asequibles, no discriminatorios y que aseguren la privacidad y confidencialidad. De esta manera se puede potenciar el impacto en la mejora de la salud sexual. Los profesionales de la salud deben estar entrenados para detectar necesidades insatisfechas en salud sexual.

La OMS recomienda tres estrategias para mejorar la atención al VIH/ITS que ofrecen desde los servicios de salud:

a) Integración de los servicios. Incluir los servicios de atención al VIH/ITS dentro de otros servicios clínicos relacionados para asegurar una atención integral. La evidencia ha demostrado que la colaboración entre programas de salud es importante para una atención de calidad y asegurar la eficiencia de los recursos.

b) Descentralización de los servicios. Situar los servicios, tanto de prevención del VIH/ITS, diagnóstico, tratamiento, cuidado y soporte, cerca de las personas para mejorar su accesibilidad y disminuir las barreras. Descentralizar el cuidado y tratamiento del VIH puede, además, reforzar la implicación de la comunidad. Sin embargo, no siempre es recomendable la descentralización si pone en entredicho la confidencialidad de los usuarios.

c) Reasignación de las actividades. Redistribuir racionalmente las actividades entre los profesionales de la salud en base a su formación. Esto puede mejorar la efectividad y eficiencia del personal y de los recursos disponibles. Las organizaciones comunitarias, por ejemplo, pueden tener un rol importante como primer contacto con las poblaciones clave o vulnerables y dirigir las a los servicios adecuados (OMS, 2014).

Dirigir las intervenciones a esta área de actuación, al sistema de salud, debe permitir eliminar barreras a la provisión de servicios y asegurar recursos adecuados a los servicios de salud sexual.

Finalmente, para que los programas de promoción de la salud sexual integral que consideran la prevención combinada sean efectivos deben cumplir los siguientes requisitos, reconocidos por los organismos internacionales que llevan más tiempo trabajando en este ámbito (OMS, 2014; ONUSIDA, 2010; Ivankovich, Fenton, Douglas, 2013; OMS, 2006):

- Basarse en una aproximación ética y de derechos humanos.
- Asegurar la transparencia.
- Asegurar la equidad.
- Realizar un diseño basado en la evidencia que se adapte a las necesidades y características nacionales y locales (conocer los modos de transmisión del VIH/ITS, los grupos de población más afectados y el contexto social y estructural).
- Combinar los tres tipos de estrategia biomédica, conductual y estructural.
- Ser eficientes, consistentes y sostenibles en el tiempo.
- Implicar a las comunidades afectadas y a la comunidad en general, así como movilizar recursos de la comunidad, el sector privado, el gobierno

u organismos internacionales para asegurar la cobertura y continuidad de los programas.

- Realizar programas multisectoriales que no solo impliquen el sector de la salud. Es muy importante llevar a cabo un trabajo coordinado y cooperativo para mejorar los resultados.
- Disponer de un sistema de monitoreo y evaluación; incorporar suficiente flexibilidad a los programas para que se puedan introducir mejoras y agregar las novedades epidemiológicas, biomédicas tecnológicas y sociales que vayan apareciendo.

2.4. Temas pendientes en la promoción de la salud sexual

La epidemia del VIH, particularmente entre las poblaciones clave, continúa siendo alimentada por algunos factores sociales y estructurales, como el estigma y la discriminación, las desigualdades de género, la violencia, la falta de empoderamiento de la comunidad, violaciones de los derechos sexuales y leyes y políticas criminalizadoras de las distintas formas de identidad de género y sexuales. Además, si bien se ha llegado a acuerdos relacionados con la salud sexual, se ha hecho una aproximación muy frágil a los derechos sexuales esenciales para conseguir un buen nivel de salud.

En muchos lugares existe una resistencia cultural para tratar las necesidades de poblaciones vulnerables, así como un rechazo a reconocer y actuar sobre los factores sociales y estructurales que alimentan la epidemia. En este sentido, a veces la promoción de la salud ha sido sometida a diversos niveles de escepticismo asociados también a la falta de compromiso e inversión.

El salto de un enfoque que se centraba en el tratamiento de la enfermedad a la promoción del bienestar es lento. Sigue siendo necesario prestar más atención a la sexualidad, al placer sexual, al erotismo y a la percepción de bienestar.

Todavía pesa más la atención dada a la prevención, al tratamiento y al cuidado de la salud, y la atención a problemas de salud como el VIH/ITS, que la atención a otras dimensiones de la salud sexual y a la consideración de bienestar.

Más específicamente, el documento «Linking HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health», resultado del trabajo de la FPNU, ONUSIDA, la OMS y la IPPF en 2005, recoge las carencias existentes en los recursos y las actividades de promoción de la salud sexual dedicados al VIH/ITS. Este escrito destaca necesidades a tres niveles, aparte de los aspectos técnicos más concretos:

1) **Temas transversales.** Disponer de servicios clave para los adolescentes en diferentes contextos de prevalencia, involucrar a los jóvenes en materia de salud reproductiva y aumentar su acceso a los servicios y abordar la SSR en los programas de VIH/ITS.

2) **Políticas y *advocacy*.** No existe suficiente *advocacy* ni orientación política para poder integrar el VIH/ITS en la SSR a escala nacional ni garantizar la financiación con el fin de facilitar el desarrollo de los programas integrales y horizontales.

3) **Orientación de los programas.** Existe una falta de recursos nacionales específicos que tengan en cuenta el contexto local, las prioridades de la política pública y las respuestas al VIH/ITS y a la SSR donde se enmarcan los sistemas de salud. Además, algunas herramientas existentes son demasiado abstractas y no siempre son útiles en cuanto a operatividad.

Finalmente, es necesario dedicar esfuerzos para traducir el concepto abstracto de salud sexual y poder operacionalizarlo con el objetivo de trasladarlo, de manera efectiva, a los programas de promoción de la salud sexual.

3. Barreras sociales y estructurales en el acceso a la prevención y al control de las ITS y el VIH

3.1. Nuevo enfoque: la integración de la lucha contra el VIH en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la Agenda 2030

En 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron substituidos por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la Agenda 2030, una modificación de paradigma clave cuyos cambios conceptuales más importantes son los siguientes:

1) **Sostenibilidad.** La nueva hoja de ruta pone en el centro una cuestión que había permanecido en segundo plano en los últimos quince años: el modelo actual es insostenible. Para garantizar la vida y los derechos de las personas y del planeta Tierra, el modelo a seguir tiene que ser sostenible.

2) **Equidad.** Los ODM se basaban en promedios nacionales y no contaban con la realidad de las comunidades más vulnerables y alejadas. Los ODS incluyen un enfoque en el que se tienen en cuenta más parámetros que reflejan mejor la realidad para poder trabajar adecuadamente.

3) **Universalidad.** Mientras que los ODM trabajaban las metas solo en los países en desarrollo, los ODS establecen que no se puede hablar de agenda de desarrollo si no se asume que todos los problemas están interconectados y hay que abordarlos desde todos los países.

4) **Compromiso.** A diferencia de los ODM, los ODS comprometen por primera vez a todos los países del mundo. Esto significa, por ejemplo, que el Gobierno de España tendrá que aplicar la Agenda 2030 en sus políticas internas (un cambio sustancial con respecto a los ODS).

5) **Alcance.** Frente a los ocho ODM, ahora se detallan diecisiete 17 ODS con 169 metas a alcanzar. Aunque pueda parecer ambiciosa, la nueva agenda no ha querido prescindir de cuestiones que considera fundamentales, como el empleo digno o el cambio climático.

En relación con la lucha frente al VIH, la Agenda 2030 refleja la interdependencia y la complejidad de un mundo cambiante y el imperativo de la acción colectiva mundial. En el cambio del así llamado desarrollo para los países más pobres al desarrollo sostenible para todos, este plan de acción mundial se ha ampliado en alcance y complejidad. Como un conjunto de metas indivisibles, los ODS dan a todos los interesados un mandato para la integración de esfuer-

zos. La respuesta al sida no es la excepción: la epidemia no se puede terminar sin abordar los determinantes de la salud y la vulnerabilidad, y las necesidades integrales de las personas vulnerables al VIH y que viven con el VIH. A menudo, las personas que viven con el VIH habitan en comunidades frágiles y son las más afectadas por la discriminación, la desigualdad y la inestabilidad. Sus preocupaciones deben ser una prioridad en los esfuerzos de desarrollo sostenible.

Por extensión, las lecciones aprendidas de la reacción multisectorial al sida son clave para el progreso en los ODS. La respuesta al sida ha avanzado temas como el derecho a la salud, la equidad de género, los sistemas de información de salud, las plataformas de prestación de servicios, el acceso a los productos básicos, la seguridad y la protección social. Además, se ha obtenido una importante experiencia en el tratamiento de las normas sociales arraigadas, la exclusión social y las barreras legales que socavan los resultados de salud y de desarrollo, y cada vez más se adopta su enfoque de inversión para acelerar las ganancias en salud y desarrollo mundial. La respuesta al sida puede ser líder en el aprovechamiento de las intersecciones estratégicas con los ODS, a la vez que logra la difusión de las lecciones aprendidas a partir de tres décadas de progreso sin precedentes.

En la tabla 1 se detallan los ODS y la vinculación que tienen en la lucha contra el VIH a partir de la propuesta de ONUSIDA:

Tabla 1. ODS y su vinculación en la lucha contra el VIH

| | |
|--|---|
| <p>1) Poner fin a la pobreza</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. La pobreza puede aumentar la vulnerabilidad a la infección por VIH. El nivel socioeconómico desigual de las mujeres pone en peligro su capacidad para prevenir el VIH o mitigar el impacto del sida.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. Los hogares afectados por VIH son más vulnerables a caer y permanecer en la pobreza.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. El empoderamiento económico y la protección social pueden reducir la pobreza y la vulnerabilidad al VIH, y ayudar a mantener saludables a las personas con VIH.</p> |
| <p>2) Poner fin al hambre</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. El hambre puede conducir a conductas de riesgo, socavar la adherencia al tratamiento del VIH y acelerar la progresión al sida.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. Las enfermedades avanzadas relacionadas con el VIH deterioran el estado nutricional y socavan la seguridad alimentaria de los hogares mediante la reducción de la productividad.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. El apoyo nutricional a los hogares y sistemas integrados para ofrecer apoyo nutricional y servicios de VIH puede mejorar los resultados de salud.</p> |
| <p>3) Asegurar una vida saludable</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. La falta de cobertura universal de salud, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva, restringe el acceso a la prevención y al tratamiento del VIH.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. La mayoría de las personas que se infectan con VIH se contagian por transmisión sexual o transmisión de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. La cobertura universal de salud sensible al VIH puede desempeñar un papel vital en la promoción de la equidad en salud, mientras que la integración con los servicios de SSR basados en los derechos humanos, las enfermedades no transmisibles, la tuberculosis y otras condiciones pueden mejorar los resultados sanitarios generales.</p> |

Fuente: elaboración propia a partir de la propuesta de ONUSIDA

| | |
|--|--|
| <p>4) Garantizar una educación de calidad</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. A escala mundial, unas siete de cada diez niñas adolescentes y mujeres de 19 a 24 años no tienen conocimiento del VIH.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. Las enfermedades relacionadas con el VIH impiden la asistencia escolar y el aprendizaje, al igual que el estigma y la discriminación en el entorno escolar.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. La educación de alta calidad, incluida la educación de la sexualidad, empodera a las personas jóvenes y proporciona habilidades para la vida para tomar decisiones responsables e informadas sobre la salud sexual y reproductiva.</p> |
| <p>5) Lograr la igualdad de género</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. Las inequidades de género, la discriminación, la violencia y las prácticas nocivas afectan negativamente a las mujeres y las niñas, y a los hombres y los niños, y aumentan el riesgo de infección por VIH y su impacto.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. El VIH es la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva (15-44 años), y las mujeres que viven con el VIH se enfrentan a menudo a una mayor violencia.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. Los programas de VIH que transforman las normas de género e involucran a los hombres pueden reducir la violencia y empoderar a las mujeres; además, la integración de los servicios de VIH y SSR basados en derechos aumenta la demanda de ambos servicios y su impacto.</p> |
| <p>8) Promover el crecimiento económico</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. Los entornos de trabajo seguros facilitan el acceso a los servicios de VIH, especialmente para los trabajadores con empleo informal, como los migrantes indocumentados y los trabajadores sexuales.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. Las personas que viven con VIH experimentan tasas de desempleo tres veces más altas que las tasas de desempleo nacional.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. Abordar el VIH en el mundo del trabajo y la protección de los derechos laborales puede ayudar a asegurar que las personas que viven con el VIH o están afectadas por el VIH puedan disfrutar de un empleo pleno y productivo.</p> |
| <p>9) Reducir la desigualdad</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. La desigualdad de ingresos está vinculada a una mayor prevalencia del VIH; el VIH afecta más severamente a las comunidades excluidas y sin poder.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. El estigma y la discriminación hacia las poblaciones clave son contribuyentes importantes a la alta prevalencia del VIH y están vinculados a un menor acceso a la atención sanitaria y a la vivienda.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. La protección contra la discriminación (junto con los servicios legales, la educación en derechos humanos, el acceso a la justicia y a la protección internacional) puede empoderar a las personas a reclamar sus derechos y a mejorar el acceso a los servicios de VIH.</p> |
| <p>10) Hacer las ciudades seguras y adaptables</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. El VIH afecta especialmente a las personas que habitan en ciudades y zonas urbanas, y solamente 200 ciudades albergan más de una cuarta parte de todas las personas que viven con VIH en el mundo.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. Con la rápida urbanización, muchas ciudades cuentan con una creciente epidemia de VIH; las personas que viven en barrios marginales a menudo se infectan con VIH en mayor proporción que aquellas que habitan en el resto de la ciudad.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. Las respuestas locales al sida lideradas por las ciudades apoyan una transformación social positiva mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y sociales para llegar a las poblaciones más marginadas.</p> |
| <p>11) Promover sociedades pacíficas e inclusivas</p> | <p>Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. La exclusión, la estigmatización, la discriminación y la violencia alimentan la epidemia del VIH entre adultos y niños.</p> <p>Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. La respuesta al sida, dirigida por personas que viven o están afectadas por el VIH, ha promovido el acceso a la justicia y a mecanismos de rendición de cuentas centrados en las personas, que proporcionan lecciones sobre las que se puede construir.</p> <p>Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030. La gobernanza participativa, que incluye las respuestas lideradas por la comunidad, puede conducir a programas más relevantes, basados en derechos y una más fuerte rendición de cuentas para la salud y el desarrollo.</p> |

12) Fortalecer los medios de implementación

Cómo los ODS seleccionados impactan en la epidemia y la respuesta al VIH. La acción colectiva global para mejorar el acceso a los insumos básicos asequibles del VIH es fundamental para poner fin a la epidemia.

Cómo afecta el VIH al progreso hacia ODS seleccionados. El movimiento VIH ha llevado a la incidencia política por la reforma de las leyes de patentes y los sistemas de regulación; el pleno uso de las flexibilidades de los ADPIC; el monitoreo de las negociaciones de acuerdos de libre comercio, y la toma de acciones legales.

Oportunidades para la colaboración intersectorial hacia metas compartidas para 2030.

Los esfuerzos para garantizar insumos básicos de VIH asequibles, incluidos los medicamentos de segunda y tercera línea, pueden beneficiar la agenda más amplia de salud y de equidad, incluyendo la tuberculosis, la hepatitis C y las enfermedades no transmisibles.

Fuente: elaboración propia a partir de la propuesta de ONUSIDA

3.2. Los determinantes sociales de la salud

Según ONUSIDA, los **determinantes sociales de la salud** son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estos factores son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a escala mundial, nacional y local, que depende, a su vez, de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias; esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países por lo que respecta a la situación sanitaria. Muchos de estos determinantes estructurales y sociales no se pueden medir fácilmente, pero aumentan la vulnerabilidad de algunos colectivos a la infección por VIH y otras ITS y crean disparidades en la salud y en el acceso a los servicios de salud. Además, dado que estas causas se hallan principalmente fuera del sector de salud, se necesita una acción política multisectorial para abordar el problema.

En el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) se explican como determinantes de la salud factores que abarcan desde las características biológicas de los individuos, y su estilo de vida, hasta el papel de las organizaciones comunitarias y de apoyo social, así como las condiciones del contexto cultural, económico y ambiental (figura 2).

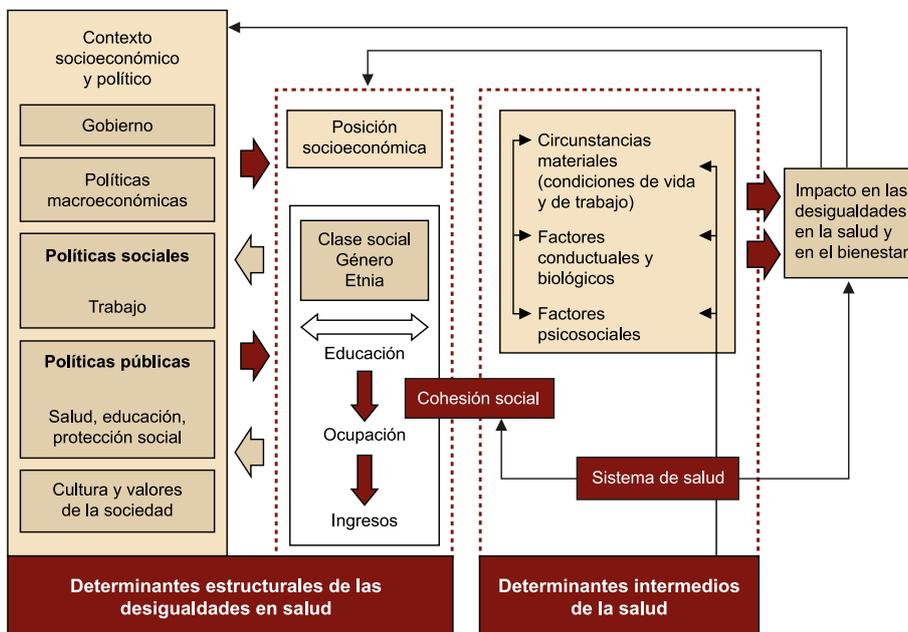
Figura 2. Factores determinantes de la salud



Fuente: adaptado de Dahlgren y Whitehead (1991)

Posteriormente, el modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (figura 3) está basado en la influencia que tienen en la salud de la población los denominados determinantes estructurales de las desigualdades en salud, materializados en distintas esferas del contexto socioeconómico y político, y los llamados determinantes intermedios, relacionados con las condiciones de vida y otros factores de carácter individual (OMS, 2007b).

Figura 3. Influencia de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud y de los determinantes intermedios de la salud



Fuente: Comisión de Determinantes Sociales (OMS, 2007b)

Las barreras sociales y estructurales son obstáculos sistémicos (sociales, culturales y jurídicos) que impiden a algunos grupos clave acceder a los servicios relacionados con el VIH, lo que hace que estos últimos sean menos eficaces. Las intervenciones estructurales tienen por objeto eliminar esas barreras (Dean, Fenton, 2010).

3.2.1. Desigualdades y violencia de género

Desde hace tiempo, el género y la sexualidad están reconocidos como factores clave que influyen en la dinámica de la epidemia del VIH. En cada país y en cada comunidad existe un problema diferente, pero los desequilibrios de poder, las normas sociales perjudiciales, la violencia y la marginación afectan tanto a mujeres como a hombres, a niñas y a niños, y a personas transgénero en todo el mundo, de manera que limitan su capacidad para prevenir la infección por el VIH (ONUSIDA).

Según ONUSIDA (2010), las mujeres que han experimentado situaciones de violencia tienen hasta tres veces más de posibilidades de infectarse por VIH que las que no. La violencia aumenta el riesgo de infecciones por VIH en la mujer por razones fisiológicas y psicológicas. Las mujeres no contagiadas tienen, aproximadamente, el doble de probabilidades de adquirir el VIH a través de hombres VIH positivos, y viceversa (The Global Coalition on Women and AIDS, 2004). Desde el punto de vista biológico, la mujer es más vulnerable al virus y las relaciones sexuales forzadas aumentan aún más el riesgo de la transmisión del VIH a la mujer, debido a desgarros y laceraciones, especialmente entre las adolescentes. Sin embargo, incluso la amenaza de violencia puede tener consecuencias negativas graves. La mujer que teme ser objeto de violencia tiene menos capacidad para protegerse de la infección: no tienen la autoridad para negociar una relación de sexo seguro ni para rechazar las relaciones sexuales no deseadas, no se realizan análisis para detectar el VIH y no buscan tratamiento después de la infección. Una encuesta de 2005 determinó que, aproximadamente, el 60 % de las mujeres infectadas por el VIH optaron por no realizar tratamiento en una clínica de Zambia porque temían ser objeto de conducta violenta y abandono por parte de la familia (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, UNIFEM). Las mujeres informaron temor a la discriminación, violencia física y rechazo familiar de conocerse su condición de VIH positivo.

3.2.2. Estigma y discriminación

La OMS cita el **estigma** y la **discriminación** como uno de los principales motivos para evitar realizarse la prueba del VIH, revelar el estado serológico y tomar tratamiento antiretroviral (OMS, 2011b).

En el caso del VIH/SIDA, el estigma se refiere al prejuicio, a la discriminación y a la desacreditación dirigida a personas que son percibidas como afectadas por el VIH o el sida; y a los individuos, grupos y comunidades en los que ellos

y ellas se asocian (Herek, Capitanio, 1997). El estigma y la discriminación relacionados con el VIH debilitan las medidas de prevención del virus porque desalientan a las personas de realizarse pruebas (Wolf y otros, 2006; Ma y otros, 2007; Pulerwit, Barker, 2008); de buscar información acerca de cómo protegerse de la infección y, en ciertos casos, de usar preservativos por temor a que se las identifique con la enfermedad o con poblaciones marginadas que están más afectadas (Nyblade y otros 2003). El temor al estigma y la discriminación también disminuye las probabilidades de que las personas que viven con el VIH busquen atención y tratamiento, lo cumplan y revelen su estado serológico respecto del VIH a sus parejas sexuales (White, Carr, 2005; Mills, 2006).

El estigma y la discriminación contra los HSH han sido bien documentados en el mundo. Los desafíos que afrontan todos los días pueden variar de dificultades personales a los factores de alto nivel tales como la hostilidad de las organizaciones de la sociedad civil, entidades religiosas, el gobierno y hacer cumplir la ley. En muchos casos, la **homofobia** —término que hace referencia al temor, al rechazo o a la aversión, a menudo en forma de actitudes estigmatizadoras o conductas discriminatorias, hacia los homosexuales o la homosexualidad— es perpetuada por las políticas que criminalizan a los HSH o negligencian sus derechos humanos básicos. El acoso, el rechazo y la violencia hacen que los HSH oculten sus sentimientos y relaciones y lleguen a negarse a recibir un apoyo social que podría mejorar su salud y calidad de vida.

Los estudios han demostrado que los HSH que sufren discriminación y acoso son más propensos a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo (Baral y otros, 2014). Por otro lado, las condiciones hostiles los empujan a esconderse y, por tanto, no acceden a los programas de prevención y atención del VIH y otras ITS (Fay y otros, 2011).

Con respecto a las personas transexuales, la discriminación implica que se niegue su identidad de género, la que eligieron, de manera que se atenta contra su acceso al sistema de salud y a la posibilidad de adoptar comportamientos de autocuidado y cuidado para sus parejas (Fay y otros, 2011; OMS, 2012a).

3.2.3. Políticas y leyes

Nuestras vidas se ven influidas por las políticas públicas y las leyes que nos gobiernan. Estas normas afectan la forma en que se gasta el financiamiento para servicios de salud y de apoyo social; además, determinan si los derechos humanos —incluidos los derechos sexuales y reproductivos— y la dignidad de las personas de cualquier edad, sexo, orientación sexual, grupo étnico, religión o nivel de riqueza son apoyados y promovidos. Las leyes que tratan la transmisión del VIH como un problema de salud y no como un crimen tienen un impacto positivo en la SSR. También es probable que las políticas que hacen

previsiones para contar con servicios de salud que apoyen, traten y satisfagan las necesidades de la comunidad en su conjunto tengan un impacto positivo en la SDR (figura 4).

Figura 4. Impacto positivo de las políticas en la SDR



EJEMPLO: LEYES PENALES DAÑINAS

Criminalizar la transmisión del VIH, o el sexo consensual entre adultos, puede hacer que las personas sean altamente vulnerables a problemas de SDR y VIH. Este enfoque puede violar los derechos y afectar el acceso a los servicios. Por ejemplo, las relaciones sexuales entre hombres, el sexo anal, el uso de drogas y el trabajo sexual son ilegales en muchos países. Esto crea muchas barreras para que las personas puedan tener acceso a información y servicios; y las expone a violaciones de sus derechos. Las leyes que penalizan la transmisión del VIH de madre a hijo violan el derecho humano de tener un hijo y resultan en que menos personas busquen hacerse pruebas de VIH. La criminalización de la transmisión del VIH también reduce la disposición de las personas a mostrarse abiertas respecto a su condición de VIH. Estas leyes atribuyen toda la responsabilidad para la prevención de la transmisión del VIH en la persona que vive con el VIH.

Fuente: La Alianza. (2010) *Integración del VIH y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Guía de buenas prácticas*. International HIV/AIDS Alliance. <<https://goo.gl/LXpkNg>>

3.2.4. Nivel socioeconómico

La ausencia de recursos y la desigualdad en su distribución se ha relacionado con una mayor frecuencia de conductas de riesgo sexual, falta de atención de la salud y un aumento de las ITS (Fullilove, 2006; Aral, 2002). Además, algunos factores, como una elevada tasa de desempleo, un nivel de ingresos medio-bajo y una baja educación, se han asociado también con mayores tasas de ITS (Aral, Padian, Holmes, 2005).

Bibliografía

Aral, S. O. (2002). «Determinants of STD Epidemics: Implications for Phase Appropriate Intervention Strategies». *Sex Transm Infect* (núm. 78, supl. 1).

Aral, S. O.; Padian, N. S.; Holmes, K. K. (2005). «Advances in Multilevel Approaches to Understanding the Epidemiology and Prevention of Sexually Transmitted Infections and HIV: An Overview». *Sex Transm Infect* (núm. 191, supl. 1).

Asociación Mundial de Sexología (2014). Declaración de los derechos sexuales [versión revisada y aprobada en línea]. [Fecha de consulta: 4 de marzo de 2015]. <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf>

Asociación Mundial para la Salud Sexual; Organización Panamericana de la Salud (2009). *Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico* [informe en línea]. Washington: OPS. [Fecha de consulta: 24 de marzo de 2015]. <<https://bit.ly/2AZ63ND>>

Baral y otros (2014). «Enhancing benefits or increasing harms: community responses for HIV among men who have sex with men, transgender women, female sex workers, and people who inject drugs». *J Acquir Immune Defic Syndr.* (vol. 66, supl. 3, págs. 319-28).

Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (2013). *A Comprehensive Approach to HIV/STI Prevention in the Context of Sexual Health in the EU/EEA* [informe técnico en línea]. Estocolmo: ECDC. [Fecha de consulta: 20 de abril de 2015]. <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HVI-STI-prevention-comprehensive-approach-in-the-context-of-sexual-health-EU-EEA.pdf>>

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background Document to WHO – Strategy Paper for Europe*. Estocolmo: Institute of Futures Studies.

Dean, H. D.; Fenton, K. A. (2010). «Addressing Social Determinants of Health in the Prevention and Control of HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Infections, and Tuberculosis». *Public Health Rep.* (vol. 125, supl. 4, págs. 1-5).

Edwards, W. M.; Coleman, E. (2004). «Defining Sexual Health: A Descriptive Overview». *Arch Sex Behav* (vol. 33, núm. 3, págs. 189-95).

Fay, H. y otros (2011). «Stigma, Health Care Access, and HIV Knowledge among Men who have Sex with Men in Malawi, Namibia, and Botswana». *AIDS Behav.* (vol. 15, págs. 1088-97).

Federación Internacional de Planificación Familiar (2008). *Sexual Rights: An IPPF Declaration* [artículo en línea]. Londres: IPPF. [Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2018]. <<https://bit.ly/2Dwt8HW>>

Fullilove, R. E. (2006). *African Americans, Health Disparities and HIV/AIDS: Recommendations for Confronting the Epidemic in Black America*. Washington: National Minority AIDS Council.

Herek, G. M.; Capitano, J. P. (1997). «AIDS Stigma and Contact with Persons with AIDS: Effects of Personal and Vicarious Contact». *Journal of Applied Social Psychology* (vol. 27, págs. 1-36).

Ivankovich M. B.; Fenton, K. A.; Douglas, J. M. (2013, marzo-abril). «Considerations for national public health leadership in advancing sexual health». *Public Health Rep.* (núm. 128, supl. 1, págs. 102-10).

La Alianza (2010). *Integración del VIH y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Guía de buenas prácticas* [en línea]. International. HIV/AIDS Alliance [Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2018]. <http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/894/90543-Integracion-del-VIH-y-la-Salud-y-los-Derechos-Sexuales-y-Reproductiv_original.pdf?1407754228>

Langfeldt T; Porter M. (1986). *Sexuality and Family Planning: Report of a Consultation and Research Findings*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.

Ma W. y otros (2007). «Acceptance of and Barriers to Voluntary HIV Counselling and Testing among Adults in Guizhou Province, China». *AIDS* (vol. 21, supl. 8, págs. 129-135).

Mills, E. A. (2006). «From the Physical Self to the Social Body: Expressions and Effects of HIV-related Stigma in South Africa». *Journal of Community & Applied Social Psychology* (vol. 16, págs. 498-503).

Ministerio de Sanidad y Consumo; Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud. Glosario* [en línea]. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 14 de abril de 2015]. <<http://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>>

Nyblade, L. y otros (2003). *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. Washington: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.

Oficina Regional para Europa de la OMS (1987). *Concepts on Sexual Health: Report on a Working Group*. Copenhague: OMS.

Oficina Regional para Europa de la OMS (2013). *Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhague: OMS. [Fecha de consulta: 4 de abril de 2015]. <<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/dublin-declaration-on-partnership-to-fighthiv-aids-in-europe-and-central-asia>>

OMS, ONUSIDA, IPPF, UNFPA (2005). *Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: An Annotated Inventory* [en línea]. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 10 de abril de 2015]. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/linking_srh_hiv.pdf>

ONUSIDA (1998). *Expanding the Global Response to HIV/AIDS through Focused Action. Reducing Risk and Vulnerability: Definitions, Rationale and Pathways* [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de abril de 2015]. <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc171-expglobresp_en.pdf>

ONUSIDA (2005). *Intensificación de la prevención del VIH: documento de posición de política del ONUSIDA* [en línea]. Ginebra: ONUSIDA. [Fecha de consulta: 4 de abril de 2015]. <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc585-prevention-paper_es.pdf>

ONUSIDA (2010). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections* («Discussion Paper», 10) [informe en línea]. Ginebra: ONUSIDA. [Fecha de consulta: 8 de marzo de 2015]. <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf>

ONUSIDA (2010). *Women, Girls and HIV Fact Sheet*. Ginebra: ONUSIDA.

Organización de las Naciones Unidas (1984). *Universal Declaration of Human Rights* [declaración en línea]. Ginebra: ONU. [Fecha de consulta: 24 de marzo de 2015]. <<http://www.un.org/en/documents/udhr/>>

Organización de las Naciones Unidas (1994). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development* [informe en línea]. Nueva York: ONU. [Fecha de consulta: 3 de marzo de 2015]. <<http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development/ICPD-Programme>>

Organización Mundial de la Salud (1975). *Education and Treatment in Human Sexuality. The Training of Health Professionals: Report of a WHO Meeting* (WHO Technical Report Series, núm. 572) [informe en línea]. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 10 de abril de 2015]. <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2006). *Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA: Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios* [en línea]. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 14 de abril de 2015]. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HIV_2005.05_spa.pdf?ua=>

Organización Mundial de la Salud (2007b). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* [en línea]. [Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2018]. <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2009). «Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century». *Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences* [en línea]. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 10 de abril de 2015]. <http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2010). *Developing Sexual Health Programmes. A Framework for Action*. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 12 de abril de 2015]. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2011a). *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress towards Universal Access: Progress Report 2011*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2011b). *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS* [resolución de junio de 2011 en línea]. [Fecha de consulta: 5 de abril de 2015]. <<https://bit.ly/1PjFX47>>

Organización Mundial de la Salud (2012a). *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2012b). *Social Science Methods for Research on Sexual and Reproductive Health* [en línea]. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 8 de marzo de 2015]. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503112_eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2014). *HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations: Consolidated Guidelines* [informe en línea]. Ginebra: OMS [Fecha de consulta: 8 de abril de 2015]. <http://apps.who.int/iris/bits-tream/10665/128049/1/WHO_HIV_2014.8_eng.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud (2015). *The Ottawa Charter for Health Promotion* [en línea]. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2018]. <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Women on the Move: Migration, Care Work and Health* [informe en línea]. Ginebra: OMS. [Fecha de consulta: 21 de mayo de 2015]. <www.who.int/gender/hiv_aids/en>

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2000). *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action* [artículo en línea]. [Fecha de consulta: 4 de marzo de 2015]. <<http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>>

Pulerwitz, J.; Barker, G. (2008). «Measuring Attitudes toward Gender Norms among Young Men in Brazil». *Men and Masculinities* (vol. 10, págs. 322-338).

Saracci, R. (1997). «The World Health Organisation Needs to Reconsider its Definition of Health». *BMJ* (núm. 314, págs. 1409-10).

Starrs, Ann M. y otros (2018, mayo). «Accelerate Progress: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of The Guttmacher–Lancet Commission». *The Lancet*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

The Global Coalition on Women and AIDS (2004, febrero). «HIV Prevention and Protection Efforts are Failing Women and Girls». *UNIFEM, Violence Against Women–Facts and Figures* [en línea]. [Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2018]. <<https://bit.ly/1kBBx01>>

Wellings, K. (2012). «Sexual Health: Theoretical Perspectives». En: K. Wellings; K. Mitchell; M. Collumbien. *Sexual Health: A Public Health Perspectives*. Londres: London School of Hygiene & Tropical Medicine.

White, R.C.; Carr, R. (2005). «Homosexuality and HIV/AIDS Stigma in Jamaica». *Culture, Health & Sexuality* (vol. 7, núm. 4, págs. 347-359).

Wolfe W. y otros (2006). «Effects of HIV-related Stigma among an Early Sample of Patients Receiving Antiretroviral Therapy in Botswana». *AIDS Care* (vol. 18, núm. 8, págs. 931-933).

