

Anticoncepción de emergencia (AE) y VIH/Sida

Este artículo sobre los vínculos entre Anticoncepción de emergencia (AE) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Sida, es una adaptación de la editorial del Boletín de *ECafrique* publicado electrónicamente el 16 enero de 2009.

ECafrique es nuestro consorcio colega del continente africano, coordinado actualmente por la oficina de *Population Council* en Nairobi. El contenido original es de este artículo es de Francis Onyango (editor), Jill Keesbury (coordinadora de *ECafrique*), Faye Youmans (coordinador para África francófona), y Katherine Williams, de *Population Council*.

El contenido ha sido traducido y adaptado por Cristina Puig Borràs, de *Family Care International*. CLAE agradecer a *ECafrique* y al Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (ICEC) por facilitar esta colaboración entre consorcios regionales.

ECafrique es una red internacional bilingüe de prestadores de servicios de salud, destinado a construir la base de conocimientos y de experiencias necesaria para introducir, fortalecer e integrar servicios de anticoncepción de emergencia (AE) de calidad en África. *ECafrique* quiere promover el diálogo sobre AE, establecer lazos entre sus miembros y con redes de otras regiones, para facilitar la difusión de herramientas para la prestación de servicios y desarrollar nuevos recursos de referencia para mejorar y ampliar la prestación de servicios de AE de calidad.

En los contextos de alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH, el mayor conocimiento y acceso a las píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE) es a la vez una oportunidad y un desafío. La AE brinda una segunda oportunidad para prevenir un embarazo después de relaciones sexuales desprotegidas o en caso de falla del método anticonceptivo. En los contextos con alta prevalencia de VIH, las personas usuarias de AE pueden haber estado en situación de riesgo de infección de ITS (y VIH). En estos casos, la entrega de AE brinda una oportunidad para asesorar sobre el uso de métodos anticonceptivos regulares, y de ofrecer (o referir a) servicios de prevención de VIH y otras ITS.

Sin embargo, hay la preocupación de que el uso de la AE y la mayor confianza que cada vez genera entre las usuarias, así como su fácil administración, coadyuve a exponer más al riesgo de ITS/ VIH, dado que la PAE no protege contra estas infecciones. La relación entre la AE y la prevención e infección por VIH y otras ITS levanta muchas preguntas programáticas y de investigación:

- ¿Existe evidencia que demuestre que a mayor acceso a AE se da un mayor riesgo de transmisión de ITS o VIH?
- ¿Hay datos que avalen que existe una relación entre un mayor acceso a AE y el conocimiento de los posibles riesgos?
- ¿Hay investigaciones o programas que muestren que un mayor acceso a AE conlleva un mayor uso de otros servicios de prevención de ITS/VIH (como la consejería y/o la prueba rápida)?
- ¿Cuál es la mejor manera de que los programas logren que un mayor acceso a AE suponga también a mayor prevención de ITS (y no un mayor riesgo de infección)?

Los pocos datos disponibles sobre los vínculos entre AE y VIH parecen no dar respuesta a éstas y muchas otras preguntas. Por el momento, no hay estudios conocidos que hayan examinado rigurosamente la relación entre el uso de AE y el riesgo de infección por VIH. La evidencia disponible sobre la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales (AH) y el riesgo de ITS/VIH podrían brindar algunos indicios de qué esperar en relación al uso de AE. Sin embargo, la evidencia sobre AH y VIH no es clara: algunos estudios hallaron que el uso de AH se asocia a un mayor riesgo de ITS, mientras que otros no han encontrado tal relación.

Estas conclusiones contradictorias pueden ser atribuidas en parte a diferencias en el diseño de estudios y en déficits metodológicos; lo cual nos lleva a plantear otro reto para responder a las preguntas aquí planteadas: ¿cómo diseñar estudios que respondan a estas cuestiones? Investigadores y gestores de programas de AE deben empezar a pensarse seriamente estos aspectos, dado que siempre aparecerá el cuestionamiento sobre el uso repetido de AE y la potencial infección por ITS/VIH, especialmente en contextos de alta prevalencia de VIH. Tenemos ante nuestro el reto de generar evidencia basada en investigaciones sólidas que aborden y den respuesta a estas preocupaciones.

Esto nos ubica ante el dilema de cómo proceder, por ahora, con la ampliación (scaling up) de servicios de AE, especialmente allí donde la prevalencia de VIH es alta.

Aspectos básicos de la ampliación de servicios de AE en distintos contextos de VIH/Sida.

La actual y potencial demanda de AE requiere de programas amplios que incluyan la divulgación de información, capacitación de proveedores, consejería, y acceso al método a las chicas y mujeres de todo el mundo. En contextos de alta prevalencia de VIH, la ampliación de programas de AE implica la necesidad de desarrollar una respuesta matizada por los riesgos asociados al sexo desprotegido.

Allí donde los programas de VIH/Sida ya han sido ampliados – ya sea por el sector público o por iniciativa privada – la inclusión de servicios de AE en estos programas puede contribuir a asegurar que se brindan servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, antes de lanzarse a la programación conjunta (AE+VIH) para ampliar el alcance de ambos servicios, debemos considerar a cual es el contexto de VIH y determinar cuando es apropiado y beneficioso brindar servicios de VIH y de AE conjuntamente.

Comprender a cabalidad las necesidades específicas de un país y su potencial demanda en materia de AE es fundamental para definir el proceso de ampliación de servicios. Allí donde la **prevalencia de VIH es baja**, la inclusión de AE en servicios de tratamiento de VIH y Sida puede que no promueva la provisión de servicios integrales ya que, por este medio, la AE sólo se pone a disposición de mujeres que viven con el VIH que no usan otro método anticonceptivo. En este caso, para asegurar que la AE está disponible para todas las mujeres en varios puntos de distribución, la ampliación de programas de AE debería darse a parte de los servicios de VIH. La ampliación de servicios debería seguir su propia ruta operativa, con pasos estratégicos e indicadores propios. Actualmente existen modelos operativos y directrices, de experiencias en Bangladesh, por ejemplo, sobre cómo llevar a cabo proceso de ampliación de servicios.

En los contextos donde la mayoría de las mujeres (sino todas), conocen su estatus de **VIH dentro de los servicios de control prenatal**, los servicios de AE y de VIH deberían también brindarse de forma separada. Incorporar AE a los servicios de prevención de VIH en este caso es poco relevante ya que las mujeres en servicio de control pre-

natal, ya no son posibles usuarias de AE, por razones obvias. En este caso los programas de AE se implementarán y ampliarán de forma más exitosa como entidades separadas, posiblemente incorporando la AE en los servicios de visita médica post-parto, como una opción más en los servicios de anticoncepción posteriores al parto. En este caso, la AE debería ser usada durante la transición desde la amenorrea de la lactancia hasta la adopción de un método regular.

Dicho esto, en muchos entornos, entre las mujeres jóvenes prevenir el embarazo es una preocupación mucho mayor que prevenir el VIH. En estos casos la provisión de AE debe ser parte de servicios más amplios de salud reproductiva, que incluyan la prevención del VIH donde sea adecuado. A las mujeres que busquen atención o servicios de prueba de VIH después de relaciones sexuales desprotegidas debe ofrecérseles AE. El acceso a AE en contextos con **alta prevalencia de VIH** es también vital para la prevención de la transmisión vertical (de madre a hijo/a), así como desde el punto de vista de los derechos de las mujeres a tomar decisiones sobre sus vidas reproductivas. En los casos de violencia sexual o de violación en particular, la AE y la profilaxis post-expositiva deben formar parte del paquete de atención de emergencia. El trabajo de Population Council en Sur África en este campo ha demostrado que esta estrategia es exitosa.

Ahí donde los sistemas de salud son frágiles, ampliar los programas de AE es un reto. A ello se suman las barreras políticas y sociales, que no dejan de poner a prueba la solidez de las estrategias de implementación de programas de AE. En el contexto del VIH, la ampliación de programas de AE afronta retos todavía mayores. Es importante considerar las necesidades programáticas particulares cuando se planifican programas de amplio alcance, a la vez que se toma en consideración la relevancia y el abasto de la epidemia de VIH. Esto garantizará que todas las mujeres tengan acceso a información y al método de AE, a la vez que se brinda especial atención a las mujeres que viven con el VIH.