Desidamos

Sobre nuestra sexualidad y reproducción

Revista de FEIM • Año XII • Número 1 • Marzo 2004 • Argentin

> Derechos sexuales y reproductivos en la era del VIH/SIDA.

Por Nafis Sadik

> Prevención y tratamiento: el papel de las vacunas.

Por Dr. J. L. Excler

> Tema Especial: PRESERVATIVO versus SOLO ABSTINENCIA.

FEIM
FUNDACIÓN PARA ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE LA MUJER

CONSEJO ASESOR INTERNACIONAL

Prof. Jorge A. Benetucci
Sra. Marge Berer (UK)
Dr. Pedro Chequer (Brasil)
Sra. Amparo Claro (Chile)
Lic. Eva Giberti
Dr. Jorge Gilardi
Prof. Nelly Minyersky
Dra. Adriana Procupet (España)
Juez Martín Vazquez Acuña
Dr. Laurent Zessler

COMITE EDITORIAL

Directora
Dra. Mabel Bianco

Coordinadora
Dra. Laura Pagani

Miembros
Lic. Catalina Abifadel
Dra. Adriana Basombrio
Lic. Cecilia Correa
Dr. Rodolfo Kaufman
Lic. María Inés Re
Dra. Eugenia Trumper

Diseño de tapa
Estudio Celis Bernardo

Promoción Publicitaria
Elsa Bruzzo

Composición e Impresión
Gráfica Integral
correo-e: altunar@uolsinectis.com.ar

Revista Propiedad de la
Fundación para Estudios
e Investigación de la Mujer
Paraná 135, 13, Capital Federal
Registro Nac. de la Prop. Intelectual
Nº 326.301

Año XII • Número 1
Marzo 2004 • Argentina

Revista de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer

Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

INDICE

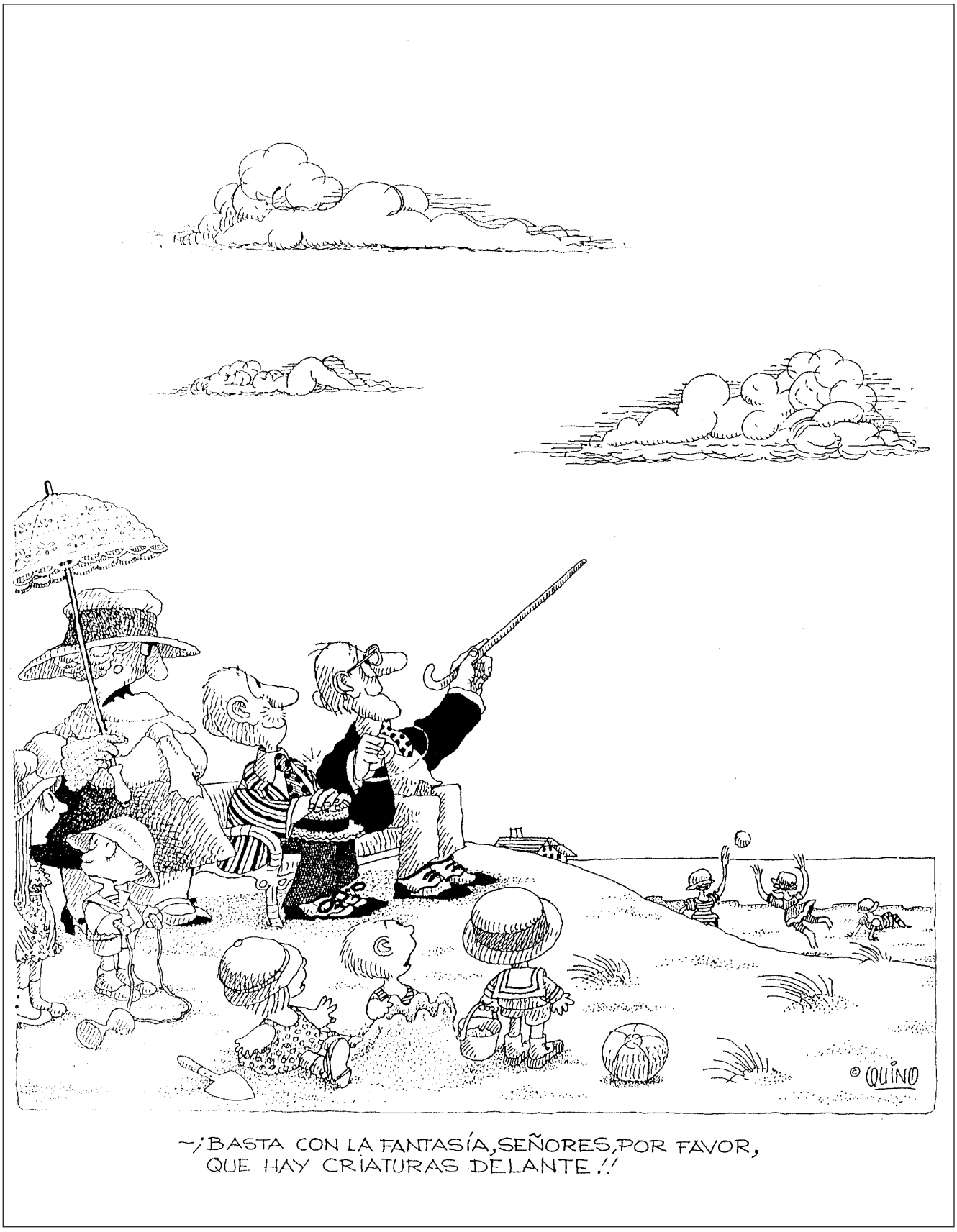
EDITORIAL
– "A dos años de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el SIDA" 3

TRABAJOS
– "Derechos sexuales y reproductivos en la era del VIH/SIDA", por Dra. Nafis Sadik 5
– "Prevención y tratamiento del VIH/SIDA: el papel de las vacunas", por Dr. Jean-Lous Excler 25
– "Panorama del VIH/SIDA en América Latina", por Dra. Mabel Bianco 27

COMUNICACIONES
– "Comparación del genérico Indinavir (INHIBISAN) con el producto original Crixivan", por Zala, C.; Alexander C.S.; Ochoa, C.; Gullemi, S.; Ting, L.S.; Asselin, J.J.; Cahn, P. y Montaner, J.S. 4

TEMA ESPECIAL: PRESERVATIVO VERSUS SOLO ABSTINENCIA
– "El programa Brasileño de SIDA contesta a las declaraciones de la Iglesia sobre la ineficacia del preservativo", por Alejandro Grangeiro 10
– "Preservativo masculino: actualización bibliográfica". Ministerio de Salud - CONASIDA 2003 11
– "La abstinencia se globaliza: los Estados Unidos y los derechos Humanos", por Cynthia Rothschild 14
– "Desolador diagnóstico sobre el Estado Mundial del SIDA" 17
– "La Santa Sede en las Naciones Unidas declara sobre el VIH/SIDA" 18
– "No le digan al Papa", por Nicholas D. Kristof 19
– "La iniciativa de Bush para combatir el SIDA", Editorial New York Times 21
– "Diafragma: de anticoncepción a la prevención del VIH", por Kristen Kresge 22

HUMOR
– Quino 2
– Sendra 16, 20, 23



© Joaquín S. Lavado - Quino - Publicado con autorización del autor

"A DOS AÑOS DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA"

A más de 20 años de iniciada la epidemia, todavía falta mucho para controlarla. El todavía elevado número de nuevas infecciones que ocurren por año es una prueba de ello. La mayor demostración del fracaso en el control de la epidemia son los jóvenes entre 15 y 24 años de edad que se infectan cada año. Ellos son los más afectados, especialmente las mujeres. El llamado efectuado por Kofi Annan, Secretario General de Naciones Unidas en Junio 2001, culminó con la "Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA", que los jefes de Estado de todos los países del mundo o sus representantes firmaron. Esta comprendió un programa de acción con metas a cumplir a los dos, cinco y diez años. En el 2003 reunidos para examinar los logros a dos años, el resultado fue tan pobre que Kofi Annan expresó su desilusión por la falta de cumplimiento de los compromisos asumidos.

*Con preocupación vemos que se vuelve a cuestionar la eficacia del por ahora único método de prevención efectivo: el preservativo. Se insiste en jerarquizar "**solo abstinencia**" como el único método de prevención a difundir entre los adolescentes y jóvenes, impidiéndoles conocer y acceder a los preservativos cuando no quieren o no pueden abstenerse de tener relaciones sexuales. En estos casos las mujeres son las más perjudicadas, porque ellas tendrán aún menos posibilidades de protegerse cuando sean forzadas a tener relaciones sexuales o no puedan reclamarles a sus compañeros el uso del preservativo.*

*Por otra parte, la urgencia porque las personas viviendo con VIH/SIDA tengan acceso al tratamiento llevó a la Organización Mundial de la Salud a lanzar su plan **"3 por 5": 3 millones bajo tratamiento en el año 2005.** Para lograrlo la OMS propone aumentar los estudios serológicos para detectar a quienes viven con el VIH. En ese afán, se promueve el estudio de millones de personas para detectar el número necesario de infectados para cubrir la meta. Si bien este objetivo es positivo, sin embargo su implementación puede implicar se afecten los Derechos Humanos de las personas, especialmente las PVVS porque no se les ofrezca el test con el adecuado aconsejamiento individual pre y post-test, ni se modifiquen las condiciones de discriminación actuales que en muchos países constituyen un grave riesgo para las personas detectadas. Además, aún todos los países no garantizan el tratamiento de quienes lo necesitan, el aumento de la detección de los infectados sin esta garantía terapéutica no puede hoy aceptarse. Es por eso que algunos tenemos una gran preocupación que esto no signifique un avance, sino tal vez un retroceso.*

*Cada minuto que perdemos en aplicar medidas de prevención efectivas se infectan miles de mujeres y hombres entre 15 y 24 años de edad en todo el mundo. **Gobiernos y comunidades deben superar fundamentalismos de todo tipo para lograr controlar la epidemia, sin comprometer los Derechos Humanos de las personas**.*

Buenos Aires, Marzo 2004

Mabel Bianco, MD, MPH
Directora Comité Editorial

COMPARACIÓN DEL GENÉRICO INDINAVIR (INHIBISAN) CON EL PRODUCTO ORIGINAL CRIXIVAN[1]

por Zala C., Alexander C. S., Ochoa C., Gullemi S., Ting L.S., Asselin J.J., Cahn P.[2], y G. Montaner J. S. [3]

Los estudios de la eficacia de los medicamentos genéricos son imprescindibles para asegurar la calidad y disipar todas las dudas tanto de las PVVS como de los profesionales que los tratan.

El uso de medicamentos genéricos, incluidos los antiretrovirales, está aumentando en los países de bajos o escasos recursos. Frecuentemente se carece de pruebas independientes confiables sobre la farmacocinética, la seguridad y la eficacia de las mismas. En este estudio cruzado, se compararon el detalle de 12 horas en estado estacionario de las personas expuestas al Indinavir (IDV), obtenido de una fórmula genérica (Inhibisan) ampliamente usada en la Argentina, con el de las personas expuestas el Indinavir original (Crixivan) o de marca, de manera de determinar si las dos fórmulas producen una exposición similar.

Se obtuvieron los perfiles farmacocinéticos de estado estacionario de 10 pacientes que recibían un régimen consistente en dos tomas diarias de nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa (NRTI) más IDV/ritonavir(RTV) (800mg/100mg). Inicialmente se prescribió a cinco pacientes con IDV genérico –INHIBISAN– mientras que otros cinco recibieron la droga original Crixivan. Se extrajeron muestras de sangre inmediatamente antes de la dosis de IDV original/RTV de la mañana, y luego se extraían muestras a: la media hora, a una hora, dos, cuatro, seis, ocho, diez y doce horas posteriores a la ingesta. A los mismos pacientes luego se les cambió la medicación por la fórmula alternativa de IDV –INHIBISAN- y se reevaluó la farmacocinética de la misma manera. Las concentraciones plasmáticas de IDV se determinaron a través de un ensayo validado que utiliza cromatografía líquida de alta precisión acoplada con espectometría de masa en tandem. Los parámetros farmacocinéticos (Ctrough [12 horas después de la dosis], Cmax, AUC), se compararon por medio de métodos paramétricos y no paramétricos.

Parámetro farmacocinético	INHIBISAM	CRIXIVAN	p-valor t-test apareado
Ctrough (ng/ml)	1,383	1,007	0,07
Cmax (ng/ml)	7,534	7,896	0,78
AUC (ngh/ml)	50,630	42,635	0,31

Se realizaron 20 evaluaciones en los 10 pacientes. Todos habían completado más de 24 semanas de terapia combinada exitosa (carga viral plasmática menor a 50 copias/ml). La Ctrough, la Cmax, y AUC del IDV no fueron significativamente diferentes para las dos fuentes de IDV: la original y la genérica. La carga viral permaneció en menos de 50 copias/ml en la segunda evaluación de la farmacocinética en todos los pacientes.◆

[1] **Poster presentado en la 11 Conferencia en Retrovirus e Infecciones Oportunistas , Febrero 2004, San Francisco.**

[2] **Profesionales médicos de la Fundación Huésped**

[3] **Médico del Centro por la excelencia en VIH/SIDA de British Columbia, Canadá.**

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA ERA DEL VIH/SIDA[1]

Dra. Nafis Sadik[2]

La feminización y pauperización de la epidemia de VIH/SIDA obliga a buscar estrategias urgentes para detener la diseminación de la infección entre las mujeres.
La inequidad de género y socioeconómica, así como la falta de acciones políticas concretas que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las personas, especialmente las mujeres, son los principales factores que alimentan la epidemia en las mujeres.

Ante todo quiero expresar que hoy garantizar los derechos reproductivos de las mujeres es más importante que nunca. También considero que para hacer realidad los derechos reproductivos necesitamos de la cooperación internacional más que nunca. Necesitamos una fuerte cooperación entre los países de la región, y necesitamos de las Naciones Unidas con su particular proceso de resolver diferencias y construir consensos.

Contribuiré a la discusión con tres puntos:

– **Primero**: en América Latina y el Caribe, las grandes amenazas a la seguridad, al desarrollo y la paz son la extrema pobreza en un mundo de enorme riqueza, y la inequidad, incluida la inequidad entre hombres y mujeres. El VIH/SIDA refuerza esto.
– **Segundo**: ningún país o grupo de países puede resolver estos problemas unilateralmente. El éxito requiere de un esfuerzo y compromiso conjunto y global.
– **Tercero**: Finalmente garantizar los derechos reproductivos es clave para la igualdad de las mujeres. Es un paso fundamental para terminar con la pandemia de VIH/SIDA, con la pobreza y construir mundialmente una comunidad pacífica.

En 1990, a través de una serie de discusiones internacionales, las Naciones Unidas desarrolló una agenda para el desarrollo social en el Siglo XXI. El concepto de los derechos reproductivos fue una contribución de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, y la IV Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing en 1995 lo reforzó y aplicó a las mujeres. La salud reproductiva como derecho humano es un objetivo práctico, no un sueño fantástico. Cuando me incorporé al UNFPA en 1970, la cuestión de la población era tan sensible que los países apenas podían acordar su discusión. Sin embargo, el mundo llegó a un consenso sobre población en 1974, que creció, se fortaleció y profundizó con los años. En 1994 los países acordaron una Plataforma de Acción, que casi diez años después es la base de acción para todo el mundo. Dado el punto inicial, el consenso sobre los derechos y salud reproductiva es un gran éxito del proceso de las Naciones Unidas.

El VIH/SIDA: una amenaza a los derechos reproductivos

Hemos recorrido un largo camino, pero aún nos falta. Tenemos nuevos desafíos en los derechos reproductivos, de los cuales el más serio es la pandemia del VIH/SIDA. Cada minuto se producen alrededor de 10 nuevas infecciones en el mundo, 14.000 hombres, mujeres y niños por día. Tres millones de personas murieron de SIDA el último año, 95% de ellas viven en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe más de dos millones de personas viven con el VIH/SIDA, incluidas las 29.000 que se infectaron el último año. En el 2003 murieron 106.000 personas a causa del SIDA en la región. El VIH/SIDA ha destruido familias y comunidades, tiene el poder de destruir países enteros.

En la mayoría de los países latinoamericanos, el VIH/SIDA se concentra entre los usuarios de drogas

[1] **Presentación en el Seminario sobre Desarrollo y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe Hispano Parlante. Bogotá, Colombia, 23/25 Noviembre 2003**

[2] **Enviada especial del Secretario General de Naciones Unidas para el VIH/SIDA en Asia y el Pacífico.**

intravenosas y en hombres que tienen sexo con hombres. Se disemina a las mujeres a través de contacto heterosexual. Sin embargo en el Caribe no es así, el contacto heterosexual, a veces a través del trabajo sexual, es la principal vía de transmisión. Pero debo enfatizar que tanto en América Latina como en el Caribe la epidemia se caracteriza por la transmisión heterosexual. La tendencia es la feminización y pauperización del VIH, con los jóvenes representando la mayor parte de las nuevas infecciones.

En Colombia desde 1983 hasta junio de 2002 se registraron 37.595 enfermos de SIDA. El 83,2% de los enfermos notificados al Instituto Nacional de Salud son hombres. Como causa de muerte el SIDA pasó del lugar 97 en 1991 al 29 en 1998. El Ministerio de Salud estima que entre 140.000 y 173.000 personas viven en la actualidad con VIH/SIDA. La prevalencia en la población entre los 15 y 49 años es de 0,4%. De acuerdo a las estimaciones de 2002, el 77% de los enfermos se deben a la transmisión sexual, 2% a la transmisión madre a hijo, 1% debido a causas relacionadas con la transmisión sanguínea, y 20% a causas desconocidas. En los últimos 10 años el patrón predominante de transmisión sexual ha cambiado significativamente. Una creciente proporción de enfermos se deben a la transmisión heterosexual, alrededor del 50% de los nuevos infectados.

Confrontando algunos hechos

No hay curación para el VIH/SIDA y tampoco aún una vacuna. Las drogas para el tratamiento están fuera del alcance de la mayoría de las mujeres, y dentro de la escala necesaria están fuera del alcance de los servicios de salud gubernamentales. Para decirlo sencillamente, **en la mayoría de nuestros países no existe un mecanismo médico eficaz para detener la pandemia.** Los países de América Latina y del Caribe tienen la fortuna de que aún las tasas de infección son relativamente bajas. Sin embargo en algunos países ya hay epidemias graves con tasas de infección mucho más altas. En algunos otros la epidemia está pasando de los grupos de alto riesgo a la comunidad más amplia. **El único remedio es prevenir la diseminación de la infección por VIH, y eso reclama un cambio social. Esto debería llevar a nuevos ímpetus, a esfuerzos de educación, empoderamiento y equidad para las mujeres. No son las mujeres las que están diseminando la infección por VIH en la región, sino los hombres.** Entre los grupos de alto riesgo: usuarios de drogas intravenosas, personas con múltiples parejas sexuales, mismos contactos sexuales, los hombres son la gran mayoría. Los hombres, no las mujeres, son la conexión con la población general. Por supuesto las trabajadoras sexuales están dentro de la categoría de alto riesgo, pero ellas existen debido a la demanda de los hombres, no de las mujeres.

Permítanme aclarar que no estoy culpando a los hombres por la diseminación del VIH/SIDA. No creo que pedir únicamente el cambio de conducta de los hombres pueda lograr cambiar la situación. Debe haber un movimiento paralelo y positivo hacia el empoderamiento y la equidad de las mujeres, especialmente las jóvenes, casadas o no. La información y los servicios deben estar disponibles y todas las mujeres deben tener acceso a ellos. Este es un objetivo realista y los programas de prevención exitosos están dirigiéndose en esta dirección.

Estrategias exitosas

Podemos distinguir algunos elementos comunes en una estrategia de prevención exitosa, por ejemplo en Brasil y Uganda. **Primero**, los programas exitosos alcanzan los grupos mas vulnerables. Los decisores políticos y los proveedores de servicios no hacen juicios morales, sólo reconocen cómo intervienen los grupos de mayor riesgo en la diseminación del VIH, y tratan de mitigarlo. Por ejemplo: establecen el intercambio de jeringas y agujas para los usuarios de drogas intravenosas y distribuyen preservativos ampliamente.

Segundo, los programas exitosos trabajan para remover el estigma y la discriminación asociada al VIH/SIDA. Encontramos en muy diferentes comunidades que la asociación con grupos de alto riesgo afecta a todas las personas infectadas, incluso a mujeres casadas cuyo único contacto sexual a través de sus vidas fue con sus maridos. Es altamente trágico e irónico que jóvenes mujeres inocentes acarreen no sólo una infección, sino además la condena moral que ello implica.

Tercero, los programas exitosos promueven y apoyan el poder de las mujeres para hablar y tomar sus propias decisiones. Los programas exitosos encuentran maneras para que las mujeres jóvenes puedan defenderse de la depredación sexual de hombres mayores. Las empodera para que rehusen las relaciones sexuales no deseadas, hacen que los preservativos estén ampliamente disponibles y demandan que los hombres los utilicen. **Pero lo más importante: los programas exitosos abren la mentalidad de las personas, abrir la discusión derrumba mitos y preconceptos. Cuarto**, los países que han tenido éxito en la lucha contra el SIDA lo han considerado prioritario en sus agendas. Han conseguido recursos y han buscado apoyo de la

comunidad internacional y de las fundaciones privadas internacionales.

Finalmente, los programas exitosos demuestran coraje y liderazgo, una voluntad para confrontar temas sensibles, como las drogas, la prostitución, la homosexualidad y las relaciones sexuales en la adolescencia. **En Uganda el mensaje que el presidente Museveni llevó a su gente es que cualquiera *es* vulnerable. El VIH/SIDA no es un castigo por un pecado. Le puede ocurrir a cualquiera, en cualquier lugar.** Todos deben comprender la importancia de la responsabilidad, de protegerse a si mismos y a aquellos que aman. Las mujeres deben poder rehusar el contacto sexual, incluso con sus maridos si fuera necesario. Los hombres deben revisar sus conductas, y si es necesario cambiarlas. El informe más reciente de ONUSIDA confirma que el VIH/SIDA en Uganda continúa retrocediendo. De una prevalencia de 30% una década atrás, actualmente en Kampala la prevalencia es 8%.

El sexo y la sexualidad son asuntos privados, y no es fácil entablar una discusión pública en términos objetivos, especialmente cuando se trata de personas jóvenes. Pero los países y las comunidades tienen que encontrar una forma. Las costumbres sexuales están cambiando en muchos países: más jóvenes viven sin sus familias, más jóvenes viven en ciudades, y más jóvenes mujeres entran en el mercado laboral urbano, abandonando sus roles tradicionales y limitaciones tradicionales. La mitad de las nuevas infecciones por VIH ocurren en el grupo entre los 15 y 24 años. Como las investigaciones crecientemente demuestran, la tradición no protege a las jóvenes mujeres que permanecen dentro de los límites del matrimonio o de la relación estable. La fidelidad hacia la pareja contribuye en la protección de hombres y mujeres, pero debemos ser realistas. Los hombres pueden ya estar infectados cuando se casan, o pueden adquirir la infección fuera del matrimonio. Las mujeres casadas o no, tienen que tener el poder de protegerse.

Cuando los líderes respetados rehusan reconocer la realidad, los resultados son muy peligrosos para las mujeres. Por ejemplo, el Presidente de la Pontificia Comisión de Familia, Cardenal José López Trujillo, recientemente afirmó que el VIH puede atravesar los preservativos de látex. Su posición es que los preservativos son inseguros y no deberían usarse. Esta es su posición y presumiblemente la de la Iglesia, dado que nadie lo corrigió o desmintió. **No hay ninguna base científica para dicha aseveración, como la OPS y ONUSIDA rápidamente apuntaron. De hecho científicamente se constató que el uso responsable y regular de los preservativos frena la diseminación del virus de SIDA, así como previene embarazos no buscados.** Pero no se termina con la ideología. Esto es muy grave y tiene consecuencias muy serias, por ejemplo: **en El Salvador los preservativos tendrán que llevar de ahora en más una etiqueta que diga que no protegen contra la transmisión del VIH. Cada uno/a tiene derecho a tener sus propias creencias, pero a causa de la ideología las personas influyentes no pueden hacer afirmaciones absurdas sobre hechos científicamente comprobados, ni deberían usar su influencia para poner en riesgo la vida de las mujeres.** En mis misiones como Enviada Especial por el VIH/SIDA del Asia y el Pacífico encontré que algunas personas se oponen a cualquier discusión abierta sobre el VIH/SIDA, o cualquier información especial sobre los servicios para aquellos con mayor riesgo, incluidos los jóvenes. Estas personas dicen estar protegiendo valores culturales.

No comprendo este afán de convertir una crisis social en un asunto cultural. Por supuesto, prevenir infecciones implica que los jóvenes tomen sus propias elecciones. Implica permitir que las mujeres elijan su pareja. Cierto tipo de cultura conservadora puede considerar esto como amenazante, porque implica que las tradiciones deben cambiar. Pero la sociedad tradicional ya está cambiando, hay que ver si el cambio es positivo o negativo. **La tradición puede ser valiosa pero también puede ser una trampa para las mujeres. No confundamos tradición con opresión.** Creo que con buena voluntad, buena fe y liderazgo, todas las sociedades pueden afrontar las complejidades de la prevención del VIH/SIDA. **La marca de una cultura vibrante es su habilidad para adaptarse a la crisis.** Eso es lo que observamos en los países y culturas que enfrentaron el VIH/SIDA. Tenemos excelentes ejemplos de líderes religiosos y culturales que fueron parte de las campañas nacionales.

Conclusión

Permítanme contribuir con tres propuestas de acción: **Primero:** que las ONGs internacionales en desarrollo y organización dentro de la región aborden y respalden explícitamente el tema de los derechos reproductivos, como se estableció en la Conferencia Internacional sobre Desarrollo y Población en 1994. Saber que no están solas fortalece mucho a las mujeres, y espero que fortalezca a los líderes nacionales a resolver.

Segundo: que todos los países presionen para incluir los objetivos de la salud reproductiva, de hecho los objetivos del Cairo y Beijing, en las Metas de Desarrollo del Milenio acordadas en 2000. **Nuestros**

líderes tienen que saber que no pueden reducir la pobreza a la mitad sin equidad para las mujeres.

Tercero: el VIH/SIDA es una amenaza global. Las mujeres de Latinoamérica y el Caribe necesitan apoyo y recursos de todos los países para revertirlo.

Hasta ahora la respuesta de la comunidad internacional hacia el SIDA ha sido tibia. En Botswana un adolescente tiene 80% de probabilidades de infectarse con el VIH al igual que una mujer de 30 años. ¿Tendrá que haber cien países como Botswana antes de que el mundo tome conciencia del VIH/SIDA? En la CIPD de 1994, y luego en 1999, los países acordaron que la salud sexual y reproductiva era un derecho humano. Acordaron comprometer los recursos necesarios para la salud reproductiva de las mujeres, empoderamiento y equidad. **Todavía estamos esperando que esto ocurra**. ◆

PROSTITUCIÓN INFANTIL EN RÍO CUARTO[1]

"*Mi mamá ayer me sacó*". "*Como el bebé no está a nombre de él, lo borraron del Plan Jefes y tuve que volver a salir*". "*Yo tengo una amiga a la que la obligan a hacer el sexo oral*". Quienes hablan son nenas, de entre 11 y 17 años, que ejercen la prostitución en Río Cuarto, Córdoba. La asociación civil Ángel, que desde hace tres años se ocupa de la problemática, estima que más de 300 niñas son explotadas sexualmente en la ciudad. Zulema Ferrero, fundadora de la organización, realizó rondas durante más de seis meses para diagnosticar la situación y determinar quiénes son los que usan a las niñas. **Son hombres de 45 ó 50 años, de un sector social medio alto.**

Los únicos límites a esta violación de los derechos humanos parecen ser el precio y el horario. "*Habría una suerte de código, establecido por las prostitutas adultas, que les impide a las menores cobrar más de cinco pesos o trabajar más allá de las 12 de la noche. Siempre trabajamos en lo social, pero veíamos que por las niñas no se hacía nada. Las granjas, talleres, son para sacar a niños de la calle. Tal vez porque el varón es violento, es más peligroso para la sociedad, sale a delinquir, se arma, mata. Salvo casos excepcionales, la niña no. La mujer ejerce violencia pero contra sí misma. Se prostituye y nadie se ocupaba de eso*", señala Ferrero.

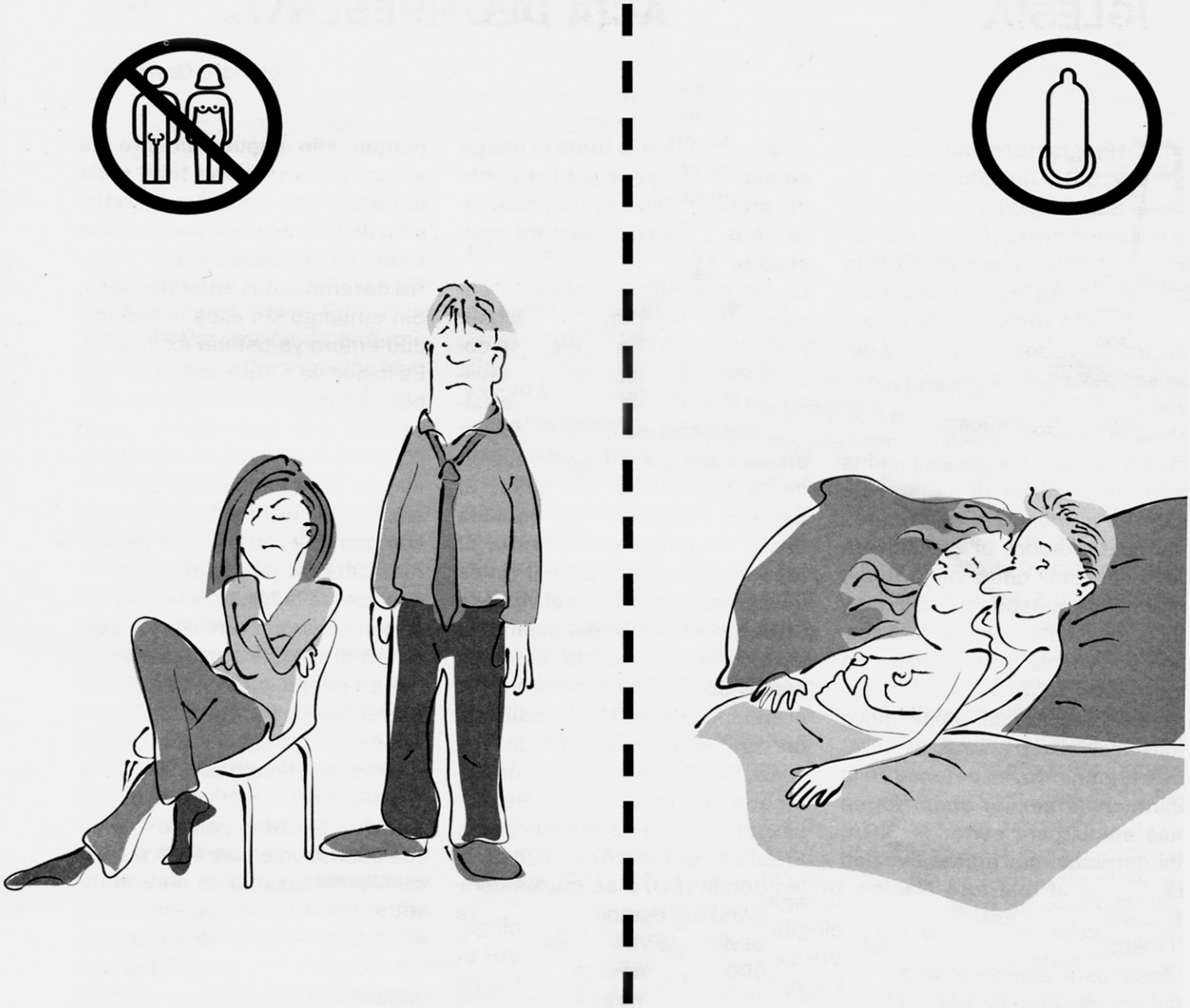
Los impulsores del proyecto Ángel detectaron a una nena de 8 años que era obligada a ejercer la prostitución. Al final se la pudo alejar de la madre. Le había conculcado todos los derechos, estaba indocumentada, jamás había ido al colegio. No sabía lo que era dormir en una camita limpia, compartir un cumpleaños. Muchas de estas chicas son sostenedoras de familia, dice Ferrero.

Los directivos de Ángel enfatizan la necesidad de apuntar a quienes constituyen la demanda de prostitución infantil, a los clientes. Explican que los niños no se ven en la calle o en la ruta porque los negocios se hacen entre adultos. Hay una demanda muy bien informada, acostumbrada en muchos años de impunidad. La Policía lleva en redadas a las niñas pero es cómplice de la demanda. Entre los clientes hay políticos, jueces, abogados, médicos y curas. La Justicia parece mirar para otro lado, dicen que no se puede hacer nada o, si hace algo, no tienen dónde poner a las niñas, denuncia Ferrero. Las prostitutas mayores revelan que las niñas son muy pedidas ya que no usan profilácticos. La fundadora de Ángel testimonia: "*Como ando por la noche, la otra vez frente a la terminal, en un taxi, veo a un hombre que habla con una mujer y después alza dos nenas. Lo paré y le dije que estaba llevando menores. Se me rió.*" Ferrero cree que la Justicia revictimiza a las pequeñas.

Después de tener que contar y denunciar todo, como no tienen dónde ponerlas, las devuelven otra vez con la madre que normalmente es la que las explota. La madre la echa de casa. La niña termina en la calle o golpeada, relata con impotencia.

---

[1] Información publicada en el diario "La voz del Interior", Córdoba el 16 de enero 2004, y difundida por RIMA- Red Informativa de Mujeres de Argentina.



> Tema Especial:

PRESERVATIVO versus SOLO ABSTINENCIA

BRASIL CONTESTA LAS DECLARACIONES DE LA IGLESIA SOBRE INEFICACIA DEL PRESERVATIVO[1]

Alejandro Grangeiro[2]

El Programa Nacional de ETS y SIDA del Ministerio de Salud repudia públicamente la actitud irresponsable del Vaticano y del ala conservadora de la Iglesia Católica, que una vez más, y sin ningún respaldo científico, lanzan dudas sobre la eficacia del preservativo como barrera para la transmisión del VIH. En la misma semana en que ONUSIDA –organización de las Naciones Unidas para las políticas de control de SIDA en el mundo- divulga datos alarmantes sobre el crecimiento de la epidemia entre los jóvenes, informando que cada 14 segundos un adolescente contrae la infección por VIH, la Iglesia presta un "falso servicio" al mundo afirmando que los poros del preservativo son mayores que el virus de SIDA.

Este argumento, en defensa de la abstinencia sexual como forma más eficaz para evitar el SIDA, fue derribado por primera vez en 1992, por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos. El instituto realizó pruebas específicas para examinar la porosidad del látex usado para la fabricación del preservativo, que fue ampliado dos mil veces y observado bajo un microscopio electrónico. **No se encontró ningún poro**.

Otro estudio examinó las 40 marcas de preservativos comercializadas en todo el mundo, ampliándolas 30 mil veces, la misma ampliación que posibilita la visión del VIH. Y tampoco se encontró ningún poro. **Por lo tanto el riesgo de que el VIH pase por los poros del preservativo es prácticamente cero. No existe barrera más segura.**

Un estudio más reciente efectuado por la Universidad de Wiscosin (EEUU) demuestra que el uso correcto y sistemático del preservativo en todas las relaciones sexuales presenta una efectividad por encima del 95% en la prevención de la transmisión del virus. **El estudio concluyó que, incluso usado en forma inconstante, el preservativo ofrece 10 mil veces más protección contra el virus de SIDA que el no uso del mismo.**

El dato más convincente sobre la efectividad del preservativo en la prevención del SIDA fue realizado por la científica Isabelle de Vincenzi, del Centro de Estudios Europeos de Transmisión Heterosexual, en siete países europeos. El estudio se realizó con 124 parejas donde uno/a de los/as compañeros/as estaba infectado/a por el virus de VIH y el otro no. **En 15.000 relaciones sexuales, tanto vaginales como anales, no hubo ningún caso de transmisión de VIH de hombre a la mujer.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de preservativo como "única práctica efectiva en la defensa contra el SIDA transmitido sexualmente". Esa posición fue ratificada en un documento oficial publicado en Internet en junio de 2000, donde la OMS reafirmó que el preservativo masculino es el único método comprobado que reduce el riesgo de todas las infecciones transmisibles sexualmente, inclusive el VIH. **Dejar de usar el preservativo porque ello supuestamente no ofrece una seguridad total sería lo mismo que defender la extinción de las vacunas, porque ellas tampoco inmunizan el 100% contra determinadas enfermedades**. Sin embargo sin ellas la humanidad entera ya estaría extinguida. Es lo que va a suceder con Africa, por ejemplo, si políticas de prevención y tratamiento no fueran puestas en práctica inmediatamente, para contener la transmisión del virus del SIDA, que ya compromete, en algunos países, más del 50% de la población.

El papel de la Iglesia es actuar en el campo moral y religioso, pero no en el científico. No puede poner en riesgo los avances obtenidos en la lucha contra el SIDA, que no es una tragedia aún mayor debido al estímulo del uso consistente del preservativo en los países que ejecutan políticas de salud pública volcadas en la prevención, y no solamente en el tratamiento. Es el caso de Brasil, que ha conseguido grandes éxitos en el control de la epidemia y cuyo modelo adoptado es ejemplo para todo el mundo.

Tenemos que recordar que todavía la vacuna contra el SIDA está lejos de ser descubierta. No se puede proponer la abstinencia sexual en el mundo dado que eso no sucede. Es preciso encarar sin ningún preconcepto o juicio de valor la realidad del comportamiento sexual de las personas. De lo contrario, cualquier institución que hable contra el uso del preservativo como forma eficaz de prevención debe asumir la responsabilidad de estar poniendo en riesgo la supervivencia de la humanidad.

---

[1] **Nota Oficial del Programa Nacional de DST/SIDA de Brasil del 10 de Octubre de 2003.**

[2] **Director del Programa Nacional de ITS/SIDA del Ministerio de Salud de Brasil.**

PRESERVATIVO MASCULINO. ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Documento elaborado por el Ministerio de Salud, Comisión Nacional de SIDA de Chile. CONASIDA 2003

Instituciones como el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH), Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Mundial contra el SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA) recomiendan el uso sistemático y correcto del preservativo como una medida de Salud Pública preventiva y efectiva frente a la transmisión de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y el VIH/SIDA. Los múltiples estudios epidemiológicos han brindado sólida y consistente información sobre la efectividad de los preservativos. **Es deber del Estado, al igual que han hecho renombradas instituciones de la Salud Pública a nivel mundial, incorporar el preservativo entre las medidas efectivas y validadas en la prevención de las ETS y VIH/SIDA. También es deber del Estado poner a disposición de la población toda la información científicamente avalada y disponible y facilitar el acceso a ella.**

La prevención primaria de las ETS y VIH/SIDA es una importante prioridad en Salud Pública. Las personas afectadas por ETS, especialmente úlceras genitales, tienen una probabilidad dos a siete veces mayor de infectarse con VIH que quienes no tienen ETS. Por lo tanto, las estrategias de diagnóstico y tratamiento de las ETS son acciones preventivas del VIH/SIDA.

Eficacia del preservativo

a. Estudios de Eficacia:

En el caso del VIH y por su condición de mayor letalidad que otras ETS, **se han realizado investigaciones muy rigurosas que han demostrado que el uso constante del preservativo es altamente efectivo en la prevención de la transmisión del virus**[1]. Un estudio realizado por el CDC de Estados Unidos implicó seguimiento por dos años a parejas serodiscordantes, es decir, parejas en las cuales una persona está infectada y la otra no, lo que significa una exposición sexual regular al VIH. Los resultados mostraron que en las parejas que usaron correctamente el preservativo, no hubo ninguna persona infectada.[2] En Julio de 2001, el NIH presentó un informe sobre la alta efectividad del preservativo, en el que participaron otras entidades como el CDC, FDA y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).[3]

Los datos más consistentes provienen de estudios científicos prospectivos de parejas serodiscordantes. Se destacan tres estudios, todos ellos en parejas heterosexuales serodiscordantes en las cuales se estudió el uso del preservativo y la seroconversión a VIH. (Tabla 1)

1. El primero es un estudio realizado en Italia, que consistió en el seguimiento durante 24 meses a 305 parejas (mujeres seronegativas, hombres seropositivos). En esta investigación, la transmisión del VIH hacia la mujer fue de 1.7% entre las parejas que usaron preservativo en todas sus relaciones sexuales y 10.1% en aquellas que reportaron no usarlo.[4]
2. El segundo estudio es uno longitudinal realizado en diferentes países europeos, con seguimiento de 20 meses. De las 256 parejas encuestadas y sometidas a examen de detección de VIH, **sólo 124 usaron condones de manera sistemática, entre las cuales ninguna pareja seronegativa adquirió el virus, a pesar de haberse registrado un total de 15.000 relaciones sexuales**.
3. El tercer estudio se realizó en Haití, los resultados muestran que hubo 2,4% de transmisión entre las parejas que usaron siempre el condón, comparado con 6.8% de seroconversión entre aquellas que lo usaron en forma inconsistente o nunca.

Un meta-análisis de 25 estudios en parejas heterosexuales discordantes encontró que la efectividad del preservativo en reducir la transmisión heterosexual de VIH puede ir desde 60% a 96%, con un promedio de 87%. Entre las personas que usaron siempre preservativo la incidencia estimada de VIH desde 12 estudios fue 0.9 seroconvertidos por 100 años-personas. Sin embargo, entre quienes nunca lo

Cuadro 1. Eficacia del preservativo en la prevención del VIH en estudios prospectivos de parejas serodiscordantes.

Estudios	Nº de Parejas que permanecen sexualmente activas	% de no infectados en usuarios consistentes (eficacia)
1. Saracco	305	98.3
2. De Vincenzi	256	100.0
3. Deschamps	177	97.6

usaron la incidencia alcanzada fue de 6.7 seroconvertidos por 100 años-personas[5].

La alta eficacia del preservativo demostrada en la gran mayoría de los estudios existentes, avala su incorporación como una medida de Salud Pública, que aunque no anula la posibilidad de transmisión del VIH, lo reduce considerablemente, y este sólo hecho lo justifica como una estrategia preventiva.

b. Calidad de los preservativos: Internacionalmente existen lineamientos para el control de calidad y seguridad de los preservativos. Tres grandes organizaciones han establecido normas de fabricación de preservativos: la Organización Internacional de Normalización (ISO), el Comité Europeo de Normalización (CEN) y la Sociedad Americana de Pruebas y Materiales (ASTM)[6]. **La Food and Drug Administration (FDA) concluye que el preservativo puede reducir en diez mil veces la transferencia de fluidos, por lo cual disminuye significativamente el riesgo de la transmisión del VIH.**[7,8,9] Los preservativos de látex no presentan poros en forma natural, pero eventualmente por defectos en la manufactura se pueden producir pequeños orificios microscópicos con un tamaño máximo de 30 nanómetros y que se pueden evitar con el control de calidad existente. **El virus VIH mide 100 nanómetros, siendo de mayor tamaño que las partículas de agua y de aire las cuales son empleadas en el control de calidad.** Por lo tanto, bien utilizado no debe permitir el paso de este virus y/o otros agentes causantes de algunas ETS. La posibilidad de ruptura de los preservativos es de 0.5% en uso vaginal y 5-10% en uso anal y esta ruptura se asocia básicamente a la inexperiencia en el uso y manipulación inadecuada.[10]

c. Aprendizaje, experiencia de uso:
La eficacia del preservativo en la prevención de VIH requiere la educación y entrenamiento en el uso de éste, dado que en el uso o efectividad es donde se generan los mayores errores. Es decir, podemos lograr niveles mayores de protección frente a ETS incluido el VIH/SIDA, además de la prevención de embarazos, al mejorar la técnica de uso del condón.

Es importante recordar que existe una diferencia entre la eficacia del método y la del uso del método o también llamada efectividad. La eficacia del método es la obtenida por el uso del preservativo en forma correcta y sistemática, es decir, el uso perfecto, por lo tanto, considera sólo las fallas técnicas. La eficacia del uso o efectividad, es cuando se utiliza en la práctica diaria o habitual, considerando las fallas técnicas y los errores humanos en el uso sistemático y correcto. Un ejemplo de ello es, que la eficacia del preservativo como método anticonceptivo es de 0.4 a 1.4 embarazos por cada 100 parejas por año de uso, pero la efectividad es de 10 a 15 embarazos por cada 100 parejas por años de uso.[11,12]
El mayor porcentaje de fallas se deben a errores del usuario, por ejemplo, la utilización de lubricantes oleosos o la exposición a temperaturas elevadas o exceso de humedad. Otra de las principales causas de ruptura de los preservativos es la permanencia de aire dentro del mismo lo cual conduce al rompimiento de este por el movimiento producido en el acto sexual.[13] También es importante la no retirada adecuada del hombre después de la eyaculación, donde se puede producir el deslizamiento del preservativo con la consiguiente salida del semen. Existen múltiples factores de riesgo que están asociados al uso correcto del preservativo, entre ellos uno de los más importantes es el uso de drogas y alcohol por parte de la población, situación en la cual se pierde el control adecuado de las acciones[14,15,16].

Bibliografía

1 http://www.cdc.gov/spanish/vih/pubs/facts/condoms.htm
2 CDC, 1999.Condoms and their use in preventing HIV infection

and others STDs. Atlanta, GA: Author.

3 http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3323101.html.

4 Saracco A et al. Man to woman sexual transmission of HIV: Longitudinal study of 343 steady partners of infected men. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 1993; 6:497-502.

5 NIH, 2001

6 http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sh9/h9chap4_4.shtml

7 http://geosalud.com/Salud%20Reproductiva/condon.htm

8 http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/condon.htm

9 http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/el_condon/el_condon.html).

10 http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/condon.htm.

11 http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sh9/h9chap4.shtml

12 http://www.monografias.com/trabajos/condon/condon.shtml

13 http://geosalud.com/sida/riesgosida.htm

14 Karen R. et al. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmissión of HIV. Family Planning Perspectives. 1999. Vol31(6).Nov/Dec.

15 Weller and Davis, Condoms effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. Cochrane Database Syst. Rev. 2002 (1): CD003255.

16 http://www.iglesianavarra.org/hemeroteca/20020129.htm

ESTADOS UNIDOS Y LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Dra. Mabel Bianco[1]

Ante la nota publicada el 3 de diciembre de 2003 por el Sr. Embajador de EEUU en Argentina Sr. Lino Gutiérrez, considero imprescindible aclarar algunos puntos:

- Los 15.000 millones de U$S aprobados por el Congreso de EEUU en el 2003 para la lucha contra el SIDA en los próximos 5 años , comparados con los 450.000 millones de U$S gastados en la guerra de Irak por ese país, indican que los gastos militares fueron 30 veces mayores que los para el SIDA.

- Los 3.000 millones de U$S anuales incluyen el apoyo a programas de prevención basados solo en la promoción de la ABSTINENCIA. **También se apoyaran instituciones religiosas que se oponen al uso del preservativo y difunden este no es un método efectivo para la prevención del VIH/SIDA.** De esta forma se apoyarán actividades que no serán efectivas e instituciones que se oponen al hasta ahora principal método de prevención.

- "EEUU promoverá en Monterrey en enero próximo los gobiernos aumenten el acceso al tratamiento", dice el Embajador. Pregunto: ¿Porqué EEUU no cumple lo acordado en Monterrey en marzo 2002 "aumentar la ayuda al desarrollo y alcanzar el 0,7% de la renta nacional"?. Esto seria mucho mas efectivo en la lucha contra el SIDA, porque **la pobreza es el principal factor que alimenta la epidemia, especialmente entre los jóvenes y las mujeres.** De que vale seguir haciendo nuevos consensos si después no se cumplen? O se usara el SIDA para que se olvide el consenso de marzo 2002?

- El programa de lucha contra el SIDA aprobado por EEUU obliga a separar la prevención del VIH/SIDA de los programas de salud reproductiva, porque exige no se incluya la Planificación Familiar. Así el Congreso y el Gobierno de EEUU destruyó lo que llevo años construir: la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Es por esto que quienes trabajamos en VIH / SIDA, esperamos los ciudadanos de EEUU a través de sus gobernantes, reparen estos errores para que esta ayuda contribuya efectivamente en la lucha contra el SIDA.

[1] **Médica y Presidenta de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer. Carta de lectores publicada en diario Clarín (15/12/03)**

LA ABSTINENCIA SE GLOBALIZA: ESTADOS UNIDOS Y LOS DERECHOS HUMANOS

Cynthia Rothschild[1]

Una vez más los Estados Unidos de América trata de imponer sus políticas conservadoras. Ahora en el campo de la sexualidad en lo que implica no sólo una violación a los Derechos Humanos básicos sino también la pérdida de millones de vidas al negar información clara y precisa sobre prevención de embarazos e ITS/SIDA además de negar el derecho a la elección. La información y la elección son esenciales para ejercer una sexualidad sin riesgos.

Desde sus primeros días la administración Bush promovió programas de abstinencia sexual hasta el matrimonio como medio preferido para la prevención del VIH. Un Congreso con la misma ideología aprobó más de 120 millones de dólares en el presupuesto de 2003 para programas de abstinencia, 50 millones de los cuales estaban ligados al Acta de Reforma de Bienestar Americano y a programas que enseñan que las relaciones monogámicas, mutuamente fieles dentro del matrimonio es el patrón esperado de la actividad sexual humana. Este tipo de iniciativas financiadas por cada estado limitan toda discusión sobre anticonceptivos y preservativos centrándola en la tasa de los fracasos.

Varias organizaciones han señalado que la administración está tomando decisiones de salud pública vitales basándose en ideologías y no en hechos científicos probados. Desde organizaciones de SIDA hasta la ACLU, grupos de los Estados Unidos argumentaron que los programas de "sólo abstinencia" **constituyen una forma letal de censura al retener información sobre métodos conocidos para la prevención de la transmisión del VIH y las ETS.** La mayoría de las organizaciones actualmente se centran en las políticas domésticas de los E.E.U.U. sobre la educación sólo de la abstinencia y su financiación. Sin embargo también es importante considerar la política exterior de la administración de los Estados Unidos que exporta su ideología sectaria, primariamente a través de restricciones en la ayuda financiera y en la posición política de sus delegaciones en Naciones Unidas. Tanto interna como internacionalmente, los argumentos científicamente comprobados podrían reforzarse a través de la perspectiva de los derechos humanos, que se basan en las ideas promovidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros acuerdos internacionales que establecen, que toda persona tiene derecho de recibir información, educación, de gozar de los beneficios del progreso científico, la no discriminación, la libertad de expresión y a gozar del más alto estándar de salud posible. La negación de estos derechos, y otros en relación a la salud pública, amenazan los derechos de las personas a la vida y constituye una violación de la ley internacional que los gobiernos, incluido los Estados Unidos, deben responsabilizarse.

Las organizaciones de derechos humanos están bien posicionadas para abordar los programas de "sólo abstinencia" como un tema de derechos. Al hacerlo podrían responsabilizar a los gobiernos de violación a los derechos humanos por la implementación de programas de "sólo abstinencia", impuestos a través de restricciones morales y discriminatorias sobre lo que se puede o no discutir y enseñar. Pueden crear coaliciones entre grupos locales e internacionales preocupados en salud pública y discriminación. Podrían también capitalizar la oportunidad para desarrollar su papel de promotores en salud y género. Quienes más podrían beneficiarse con el trabajo colaborativo basado en los derechos humanos, son aquellos que necesitan y quieren información pero se les niega la información precisa, científicamente comprobada sobre la enfermedad, la prevención y la transmisión, el uso de preservativos y anticoncepción. Si bien la mala o falsa información pone en peligro el bienestar de todas las personas, algunos grupos están particularmente en riesgo cuando se les niega, censura o altera información precisa. Esto incluye a las mujeres y jóvenes, especialmente las niñas, y quienes viven en la marginalidad, incluidas las trabajadoras sexuales, lesbianas, homosexuales, bisexuales y personas transgéneros y que se inyectan drogas.

---

[1] **Coordinadora del Programa de Política Internacional en la Coalición Internacional por la Salud de la Mujer. Artículo publicado en la revista American Sexuality Magazine, 30 Set 2003, 20:31:56.**

La agenda de EE.UU. relacionada con la abstinencia: política sin prueba

Reclamos ficticios, manipulación de la información e imposición de leyes tapón son herramientas consistentes que la administración implementa en su agenda de salud pública nacional e internacional. Esto es especialmente real en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos. El Secretario de Salud y Servicios Humanos, que también es director del Fondo Global para la Lucha del SIDA, Tuberculosis y la Malaria, justificó un mayor gasto nacional en programas de sólo abstinencia sabiendo que no existe ninguna prueba creíble de que puedan ser efectivos. Dijo: "**Probémoslo y veamos si funcionan**" (A.P. Online: 30 de enero 2002). La política, efectivamente, negaría métodos científicamente probados para reducir la transmisión del VIH con tal de promover una idea que es popular entre el electorado republicano conservador. **En este gobierno, el deseo de imponer la abstinencia excede al derecho humano a la vida.** Las consecuencias de estas prioridades son mortales, especialmente cuando los jóvenes constituyen uno de los grupos con más rápido crecimiento de las tasas de infección por VIH. Las políticas de EEUU, efectivamente, están eliminando una de las pocas herramientas disponibles que pueden salvar vidas: la información.

En el Congreso, políticos de derecha como el Representante Chris Smith (R-NJ) y Rep. Joseph Pitts (R-PA) trabajaron para asegurar que programas sin efectividad médica comprobada fueron financiados. También hubo presiones políticas para retirar fondos de programas de planificación familiar, como el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA). Los programas de prevención del VIH y otros de educación sexual fueron auditados cuando parecía que la línea de trabajo se apartaba de "sólo abstinencia". Hay una creciente lista de organizaciones en la mira, vale la pena remarcar dos ejemplos: el programa de San Francisco "Stop Aids" enfrentó continuas revisiones federales durante más de un año, y "Advocates for Youth" pasó tres auditorías en un año.

Uno de los ejemplos más eminentes de los esfuerzos del Congreso en promocionar la ideología de "sólo abstinencia" está adosado a la lucha contra el SIDA. A pesar que el gobierno americano pidió 15 billones de dólares para combatir el SIDA en Africa y el Caribe, la adjudicación del presupuesto por el Congreso muestra que este compromiso está sujeto a restricciones ideológicas conservadoras. **El Congreso destinó un tercio de los fondos de prevención a programas que promueven "sólo abstinencia", y redujo la financiación de programas integrales que ya demostraron su eficacia.** Los miembros del Congreso y del gobierno en parte justifican esta asignación de fondos promoviendo el éxito de los programas de abstinencia en Uganda, aún cuando funcionarios de salud pública de Uganda cuestionan la validez de dichos éxitos. La revista médica Lancet recientemente informó que el incremento del uso de preservativo contribuyó también al descenso de las tasas de prevalencia, y que las conclusiones que dan crédito sólo a la parte de abstinencia del programa de prevención de Uganda se basan en una recolección de datos científicamente incorrecta y en manipulación de los números (The Lancet, Parkhurst, July 6, 2002).

Las políticas de Washington son fundamentalmente erróneas porque ignoran la realidad de millones de personas, particularmente mujeres y adolescentes, en todo el mundo. **La abstinencia no tiene significado para muchas mujeres y adolescentes que tienen escaso o ningún poder para negociar el uso de preservativos o resistir la violencia de sus compañeros o de un extraño.** Actualmente hay alrededor de 82 millones de mujeres entre los 10 y 17 años en los países en desarrollo que se casarán antes de cumplir los 18 años. Es ridículo insistir en que estas jóvenes puedan decir no a una relación sexual pedida por sus maridos más poderosos y de mayor edad. En muchos escenarios **son los maridos los que tienen el poder de abstenerse; muy frecuentemente no lo hacen y sus mujeres no pueden imponérselos.**

EE.UU. y la abstinencia en las Naciones Unidas

Muchos de los grupos que promueven las políticas más restrictivas y conservadoras en derechos sexuales y reproductivos en EEUU están apareciendo en el escenario mundial, y en recientes encuentros de las Naciones Unidas relacionados a la salud, a los niños y a población. En estos encuentros las delegaciones norteamericanas intentaron incluir la abstinencia en sus negociaciones sobre acuerdos internacionales y protestaron si el ítem de abstinencia era removido. En muchos de estos encuentros, la administración de los EEUU trabajó directamente con asesores de organizaciones de derecha como Family Research Council (FRC), Focus on the Family y Concerns Women for America (CWA). Tanto en relación a la abstinencia como a los derechos reproductivos, la posición y declaraciones de la delegación de los EEUU reflejan un viraje a una ideología extremista.

En la Sesión Especial sobre Niños de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2002, la delegación americana, que incluía a FRC y CWA, trató de bloquear el consenso internacional sobre la educación sexual integral y los servicios de salud para los jóvenes. En una presentación escrita oficial de su posición, la delegación enfatizó su compromiso con los programas que abordan la necesidad de reforzar la abstinencia, demorar el inicio sexual, la monogamia, la fidelidad y la reducción del número de compañeros para prevenir el VIH. En su posición la delegación americana apoyó políticas internas miopes y moralistas que buscan imponer la abstinencia como único método válido para reducir la transmisión. En 2002, más de 30 países de Asia votaron en contra de la posición conservadora de los Estados Unidos en un importante encuentro regional sobre población y desarrollo en Bangkok. Al final del encuentro, la delegación americana totalmente aislada realizó una declaración oficial en el documento final acordado. La declaración repite el lenguaje del anterior encuentro sobre los niños y agrega que los Estados Unidos realizó todo el esfuerzo para incluir en el documento el lenguaje reafirmando la importancia de la abstinencia y refiere su desilusión por la anulación en el texto final de la aseveración de que la abstinencia es la elección más saludable para los adolescentes solteros.

Resistencia

Se está comenzando a desafiar la desinformación y la financiación ideológicamente inducida. Las feministas y las organizaciones de derechos como la Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres están trabajando para contraatacar a los ideólogos extremistas en la Naciones Unidas y en otros foros políticos internacionales. Coaliciones progresistas de organizaciones no gubernamentales están cooperando con delegaciones aliadas de aquí y del exterior para compartir información precisa sobre educación sexual integral y para fortalecer la habilidad de refutar los mensajes de abstinencia solamente.

También hay un claro progreso localmente. La organización Human Rights Watch realizó un valiente, y único en su tipo, informe criticando los programas de "sólo abstinencia" en Texas. El diputado Henry Waxman (D-CA) recientemente realizó un informe criticando el persistente mal uso y manipulación de la ciencia por el gobierno. Personal del Instituto Nacional de Salud y del Centro de Control de Enfermedades delataron ser presionados para alterar o suprimir información científicamente precisa. Y organizaciones de servicios en SIDA han condenado la prioridad de la abstinencia en la financiación internacional de los EEUU para el SIDA.

La derecha fue muy efectiva en unificar sus estrategias internas e internacionales. Las organizaciones progresistas y movimientos sociales deben hacer lo mismo, y urgentemente. El uso de una perspectiva de los derechos humanos para criticar los programas de sólo abstinencia y la manipulación de datos científicamente válidos sería un largo camino en fomentar coaliciones efectivas. Coaliciones de organizaciones de derechos humanos y de salud y derechos sexuales y reproductivos deben incrementar su lucha en los niveles internacionales y en las Naciones Unidas para proteger los logros ya obtenidos. Las organizaciones que trabajan en el ámbito local e internacional deberían trabajar juntas para desafiar la actual filosofía de trabajo de la administración en "sólo abstinencia", y exponer sus fuertes lazos con asesores extremistas conservadores. Debemos hacer esto desplegando una variedad de argumentos basados en derechos y haciendo un nuevo y apasionado compromiso de enlazar lo local con lo internacional.

DESOLADOR DIAGNÓSTICO SOBRE EL ESTADO MUNDIAL DEL SIDA[1]

Kofi Annan dijo que no se cumplió ninguno de los objetivos fijados para este año en las Naciones Unidas en el 2001. Según denunció, de los 42 millones de infectados, sólo el 5% accede a tratamiento médico. "Hay que dejar de lado las excusas y reforzar la lucha contra el SIDA de manera drástica, porque no se ha logrado ninguno de los objetivos fijados para este año", advirtió en Nueva York el secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan, frente al plenario de representantes de esa organización al hacer un balance sobre el avance del Programa Mundial de lucha contra el SIDA firmado hace exactamente dos años por 133 países.

De la asamblea participó el Secretario de Estado norteamericano, Colin Powell, quien definió la enfermedad como el peor flagelo del siglo. "Sus efectos son muchos mas devastadores que cualquier atentado", sostuvo, tras recordar que en el África Subsahariana hay países - como Botswana o Zimbabwe - donde el 30 % de la población ya contrajo la enfermedad, lo que pone en duda lo supervivencia misma de esas naciones. Unos 42 millones de infectados, de los cuales sólo el 5 % accede a tratamiento médico, y 15 millones de niños huérfanos sin ninguna protección, son algunos de los datos que describen lo que el SIDA le ha hecho al mundo en sus 20 años de vida. Frente a esta realidad, en el año 2001 los países miembros de las Naciones Unidas firmaron la denominada "Declaración de compromiso mundial sobre el SIDA", que entre sus principales objetivos tenía el de movilizar, para el año 2005, 10 mil millones de dólares para combatir la enfermedad y lanzar una serie de campañas de información y prevención a escala mundial.

Sin embargo, nada de eso se cumplió, lo que motivó al secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan, a dar uno de los discursos más fuertes de los que se tenga memoria. **"Para este año se tendría que haber reducido en un 25 % el número de jóvenes portadores de VIH. También se debería haber reducido a la mitad el ritmo de contagio entre los niños. Pero eso no sucedió. Si seguimos de esta manera, no cumpliremos ninguno de las metas que habíamos fijado para 2005"**, sostuvo Annan, al inaugurar la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA. El secretario general añadió además que más de un tercio de los países miembro de la organización no cuenta con ningún programa de protección de los huérfanos del SIDA, niños y niñas que en lo actualidad suman unos 15 millones, pero que según todos los pronósticos, llegarán a los 25 para fines de esta década, y señaló que sólo una de cada 20 embarazadas recibe tratamientos para impedir el contagio del virus al feto.

Luego de un gigantesco esfuerzo, en el último año se elevó en los países medios y pobres un 20% el presupuesto para prevención y tratamiento del VIH, con lo que se llegó a los 4.700 millones de dólares, el doble de lo destinado en 1999, pero la mitad de los 10.000 millones acordados para 2005, cifra que de todos modos muchas organizaciones - como la Cruz Roja- consideran muy insuficiente. "Utilizando los números más conservadores sobre la cantidad de personas que viven con el VIH, esos 10.000 millones representan tan sólo 250 dólares por año y por persona, es decir, menos de un dólar diario para cada infectado", subrayó el español Juan Manuel Suárez del Toro, representante de la Federación que agrupa a la Cruz Roja y a la Media Luna Roja.

[1] **Adaptado del artículo publicado en el diario Página 12, el 23/9/03, Buenos Aires, Argentina.**

LA SANTA SEDE EN LAS NACIONES UNIDAS DECLARA SOBRE EL VIH/SIDA[1]

En primer lugar, en nombre de mi delegación, permítame expresarle nuestra sincera gratitud por conducir esta Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre VIH/SIDA, una más que oportuna iniciativa que expresa la resolución de la comunidad internacional de crear estrategias más efectivas para abordar los desafíos que acarrea esta epidemia y otras enfermedades que pueden prevenirse, como la malaria, el cólera y la tuberculosis. Mi delegación desea rendir homenaje al compromiso personal del Secretario General en la lucha contra el VIH/ SIDA, y agradecerle por el amplio informe sobre el progreso en la implementación de la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA de la Vigesimosexta Sesión Especial de esta Asamblea General.

El VIH/SIDA ha sido y continúa siendo una de las mayores tragedias de nuestro tiempo. No es sólo un problema sanitario de enorme magnitud, sino que también es una cuestión social, económica y política; y, como mi delegación ya ha subrayado muchas veces aquí en las Naciones Unidas y en foros similares en otros lugares, también es una cuestión moral, debido a que las causas de la epidemia claramente reflejan una crisis de valores grave. Su rápida difusión y trágicas consecuencias no han dejado escapar a ningún segmento geográfico de la familia humana. Se estima que más de 70 millones de personas morirán a causa del SIDA en los próximos 20 años. En el año 2001, en ocasión de la Décima Asamblea General del Sínodo de Obispos de la Iglesia Católica, los Obispos de África del Sub-Sahara realizaron un llamamiento a la comunidad internacional para obtener una ayuda inmediata en su batalla contra esta plaga que «está produciendo una espantosa cosecha de muerte» en dicha región *(L 'Osservatore Romano*, 11 de octubre de 2001). De hecho, una amplia mayoría de los que han muerto y de los que se calcula que morirán a causa del SIDA, como así también de los que están infectados con el virus, se encuentran en el África Sub-Sahariana.

Permítame llamar su atención sobre uno de los grupos más vulnerables de las víctimas del VIH/SIDA, es decir, nuestros niños. Tantos de ellos han sido y continúan siendo víctimas de esta epidemia, ya sea porque han sido infectados por el virus, el cual les ha sido transmitido al nacer, o porque han quedado huérfanos debido a la muerte prematura de sus padres causada por el SIDA. El VIH/SIDA está causando un fuerte aumento de la mortalidad infantil: 3,8 millones de los 19 millones de personas que murieron a causa del SIDA el año pasado eran niños menores de 15 años. Durante las últimas dos décadas, ha dejado huérfanos a más de 14 millones, más de 11 millones de los cuales se encuentran en África Sub-Sahariana. Y, de acuerdo con un cálculo, para el año 2010 en África sola habrá 40 millones de huérfanos a causa del SIDA, el 95% de los cuales será portador del virus.

La necesidad imperiosa de tratamiento para estos enfermos jóvenes puede satisfacerse con los avances de la ciencia médica. Desafortunadamente, el costo del tratamiento médico es elevado y a menudo está más allá del alcance no sólo de los pobres sino que también del de la clase media. Este problema económico se agrava por cuestiones legales, tales como interpretaciones contenciosas del derecho a la propiedad intelectual. Mi delegación se siente alentada por el acuerdo de la OMC (Organización Mundial del Comercio) que se logró el 30 de agosto de 2003, y que hará que sea más fácil para los Estados más pobres importar medicamentos genéricos más económicos fabricados según licencia obligatoria. Este acuerdo debería dar a estos jóvenes pacientes un mayor acceso a los medicamentos. Nos atrevemos a esperar que pronto aparezcan expresiones más concretas de voluntad política y valentía moral como ésta. Pero, los que padecen el VIH/ SIDA no sólo recurren a compañías farmacéuticas en busca de ayuda; su llamamiento a la voluntad política y valentía moral está dirigido sobre todo a **la** comunidad internacional entera. En efecto, mientras que hay sólo unos pocos inversores en las firmas farmacéuticas que pueden proveer los medicamentos que estos jóvenes pacientes desesperadamente necesitan, todos nosotros, como individuos y como comunidad, debemos ser inversores en la noble causa de proteger a los niños y a los jóvenes de la infección del VIH/SIDA y de rescatar a quienes ya son

[1] **Intervención realizada por la Santa Sede en la Sesión Plenaria de las Naciones Unidas relativa a la "Implementación de la Declaración de Compromiso en VIH/SIDA" del 23 de septiembre de 2003.**

portadores del virus, porque son el futuro de la raza humana.

Señor Presidente: La Santa Sede y las instituciones católicas no han retrocedido en la lucha global contra el VIH/SIDA. Mi delegación se complace en notar que 12% de quienes atienden a pacientes del VIH/SIDA son organismos de la Iglesia Católica, y 13% de la ayuda global a los afectados por la epidemia proviene de organizaciones no gubernamentales católicas. La Santa Sede, gracias a sus instituciones en el mundo entero, provee 25% de la atención total que se da a las víctimas de VIH/SIDA, y así se ubica entre los principales actores en la materia, particularmente entre los más ubicuos y mejores proveedores de atención a las víctimas.

De hecho, para el final de este año, por medio del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios y diversas organizaciones católicas, la Santa Sede habrá logrado su objetivo de tener instituciones y programas en funcionamiento en todos los países del África Sub-Sahariana, y de comenzar nuevos en Brasil, Argentina, México, Tailandia y Lituania, y así se suman a los que ya existen en otros países en todo el mundo. Ofrecen una amplia gama de servicios, desde campañas de concientización hasta educación para un comportamiento responsable, desde asistencia psicológica hasta apoyo moral, desde centros de nutrición hasta orfanatos, desde tratamiento hospitalario hasta atención a domicilio y en prisiones para enfermos de VIH/SIDA.

Asimismo, con el fin de coordinar mejor sus actividades, la Santa Sede ha creado una Comisión Ad Hoc sobre la lucha contra el VIH/SIDA. La Comisión intenta expresar su preocupación especial por África Sub-Sahariana, donde el sufrimiento es más intenso, y prestar especial atención a los problemas de estigma y discriminación que acompañan a esta enfermedad, al acceso a tratamiento y atención, **a la educación sobre un comportamiento sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad matrimonial, y a la atención de los huérfanos a causa del VIH/SIDA.** Por medio de estas nuevas iniciativas, la Santa Sede intenta fortalecer más su compromiso y aumentar su colaboración en la lucha global contra el VIH/SIDA, mientras reafirma su creencia en el valor y el carácter sagrado de toda vida humana.

Para concluir, permítame reiterar la buena disposición de la Santa Sede de cooperar con el resto de la comunidad internacional en la lucha contra este flagelo del siglo, en la mitigación del actual impacto devastador, en la detención de su espectro amenazante que acecha al mundo entero y así evitar que cobre las vidas de las generaciones futuras. No podemos dejar de responder a este reto abrumador. Muchas gracias, Señor Presidente.

NO LE DIGAN AL PAPA[1]

Nicholas D. Kristof [2]
Sonsonate, El Salvador

El Papa Juan Pablo II se escandalizaría si viniera al Hospital Católico Romano en la pobre región del sudoeste de El Salvador.

Gracias a DIOS! El Vaticano está cada vez más desactualizado y ejerciendo una influencia mortal y reaccionaria, incluso en este mundo con SIDA, en las políticas de salud de los países en desarrollo. Aquí en El Salvador, los líderes religiosos en 1998 contribuyeron a prohibir el aborto aún en el caso de ser necesario para salvar la vida de una mujer, y, peor aún ayudaron a promulgar una ley, que se hizo efectiva el pasado mes, por la cual **los preservativos deben llevar una etiqueta con la advertencia de que no protegen contra el SIDA.** En El Salvador, donde sólo 4% de las mujeres usan un anticonceptivo en su primera relación sexual, esta ley llevará a que más jóvenes mueran de SIDA. La verdad es que los preservativos no son la causa de las relaciones sexuales, así como los paraguas no son la causa de la lluvia.

Aquí en las bases, la Iglesia Católica es una organización flexible enormemente diferente del desactualizado Vaticano. Aquí en el Hospital Católico de Sonsonate los médicos asesoran a las mujeres sobre el DIU y las pastillas, y especialmente sobre el uso de preservativos para prevenir el SIDA. Su labor humanitaria es para recordar que la Iglesia Católica es más grande que el Vaticano: los curas y monjas locales frecuentemente ignoran los trogloditas de Roma y silenciosamente hacen lo que pueden para salvar y ayudar a los feligreses del SIDA.

---

[1] **Nota publicada en el Diario New York Times, USA (26/11/03)**

[2] **Columnista Diario New York Times, USA.**

"El obispo está en San Salvador y nunca viene", la Dra. Martha Alica De Regalada explica. "Por lo tanto nunca tenemos problema. El Vaticano se opone constantemente a los preservativos y a la educación de sexo seguro, incluso con el falso reclamo de que el preservativo no protege contra el SIDA. Esto está a la par con la iglesia del Papa Urbano VIII que puso bajo arresto domiciliario a Galileo Galilei excepto que esto tendrá resultados más funestos."

Sin embargo me quito el sombrero ante la más amplia Iglesia Católica que está trabajando en los barrios de Latino América y en las villas de Africa y Asia. Servicios Católicos de Socorro, una de las organizaciones de ayuda más fuerte en el tercer mundo, es un ejemplo de humanitarismo en su más alto exponente. En el llano, los curas aplican la doctrina con una flexibilidad que debe enloquecer al Papa. En el pueblo extremadamente pobre de Chucita, en la ladera de los montes salvadoreños, donde los campesinos viven en chozas sin agua y sin electricidad, un maestro explica cómo sus alumnos de quinto grado aprenden a prevenirse del VIH-SIDA. Un trabajador social viene y enseña cómo colocar un preservativo en una banana, dice el maestro Eduardo Antonio Ascencio Mata. Los curas, dice, no tienen objeción.

En el remoto pueblo de Coatepeque, las hermanas Maryknoll dirigen una clínica y un programa de prevención de SIDA, salvando muchas vidas. Trabajan con trabajadores sexuales y con niños y les explican cómo los preservativos protegen del SIDA.

Entonces, qué hay de las enseñanzas del Vaticano?" "Por cierto, Dios no quiere que nos matemos unos a otros", responde Marlene Condon, que trabaja con pacientes con SIDA. "Tenés que hacer algo. En otro lugar en Coatepeque, algunos curas realizan encuentros donde la gente que se prepara para la confirmación aprende sobre el SIDA, y los preservativos."

El Vaticano convocó a los obispos de la línea dura para destituir la teología de la liberación y retornar los feligreses a sus carriles. Aún así las Conferencias de los obispos de Alemania y Francia han insistido en que se permita el uso de preservativos para combatir el SIDA, y el obispo Kevin Dowling de Sud Africa está trabajando duro para que la Iglesia cambie su política para salvar vidas. Este mes, Católicas por el Derecho a Decidir y otras 20 organizaciones católicas hicieron un llamamiento a los obispos para que acepten los preservativos como método para luchar contra el SIDA.

Lo irónico es que no hay organización que trabaje más para ayudar a las personas que viven con VIH/SIDA y a los huérfanos que la Iglesia Católica. Alrededor del 25% de la atención de SIDA está relacionada con grupos de la Iglesia. **Sin embargo el Vaticano se opone al preservativo, incluso en un matrimonio cuando el marido o la esposa está infectado con el VIH.** Un miembro del Parlamento de Kenia se refirió a la Iglesia como el gran obstáculo para la lucha contra el VIH-SIDA.

Esperemos que el Vaticano aprenda de sus curas y monjas del llano, que hacen tanto trabajo valiente combatiendo la enfermedad. En Coatepeque hablé con el padre Mario Adolfo Domínguez, que suspiró cuando le pregunté sobre la postura de la iglesia con relación a los preservativos. "No recomendamos el uso de preservativos, pero no podemos oponernos a su uso porque sabemos que previenen el SIDA", me dijo, mostrándose nervioso mientras anotaba sus palabras. No hay contradicción entre Cristiandad y un pedazo de goma.

LA INICIATIVA DE BUSH PARA COMBATIR EL SIDA[1]

Un año atrás el Presidente Bush anunció un ambicioso programa para combatir el SIDA en el exterior. Prometió gastar 15 billones de dólares durante cinco años para prevenir nuevas infecciones de SIDA, proveer antirretrovirales y cuidados para los enfermos y los huérfanos. Recién ahora la iniciativa comenzó a desarrollarse. El nuevo coordinador global de SIDA designado por Bush, Randall Tobias, está por anunciar la primera ronda de subsidios, que sumarían un total de U$S350 millones. El Sr. Tobias está lleno de energía y tiene fama de ser un buen administrador. Pero hay algunos signos preocupantes de que la administración podría estar tomando decisiones que benefician a importantes grupos afines a la administración, a expensas del presupuesto de la lucha contra el SIDA.

El retraso de un año en la aplicación de la iniciativa es el resultado de la decisión de la administración Bush de instalar una nueva burocracia. Podría haber empezado salvando muchas vidas entregando los fondos al Fondo Global de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, un grupo internacional desesperado por recibir dinero, que obtuvo alta calificación de los auditores por que utilizan cuidadosamente los fondos. En cambio, Bush no apoyó al Fondo Global.

El programa de Estados Unidos proveerá ayuda técnica a los países para desarrollar sus programas de SIDA, una ventaja sobre el Fondo Global, que sólo otorga financiamiento. Pero existen desventajas en el abordaje de Estados Unidos. El Sr. Tobias dará gran parte del dinero, no a grupos africanos, sino a expertos norteamericanos, que frecuentemente cobran mucho más por el mismo trabajo. Tobias está dejando que el embajador de Estados Unidos en cada país establezca las prioridades, que pueden estar en conflicto con lo que los países quieren hacer. También es preocupante que organizaciones religiosas sin trabajo ni experiencia en SIDA, estén obteniendo dinero. Muchos de estos grupos tienen buenos proyectos, pero se debería requerir a todos un informe sobre su trayectoria. **El Sr. Tobias también respalda la educación para los jóvenes basada sólo en la abstinencia**, que es mortal en África. La capacitación en negociación del uso de preservativo debe ser parte de la prevención del SIDA en los/as adolescentes, especialmente porque la pobreza ha llevado a que niñas y adolescentes mujeres tengan relaciones sexuales con hombres de mayor edad a cambio de regalos u otros apoyos económicos.

Una prueba para determinar si se está gastando el dinero apropiadamente es ver si se compran antirretrovirales genéricos, por ejemplo: una nueva pastilla que combina las versiones genéricas de las tres drogas de un triple cocktail. La pastilla puede costar solo 140 dolares al año, un tercio o un quinto del costo de la más barata de las drogas de primera línea de SIDA, que aún no vienen en una sola pastilla. Con este medicamento, los pacientes toman una pastilla por la mañana y otra por la noche. El tratamiento simplificado también es más fácil de controlar por las enfermeras y médicos que tratan pacientes en países donde hay poco personal. La pastilla es producida por un distinguido fabricante, se usa exitosamente y fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud. Este es un standard aceptado mundialmente, pero no para la oficina del Sr. Tobias, que dijo que no comprará esta pastilla. Su oficina está planeando una reunión de agencias internacionales para discutir la seguridad de los productos genéricos. Es una buena idea, pero no debería impedir el uso de genéricos ya.

El Sr. Tobias, que fue gerente ejecutivo de la compañía farmacéutica Eli Lilly, debe cambiar su forma de actuar, para disipar el temor de que esté todavía muy comprometido con su anterior industria. Si realmente es serio en su intención de salvar vidas, los tratamientos simples y baratos como la pastilla combinada antes mencionada son el camino.

---

[1] **Editorial del diario New York Times, 16 de febrero de 2004.**

DIAFRAGMA: DE ANTICONCEPTIVO A LA PREVENCIÓN DEL VIH[1]

Kristen Kresge

"La gente empezó a llamarme la mujer del diafragma", aseguró Nancy Padian, directora de programas internacionales del Instituto de Investigación del SIDA de la Universidad de California, San Francisco. Padian ha invertido gran parte de sus últimos ocho años en estudiar la capacidad de los diafragmas en prevenir la transmisión del VIH. Después de haber recaudado decenas de millones para ensayos, ya no es ignorada tan fácilmente.

Durante décadas, las mujeres han usado diafragmas como método de control de natalidad práctico y discreto. Este viejo recurso podría ahora jugar un nuevo y prometedor rol en la lucha contra el VIH. "El hecho de que tengamos un método ya aprobado que pueda ser preventivo... es algo simple y elegante," dijo.

El diafragma una vez colocado en el cuello del útero de una mujer, puede permanecer durante un día entero y proteger durante repetidos actos sexuales. Además puede ser utilizado sin interrumpir el acto sexual o sin que la pareja lo sepa. Esto es especialmente útil entre trabajadoras del sexo que cobran menos si usan un dispositivo de protección. Padian espera que el diafragma reduzca las tasas de infección por VIH en un 30% o más, el mismo objetivo que persiguen las primeras vacunas del SIDA, para las que todavía faltan unos años. Este porcentaje de protección, incluso siendo bajo, podría tener un impacto importante en la propagación del VIH. El preservativo femenino, el otro único intento de crear una barrera de protección frente al VIH para las mujeres, es muy decepcionante, fracasa como alternativa al preservativo masculino porque requiere la colaboración de la pareja y además es caro para las mujeres en países en desarrollo, ya que no puede ser reutilizado.

Las agencias de financiación inicialmente descartaron la idea de que las mujeres desearan usar un diafragma, incluso en el caso de que se probara que son eficaces en la prevención del VIH. Finalmente, una pequeña agencia de investigación sobre anticoncepción, CONRAD, sufragó un estudio piloto en Zimbabwe que evaluaba la voluntad de las mujeres para usar el diafragma. En ese país, se calcula que el 34% de los adultos entre 15 y 49 años están infectados. Las mujeres de Zimbabwe participaron en un programa de tres meses para animar y enseñar el uso del preservativo masculino. Aquellas que no pudieron convencer a sus parejas para que usaran preservativos regularmente fueron enroladas en la fase de aceptación del diafragma. Padian encontró que el 98% de las 156 mujeres del estudio querían usar el diafragma como método alternativo, sabiendo que la eficacia frente al VIH no está determinada. Sólo un 1% de estas mujeres había usado un diafragma anteriormente.

El estudio propuesto por Padian sobre la eficacia del uso del diafragma en el sur de África recibió 28 millones de dólares de la Fundación Gates. Esta fundación mostró interés por el diafragma por sus posibilidades de prevenir el VIH. El estudio no es simple. Obtener los datos necesarios que permitan analizar la influencia del diafragma en la transmisión del VIH llevará al menos cuatro años. Se seguirá a 4.500 mujeres en dos centros de Sudáfrica y uno de Zimbabwe. Durará cuatro años y las participantes serán repartidas de forma aleatoria entre un grupo control y el grupo con diafragma. Por razones éticas, ambos grupos recibirán aconsejamiento sobre sexo seguro y uso de preservativos.

Como el preservativo es la herramienta disponible más eficaz para la prevención, Padian no quiere que el diafragma sea percibido como un sustituto. "No creo que estemos buscando un solo método de prevención," dijo. Un inconveniente para este análisis sería que las participantes del grupo control usaran preservativos con más frecuencia que el grupo del diafragma, lo que debilitaría el efecto observado de los diafragmas. Además, hay que confiar en la información que proporcionan las participantes, lo que le resta precisión analítica. Algunas mujeres pueden informar de que usan un diafragma cuando no lo han hecho o algunas podrían usar

[1] **Publicado en "La Perspectiva en Tratamientos de amfAR", p.3-5, primavera 2003.**

condones junto al diafragma sin mencionarlo.

El cuello del útero se ha identificado como un punto focal para las enfermedades de transmisión sexual. Aunque durante el acto sexual puede moverse y dejarlo expuesto, normalmente los diafragmas impiden que los fluidos alcancen este punto o el tracto genital superior. Estos dispositivos ofrecen una protección consistente frente a la clamidia y la gonorrea, que puede deberse al espermicida asociado o a la barrera física que proporciona el diafragma.

La idea de emplear diafragmas para prevenir el VIH fue una extensión de estas observaciones. Jay Levy lo propuso en 1989, pues su laboratorio estuvo estudiando la transmisión del VIH de hombre a mujer y encontraron que el cuello del útero de la mujer, a diferencia de la vagina, es probablemente una localización más susceptible de ser infectada durante una relación heterosexual.

También descubrió que una de las fuentes principales de infección no fue el virus libre flotando en el semen, sino las células seminales ya infectadas por VIH. Levy observó que para que estas células puedan infectar a la mujer tienen que entrar en contacto con las células inmunitarias. El tejido del cuello del útero está lleno de células inmunitarias, mucho más que el tejido vaginal. También vio que era fácil para estas células infectadas llegar a las células inmunitarias del cuello del útero porque esta zona tiene un revestimiento muy delgado y frágil; además, las contracciones durante el acto sexual pueden causar que los fluidos sean bombeados hacia el útero y el tracto genital superior, otra región vulnerable.

Por ello, Levy le puso el nombre de "punto caliente" para la transmisión del VIH, aunque no es el único sitio donde puede producirse. Thomas Moench señaló que en el caso de las monas, incluso si han tenido una histerectomía completa, aún pueden contraer el VIH. "La transmisión puede ocurrir en la vagina, pero la vagina es como la piel -está construida por muchas capas de células-, en cambio el cuello del útero es muy frágil. Es más susceptible," asegura Moench.

Nadie espera que el diafragma sea tan protector como **el preservativo masculino, pues éste es el método disponible más probado para prevenir la transmisión del VIH, con una tasa de eficacia estimada por varios estudios del 90 al 95 por ciento.** El gran problema, sin embargo, ha sido incorporarlo a la vida sexual de la gente.

Moench dice en Estados Unidos se usa el preservativo en menos de un 15% de las relaciones heterosexuales, porcentaje muy inferior en países donde las tasas de infección son más altas. ONUSIDA declara que el uso del preservativo está por debajo del 5% en Botswana, donde el 40% de los adultos entre 15 y 49 años están infectados con VIH. **"La epidemia habría terminado si no hubiéramos tenido problemas con la aceptación del preservativo. Es lo mejor que tenemos."** dijo Moench. "Pero necesitamos un método para que las mujeres puedan controlarse a sí mismas."

Para él, lo último en estrategias de protección para mujeres será la combinación de microbicidas y diafragmas. Pero dado que urge contar con dispositivos que pueda controlar la propia mujer, Padian no quiere esperar a que se apruebe un microbicida. Moench está de acuerdo en que los diafragmas son una opción razonable para aquellas mujeres que no pueden convencer a sus parejas sobre el uso de condones de forma regular. "No tienes que ir buscando una eficacia del 100%. Una estrategia de eficacia parcial, ampliamente utilizada, podría ser tremendamente beneficiosa."

ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

JUNIN 1440 - TEL. 4806-1011/12 - 1113

CAPITAL FEDERAL

Adhesión a la divulgación sobre prevención del SIDA que la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) realiza en beneficio de la comunidad.

MODIFICACIÓN DE LA LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

En la Ciudad de Buenos Aires se modificó la Ley Básica de Salud en relación a la atención de las personas menores de 18 años. A partir del 20 de noviembre de 2003 por decreto Nº 2316 se establece en el artículo 4 inciso h) que:

"Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello: en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos)". (texto completo del decreto en los Boletines Oficiales publicados en www.buenosaires.gov.ar)

De esta forma se elimina cualquier obstáculo legal para la atención de las personas menores de 18 años que concurran a un servicio de salud solicitando atención.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH/ SIDA: EL PAPEL DE LAS VACUNAS

Dr. Jean-Louis Excler[1]

Ponencia presentada en la III Sesión sobre Prevención y Tratamiento en VIH/SIDA durante la V Conferencia Médica Internacional de Parlamentarios sobre Medicina Familiar, 6-7 noviembre 2003, Bangkok, Tailandia.

ONUSIDA estimó a diciembre 2003 que había 40 millones de personas que viven con el VIH/ SIDA en el mundo. En el 2003 se produjeron alrededor de 14.000 nuevas infecciones por día, más del 95% ocurren en los países con ingresos bajos y medios. De éstas, cerca de 12.000 son personas entre 15 a 49 años, de edad y de ellas un 50% son mujeres y alrededor de un 50% jóvenes entre 15 y 24 años. De las nuevas infecciones alrededor de 2000 son niños/as menores de 15 años.

El SIDA alcanzó una dimensión muy grande de proporciones humanas que afecta todos los aspectos de nuestra existencia: la vida y la muerte, el amor y el odio, la sexualidad, la maternidad y el nacimiento, la moral y la ética, lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto, el poder, el dinero, el ego y los derechos humanos. En la mayoría de los países del mundo prevalecen actividades y actitudes de riesgo que marcan la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, como por ejemplo: el escaso uso de los preservativos, relaciones sexuales sin protección, altas tasas de infecciones de transmisión sexual y el uso de drogas por vía endovenosa, además de factores socioeconómicos entre ellos la pobreza, la falta de educación, el pobre acceso a la información y a los servicios de salud, la negación, complacencia y estigma, y el bajo nivel social de muchas mujeres.

Algunas acciones constituyen un paquete básico de medidas para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En la prevención podemos señalar: la educación para lograr cambios de las conductas, la promoción del uso y la provisión de preservativos, el diagnóstico y tratamiento de las ITS, la reducción de daño en los usuarios de drogas endovenosas, la seguridad de las transfusiones de sangre, y la prevención de la transmisión madre a hijo. En tratamiento: el aconsejamiento para el testeo voluntario, el acceso a las drogas y medicamentos, el manejo clínico de las enfermedades oportunistas, el cuidado domiciliario y de la comunidad, el asesoramiento y apoyo emocional, social y económico.

En los 90, algunos países del Sudeste de Asia como Bangladesh, India, Indonesia, Myanmar y Tailandia iniciaron programas de promoción de uso de preservativos, estimulando el uso continuo y regular del mismo, llamados "**Programas de 100% uso de preservativos**". Esto permitió que en Tailandia se redujeran en un 84% las nuevas infecciones entre los hombres, que de 120.000 en 1992 pasaron cinco años después en 1997 a 20.000, y entre las mujeres si bien fue menor, de casi 40.000 en 1995 a 20.000 en el 2000, la reducción también fue importante. En Myanmar el control de la sangre que se transfunde entre 1989 y 1998 permitió observar que de controlar solo el 9,4% en 1989, se logró el 100% del control en 1998, pasando por el 41,8% en 1992 y el 83,6% 3n 1996.

¿Por qué una vacuna?

Las características de la epidemia de SIDA no reconocen fronteras, con una estimación que en estos 20 años de la epidemia, más de 65 millones de personas viven con el VIH, de ellas el 95% en los países pobres, con mayor incidencia en los grupos vulnerables: jóvenes, niños, mujeres y personas de bajos recursos. Por otra parte el impacto grave familiar, social y económico, así como la estigmatización y discriminación de las personas que viven con el VIH es todavía muy importante. Estos son algunos de los motivos por los que es tan necesario encontrar una vacuna efectiva contra el VIH.

[1] **Director Médico de la Iniciativa Internacional en la Vacuna del SIDA (IAVI), en India.**

La concientización, la educación y los clásicos métodos de prevención de salud pública no son suficientes para frenar la epidemia, ya que las pautas culturales y sociales junto al comportamiento individual son los más difíciles de cambiar, especialmente cuando se trata de sexo. Si bien es imprescindible el tratamiento, cuidado y apoyo de las personas con VIH, esto no es suficiente porque los antirretrovirales son todavía muy caros, tóxicos, crean resistencias y resultan una carga para el paciente.

Las vacunas son las intervenciones que tienen una mejor relación costo efectiva contra las infecciones, y son nuestra única esperanza en el largo plazo en la lucha contra el SIDA. Pero desarrollar una vacuna preventiva tiene grandes dificultades, entre ellas: la gran variabilidad y recombinación del VIH1, el desconocimiento de algunos mecanismos inmunológicos de protección, la falta de modelos animales experimentales, los ensayos clínicos largos y costosos, la dificultad de implementar ensayos clínicos, la falta de incentivos comerciales en el corto y mediano plazo, y los dilemas éticos y políticos. Se necesita un compromiso a largo plazo para lograr estas vacunas.

Los principales objetivos de una vacuna contra el VIH estarían dados por: 1) la protección contra la infección por VIH a través de una esterilización inmunitaria, que sea efectiva en todas las vías de infección, incluidas la transmisión intravenosa solamente, y la transmisión a través de mucosas solamente. 2) Protección contra la progresión de la enfermedad, reduciendo la carga viral. 3) reducción de las posibilidades de transmisión por cambio de la capacidad de infección de los virus circulantes en el medio, por su reemplazo por virus atenuados o no infectantes, efecto que se logra en caso de vacunas con virus vivos cuando se logran niveles de vacunación determinados en la población. Actualmente se encuentran una gran variedad de vacunas en estudio en distintas etapas y ensayos. Algunas de estas vacunas son peptidos, subunidades proteicas, presentaciones de ADN y vectores recombinados. Estas vacunas fueron y son estudiadas y probadas en distintos países del mundo desde 1993.

Ensayos clínicos de vacunas de prevención del VIH en países en vías de desarrollo. 1993-2003

País	*Tipo vacuna*
China	Peptidos (DNA+MVA subtipo C)
Cuba	Subunidad poliproteica
Tailandia	Gp120 E, B/E, ALVAC + gp120 E
India	MVA C, AAV, SFV, DNA + Ademo
Brasil	Peptidos, ALVAC8 + gp120 B/B
Perú	Peptidos, ALVAC8 + gp120 B/B
Haití	Peptidos, ALVAC8 + gp120 B/B
Uganda	ALVAC B, DNA + MVA Subtipo A
Kenia	DNA + MVA Subtipo A
Ruwanda	DNA + MVA Subtipo A
Costa de Marfil	DNA + MVA Subtipo A
Botswana	DNA subtipo C
Sudáfrica	NNA + MVA subtipos A y C

* Fuente IAVI

Los subtipos del VIH en Asia son: VIH 1 CBA; VIH 1 B, C, E; VIH 1 E, B y VIH 2.

Para conducir y completar con éxito un estudio clinico de eficacia de vacunas de VIH, la principal dificultad es desarrollar una vacuna de alta calidad y eficiencia que merezca probarse. Cuando esto se logra se requiere: 1) liderazgo y capacidad de gestión; 2) efectiva toma de decisión y planeamiento; 3) desarrollar un equipo de trabajo; 4) recursos; 5) apoyo político y social; 6) participantes interesados y 7) persistencia y determinación.

Para la evaluación general de la factibilidad y viabilidad de los ensayos clínicos de eficacia de la vacuna contra el VIH se deben considerar: asesoramiento local; estabilidad política y compromiso local; región geográfica, accesibilidad e infraestructura; tipo de población, movilidad, voluntad y concientización; estudios de cohorte que evalúen parámetros críticos y el acceso a tratamiento y cuidados. Es necesario el activismo político para incrementar el compromiso gubernamental, el apoyo y el liderazgo en los programas de vacunas tanto a nivel nacional como local. La sociedad civil debe movilizarse a través de un comité de asesoramiento nacional, programas de orientación en vacunas, programas a nivel local, y comunicaciones. La movilización comunitaria para los ensayos de vacunas debe basarse en la confianza, la transparencia, la confidencialidad, la continuidad, la acción y el manejo de las expectativas que se generan en toda la población.

Las vacunas contra el VIH deben ser consideradas como herramientas a largo plazo para luchar contra la epidemia, sin descartar otras herramientas disponibles las cuales tienen que emplearse conjuntamente como son: la prevención primaria clásica: promoción del uso de preservativos, reducción de daños y otros; el tratamiento y cuidados específicos; microbicidas y vacunas. **Incluso, si alguna vez se dispone de una vacuna realmente efectiva, no se deben abandonar los esfuerzos clásicos de prevención, los que deberán ser sostenidos, reforzados y expandidos.**◆

PANORAMA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA[1]

Mabel Bianco[2]

Las acciones y programas de lucha contra el VIH/SIDA implementadas en América Latina fueron insuficientes para frenar el crecimiento de la epidemia en la región. Se necesita un mayor compromiso de los gobiernos en políticas de salud y sociales en el marco de los Derechos Humanos para revertir la situación actual.

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento la epidemia del VIH/SIDA continúa creciendo a ritmo acelerado, especialmente entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Sólo en América Latina y Australia la estimación regional realizada por ONUSIDA de personas que viven con el VIH permaneció estable a fines del 2002 en relación al 2001. En el 2002 ONUSIDA estimaba que 42 millones de personas vivían con el VIH/SIDA, 38 millones eran adultos, de los cuales más de la mitad eran mujeres. El número estimado por ONUSIDA de nuevas infecciones durante el 2002 fue de 5 millones: 4.2 millones eran adultos, de los cuales 2 millones eran mujeres. Los 800.000 restantes eran niños menores de 15 años. **La mitad de estas nuevas infecciones se produjeron en jóvenes de 15 a 24 años. A más de 20 años de iniciada la epidemia, el número creciente de nuevas infecciones son una evidencia del fracaso en controlar la epidemia.**

Si bien la mortalidad por SIDA se frenó, todavía es muy alta y desigualmente distribuida entre países y según sexo y edad de la población. De las 3.100.000 de muertes por el SIDA ocurridas en el 2002, 2.5 millones correspondieron a personas adultas y alrededor del 40% a mujeres. En Argentina, por ejemplo el SIDA representa la tercera causa de muerte entre las mujeres de 15 a 49 años, en la Ciudad de Buenos Aires ocupa la primera causa de muerte y en la provincia de Buenos Aires la segunda.

Existen algunos factores comunes en América Latina en relación al VIH/SIDA: en la mayoría de los países la epidemia es concentrada; existen múltiples problemas sociales y de salud debidos al aumento de la pobreza, la desigualdad y la movilización poblacional. Además el SIDA aún no es considerado un importante problema de salud en la mayoría de los países de la región, a pesar de que en muchos de ellos, la epidemia ha alcanzado ya un importante desarrollo. Por otra parte los países de la región comparten una considerable medicalización de los problemas de salud, con un predominio de lo asistencial en detrimento de la prevención. Esto se agrava debido al escaso desarrollo e importancia que los Programas Nacionales de SIDA tienen en muchos países.

En la región de América Latina y el Caribe a fines de diciembre 2002 había 1.940.000 personas viviendo con el VIH/SIDA, de ellas 1.500.000 en América Latina y 440.000 en el Caribe. En el mismo año, ONUSIDA estimó que ocurrieron 140.000 nuevas infecciones en adultos entre 15 y 49 años en América Latina y 50.000 en el Caribe. Se observan diferencias significativas en las vías de transmisión del VIH. Mientras en el Cono Sur (gráfico 1) y Brasil (gráfico 2) tiene gran importancia la transmisión por consumo de drogas endovenosas con el 34% del total, en Argentina es responsable de alrededor del 40% de todas las infecciones. Sin embargo todavía la vía sexual es responsable de la mayoría de las infecciones registrándose un 32,9% debidas a relaciones homo/bisexuales y un 24,9% a heterosexuales, las que sumadas representan el 57,8%. Se observa una tendencia descendente en la transmisión homo/bisexual mientras que la heterosexual está en aumentó, principalmente en las mujeres. También la vía endovenosa por uso de drogas muestra una tendencia descendente aunque lenta, probablemente debido a las políticas de reducción de daño que se empezaron a aplicar en algunos países. En Argentina recién en julio 2000 se reconoció la necesidad de estas políticas, cuando el Poder Ejecutivo Nacional dicta una resolución estableciendo la necesidad de reducir los daños para la salud asociados al uso de drogas endovenosas[3]. Brasil

[1] **Conferencia en el Seminario "Desarrollo y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe Hispano Parlante, Bogotá Colombia, 23-25 Noviembre 2003".**

[2] **Médica, Epidemióloga, Presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer –FEIM-**

desde hacía años ya estaba aplicando esta política.

En Centro América y el Caribe Latino (gráficos 3 y 5) la principal vía de transmisión es la vía heterosexual con el 78% y 76,8% respectivamente. La transmisión por uso de drogas endovenosas es en ambas regiones muy baja con el 1% y el 3.2% respectivamente. En el Caribe Latino aún es alta la población de enfermos infectados por transfusiones indicando la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud. En México (gráfico 4) la principal vía de infección es la homo-bisexual con un 56.8% de todos los enfermos. A la vía heterosexual le corresponde el 31.75% de los casos, esta vía de transmisión presenta una tendencia ascendente lenta pero persistente. En México hasta el 2001, todavía el 5.8% de los enfermos se infectó por transfusión. El área Andina (gráfico 6) predomina la transmisión heterosexual con 49.4% de todos los enfermos de SIDA notificados y la homobisexual con 46.4%, o sea la vía sexual corresponde al 95% de todas las vías de transmisión. La transmisión madre-hijo solo registra un 2.7% de los casos.

La razón hombres/mujeres enfermos varia según las vías de transmisión predominantes y las características de la epidemia, aunque en todos los países se observa una tendencia descendiente. Mientras en el Caribe y Centroamérica la razón hombre/mujer es menor 2:1, en México y la región andina se observan valores de 5 y 4 respectivamente. El Cono Sur y Brasil presentan valores intermedios. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas es considerado un indicador de la extensión de la epidemia en un país o región. Habitualmente se cuenta con la proporción de casos por transmisión perinatal. En América Latica hasta Junio 2002 existían 13.819 casos pediátricos y de ellos 10.851 eran por transmisión madre-hijo, con un promedio regional de 2.78% de todos los enfermos. El Cono Sur registra el mayor porcentaje con 5.4% de todos los casos, con el valor más alto correspondiente a Argentina 6.6%. Centroamérica con 4.2% y Caribe con 4.1% son los que siguen en orden de frecuencia seguidos por Brasil (2.8%), Región Andina (1.81%), México (1.3%) y Caribe latino (0.8%).

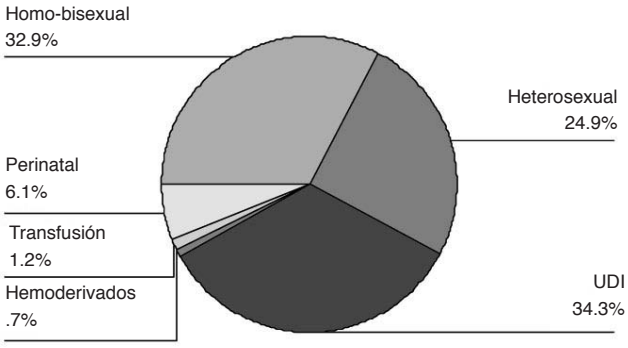
Distribución del total acumulado de enfermos de SIDA según vía de transmisión, América Latina. 1982-2001

Gráfico 1

CONO SUR: Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay

Total acumulado de casos de SIDA en el Cono Sur (1982-Dic. 2001): 26.986

Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición conocida, Cono Sur, 1982-dic. 2001



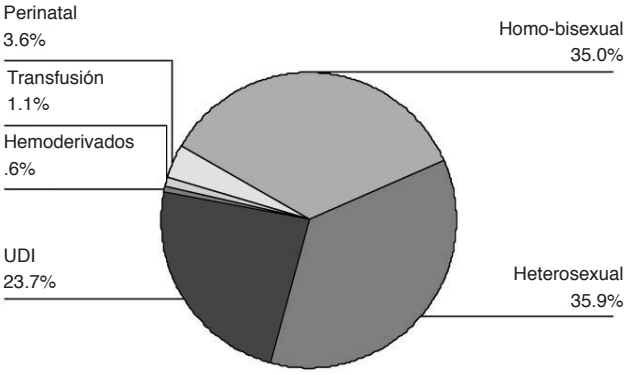
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por otro riesgo conocido (0.2%) y riesgo desconocido (4%). Estas dos categorías no se incluyeron en el gráfico de distribución porcentual.

Gráfico 2

BRASIL

Total acumulado de casos de SIDA en Brasil (1980-Dic. 2001): 215.810

Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición conocida, Brasil, 1980-dic. 2001



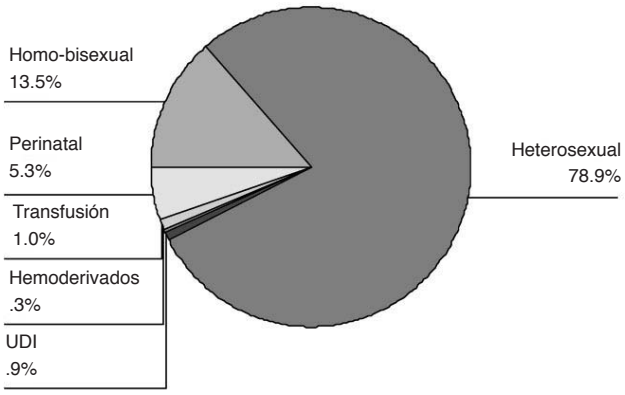
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por otro riesgo conocido (0%) y riesgo desconocido (23.6%). Estas dos categorías no se incluyeron en el gráfico de distribución porcentual.

Gráfico 3

CENTROAMERICA: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá

Total acumulado de casos de SIDA en Centro América (1983-Dic. 2001): 28.614

Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición conocida, Centroamérica, 1983-dic. 2001



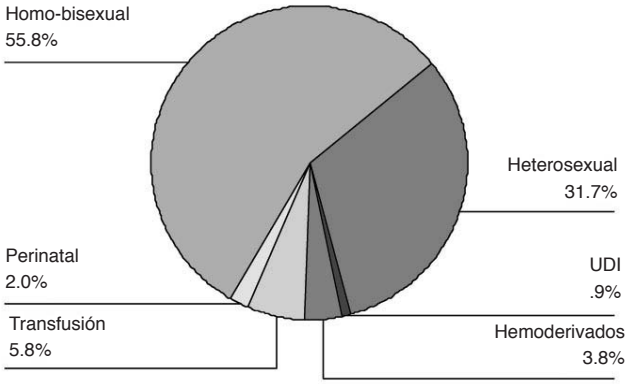
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por otro riesgo conocido (2.4%) y riesgo desconocido (4.2%). Estas dos categorías no se incluyeron en el gráfico de distribución porcentual.

Gráfico 4

MEXICO

Total acumulado de casos de SIDA en México (1983-Dic. 2001): 51.017

Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición conocida, México, 1983-dic. 2001



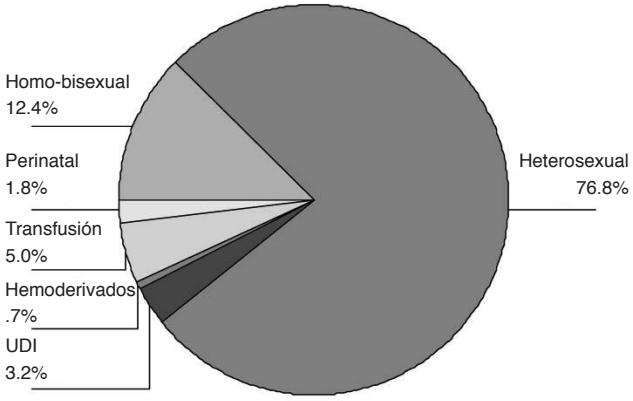
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por otro riesgo conocido (1.2%) y riesgo desconocido (33%). Estas dos categorías no se incluyeron en el gráfico de distribución porcentual.

Gráfico 5

CARIBE LATINO: Cuba, Haití, Puerto Rico, República Dominicana

Total acumulado de casos de SIDA en el Caribe Latino (1981-Dic. 2001): 16.612

Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición conocida, Caribe latino, 1981-dic. 2001



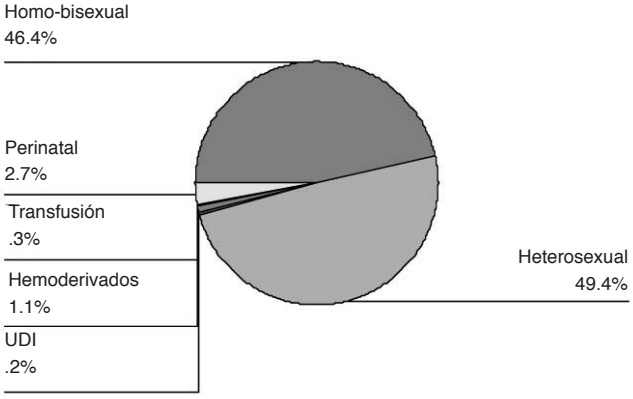
Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por otro riesgo conocido (1.4%) y riesgo desconocido (33.9%). Estas dos categorías no se incluyeron en el gráfico de distribución porcentual.

Gráfico 6

AREA ANDINA: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela

Total acumulado de casos de SIDA en Area Andina (1983-Dic. 2001): 32.273

Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición conocida, Area Andina, 1983-dic. 2001



Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por otro riesgo conocido (1.64%) y riesgo desconocido (19%). Estas dos categorías no se incluyeron en el gráfico de distribución porcentual.

Cuadro nº 1 – Razón hombres/mujeres enfermas en América Latina y el Caribe según Subregión, años 2000/2002

Subregión	Año 2000	Año 2002
Caribe	1,8	1,4
Centroamérica	2,3	1,8
México	7,7	5,1
Andina	5,5	4,1
Cono Sur	4,1	3,0

Fuente: ONUSIDA 2002

Adolescentes y VIH/SIDA

El gran desafío que plantea el VIH/SIDA es la infección entre los adolescentes y jóvenes. A fines de 2001 se estimaba que 11.800.000 jóvenes entre 15 y 24 años de edad vivían con el VIH/SIDA, lo que corresponde a un tercio de todas las personas que viven con el virus. En este grupo de edad predominan las mujeres ascendiendo a 7.300.000 de infectadas, mientras son 4.500.000 los infectados. De estos jóvenes muy pocos saben y/o sospechan que están infectados y este es un problema. En América Latina y el Caribe el total de jóvenes entre 15 y 24 años que vivían con el VIH/SIDA era de 560.000 de los cuales el 31% eran mujeres y el 69% varones.

De los 5 millones de nuevas infecciones por año, se estima que la mitad corresponde a jóvenes de entre 15 y 24 años, siendo 6000 los jóvenes que se infectan cada día, uno cada 14 segundos, la mayoría mujeres. Esto demuestra el fracaso de los gobiernos y las sociedades en prevenir el VIH/SIDA. A más de 20 años de iniciada la epidemia sabemos que la educación sexual es el mejor método para prevenir el VIH/SIDA, ya que permite posponer la edad de inicio sexual, fortalece la capacidad de poder negarse a mantener relaciones sexuales inseguras y /o no deseadas, a respetarse y respetar al otro incluyendo el rechazo a la violencia o coersión para ejercer la sexualidad, y poder elegir libremente cuando, con quien y como tener relaciones sexuales placenteras.

En todo el mundo la epidemia se caracteriza no sólo por su feminización, sino también por su tendencia a la pauperización. En la última década, muchos de los países de América Latina y el Caribe sufrieron la aplicación de políticas económicas neoliberales que aumentaron el empobrecimiento extremo de la población. Empobrecimiento que es mayor en los jóvenes y entre ellos en las mujeres más que en los varones. Se observa un aumento del número de jóvenes de 15 a 24 años que no estudian, ni trabajan, ni buscan trabajo en la mayoría de los países de la Región. En estudios sobre el uso de métodos de planificación familiar en personas de 15 a 19 años en la región se registró alrededor de un 35% que usaba algún método y alrededor de un 25% que no podía satisfacer sus necesidades de métodos anticonceptivos, siendo una de las regiones con mayor demanda (2 de cada 3 jóvenes quiere limitar su reproducción). Por otra parte en las familias empobrecidas las mujeres adolescentes y jóvenes asumen responsabilidades y constituyen a veces importante apoyo para la subsistencia familiar. Es habitual el trabajo sexual de niñas, niños y adolescentes como estrategia de supervivencia familiar, alcanzando niveles de explotación sexual. Es por todo esto que la vulnerabilidad de los jóvenes frente al VIH/SIDA en los países de la Región aumentó considerablemente.

Algunas acciones realizadas

La mayoría de los países de la región han establecido programas para controlar la epidemia y reducir los costos sociales y económicos, con mayor o menor éxito según el compromiso político, el presupuesto disponible y otras características de cada país. Algunos intentos han adoptado características regionales como el Programa de Prevención de ITS/VIH/SIDA para migrantes en el Mercosur y Bolivia. Este programa se desarrolla desde 2000 con el objetivo de desarrollar intervenciones en áreas de fronteras bi/trilaterales a fin de disminuir el impacto de la epidemia. Las intervenciones son preventivas y terapéuticas, pero con una alta orientación a la prevención.

También en el Cono Sur se está desarrollando un Programa de reducción de Daños desde 1999 con actividades en cuatro países con la cooperación de ONUSIDA. Las actividades incluyen revisión de la legislación vigente, entrenamiento para construir capacidades, y ampliación de los donantes así como una mayor movilización de recursos nacionales. Todas estas intervenciones son realizadas en forma coordinada por los programas nacionales con los locales y la participación de organizaciones de Personas viviendo con el VIH/SIDA, organizaciones de base comunitarias y no gubernamentales.

En México y Centro América se desarrollan también programas de prevención en áreas de fronteras especialmente orientados a capacitar sobre preven-

ción a los conductores de camiones distribuyendo y promoviendo el uso del preservativo.

Desafíos actuales

El principal desafío de los países de América Latina y el Caribe es erradicar y disminuir la pobreza, un flagelo que contribuye no solo a aumentar la epidemia del VIH/SIDA sino a atentar contra la vida digna de amplios sectores de población. Respecto al VIH/SIDA es fundamental **lograr la prevención de la infección en adolescentes y jóvenes de ambos sexos y muy especialmente las mujeres.** Esto requiere no solo el establecimiento de programas de educación sexual en las escuelas, sino también a nivel comunitario y con servicios de salud que provean métodos preventivos: preservativos, programas de reducción de daños con intercambio de jeringas y provisión de preservativos y control de la sangre que se trasfunde, entre los principales. Así mismo se debe lograr un contexto social más abierto que considere la sexualidad como un componente natural de toda persona, que permita hablar de ella naturalmente superando el actual tabú y que se exprese en los medios de comunicación masivos.

Garantizar los derechos sexuales y reproductivos: **es también prioritario y está ampliamente vinculado a lo antes mencionado.** El respeto a las distintas opciones sexuales, así como toda otra medida de detección precoz y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual son básicos.

Respecto a la transmisión madre-hijo, la existencia de tratamiento que permite prevenir una alta proporción de la transmisión al bebé es un hecho auspicioso. Sin embargo **es clave que estos programas respeten los derechos de las mujeres a hacerse voluntariamente el test, recibiendo aconsejamiento pre y post test, y si resultan positivas a recibir el tratamiento, algo que todavía no está garantizado en la mayoría de los países.**

Fortalecer y/o implementar programas de prevención es clave y debe hacerse en todos los casos. Para ello es necesario sostener campañas de difusión sobre las formas de transmisión y su prevención, al igual que la promoción del testeo voluntario previo aconsejamiento. Este permite detectar oportunamente personas infectadas que pueden o no requerir tratamiento, pero que ignoran su status serológico. Conocerlo debe permitirles ser atendidos precozmente y acceder a los tratamientos si es necesario, permitiendo una mejor calidad de vida. Asegurarles el acceso al tratamiento y a no ser discriminados por vivir con el VIH, es muy importante especialmente si se amplia el alcance del testeo para detectar a los infectados.

Garantizar los derechos humanos y la no discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA es fundamental. En la medida en que mejora la calidad de vida de las personas infectadas, más necesario es disminuir y eliminar el estigma y la discriminación a través de medidas y políticas positivas expresamente adoptadas en los países. **Por ultimo, pero no por eso menos importante, es fundamental que los gobiernos garanticen el acceso al tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA.** Esto no solo requiere la compra y distribución gratuita de las terapias triples a quienes no puedan comprarlos y carezcan de cobertura médica, sino también garantizar que la seguridad o previsión social la brinde a sus beneficiarios. Pero también esto requiere que mejoren los servicios de diagnóstico en la mayoría de los países de la región para no solo garantizar el testeo voluntario con aconsejamiento pre y post test, sino también para el control de quienes viven con el VIH/SIDA para detectar mejor su evolución y mejorar el acceso oportuno al tratamiento. Este es un importante desafío para los servicios de salud públicos de los países de la región, imprescindible para poder controlar la epidemia y mejorar la calidad de vida y la subsistencia de miles de personas que viven con el VIH/SIDA.◆

Bibliografía

- "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, 2002" ONUSIDA, Ginebra, Julio 2002.
- "Estado de la población mundial 2003, invirtiendo en la salud y los derechos de los adolescentes", UNFPA 2003, Nueva York.
- "Vigilancia Epidemiológica en las Américas, Informe Bianual", OPS/PAHO, Washington, Junio 2002.
- "SIDA y Drogas – Reducción de daños en el Cono Sur", ONUSIDA. Fundación Intercambios y UCE de ETS/ VIH/SAIDA, Minist. de Salud. Agosto 2001. Buenos Aires, Argentina.

Propuesta de Buenos Aires*

ATENCIÓN POST ABORTO

Los países del MERCOSUR comparten el crecimiento de la pobreza, el aumento de la brecha entre ricos y pobres, la experiencia de desigualdades crecientes en el acceso a los servicios de salud y en su calidad, hoy inaceptables y que atentan contra el derecho a la salud y la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos para mujeres y varones en nuestros países.

Las convenciones internacionales como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer –CEDAW- y la Convención de los Derechos de los Niños; así como los programas de acción de las Conferencias Internacionales de Derechos Humanos (Viena), Población y Desarrollo (Cairo), Cumbre Social (Copenhague) y de la Mujer (Beijing) a los que los países del MERCOSUR adhirieron, implican el compromiso de gobiernos, prestadores de salud y organizaciones de la sociedad civil para que estas propuestas no queden en letra muerta y garanticen a mujeres y varones el efectivo ejercicio de su ciudadanía en el marco de los Derechos Humanos.

Las todavía hoy altas tasas de Mortalidad Materna existentes en nuestros países y el alto peso del aborto entre sus causas, **requieren adoptar rápida y prioritariamente un enfoque preventivo integral que disminuya la morbi-mortalidad y mejore la calidad de vida de todas las mujeres sin ningún tipo de discriminación por ingreso económico, raza, lugar de residencia, elección sexual u otra característica.**

Reconocemos la necesidad de reforzar la vigencia de los programas de Salud Sexual y Reproductiva que contemplen todos los aspectos: **incluida la atención humanizada, oportuna y de calidad de las complicaciones por interrupción del embarazo o aborto inseguro incluyendo actividades de consejería; la elaboración de indicadores que permitan comparar la situación en los distintos países; y la realización de reuniones periódicas a fin de consensuar normas de procedimientos en la Atención del aborto cuando la ley lo permite y del Post Aborto de las mujeres que así lo requieren en los efectores públicos de salud.**

Buenos Aires, 11 de noviembre de 2003

---

* **Documento aprobado por los 140 asistentes de Argentina, Bolivia, Brasil y Uruguay al Taller "Atención Post Aborto: tema de Salud Pública y Derechos Humanos en el MERCOSUR" organizado por la Secretaria de Salud del GCBA y FEIM el 11 de Noviembre de 2003.**

DESIDAMOS

SUSCRIPCION 2004

La/El/Los ..... suscribe/n

Adjuntan cheque número ..... Banco .....

o efectivo por valor de ..... $ o U$S, a nombre de **FEIM** (Fundación para Estudio e Investigación de la mujer).

FIRMA ..... FECHA .....

NOMBRE ..... APELLIDO .....

DOMICILIO ..... CIUDAD .....

PAIS ..... CODIGO POSTAL .....

TELEFONO ..... FAX ..... e-mail: .....

PROFESION/OCUPACION .....

LUGAR DE TRABAJO .....

VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN EN ARGENTINA: $10 (diez pesos), EN **OTROS PAÍSES: 5 (cinco)**

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL: "**GANANDO AMIGOS**": Permite enviar revistas a hospitales y/o personas que no pueden suscribirse **UN AMIGO $ 20.-, 2 a 4 AMIGOS $ 30.-, 5 a 10 AMIGOS $ 50.-**

Paraná 135, Piso 3, Of. 13 • (1017) Buenos Aires, Argentina. Tel./Fax (54-11) 4372-2763 • e.mail:feim@ciudad.com.ar