



Desidamos

Sobre nuestra
sexualidad
y reproducción



Revista de FEIM • Año X • Número 2 • Noviembre 2002 • Argentina

Barcelona 2002

XIV CONFERENCIA INTERNACIONAL DE SIDA

“Conocimiento y
Compromiso para
la acción”



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. Carlos Gurrucharri

Prof. Nelly Minyersky

Dra. Adriana Procupet (España)

Juez Martín Vazquez Acuña

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

Composición e Impresión

Gráfica Integral

correo-e: altuna@netizen.com.ar

Revista Trimestral Propiedad de la

Fundación para Estudios

e Investigación de la Mujer

Paraná 135, 13, Capital Federal

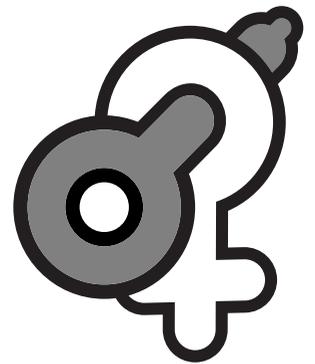
Registro Nac. de la Prop. Intelectual

N° 326.301

Año X • Número 2

Noviembre 2002 • Argentina

**Revista de la Fundación
para Estudio e Investigación
de la Mujer**



Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

INDICE

EDITORIAL

- “Conferencia Internacional de SIDA” por M. Bianco, MI. Re y C. Correa 3

TRABAJOS

- “Manteniendo la Promesa” por Peter Piot 5
- “Revirtiendo el desarrollo: el impacto del VIH/SIDA” por G. Machel 7
- “SIDA: es también nuestro problema no el de otros” por J. Sampaio 10
- “La epidemia del VIH/SIDA: ¿Cómo está? ¿Hacia donde va?” por B. Schwartzlander 11
- “Prevención: una mirada con visión de futuro” por Dra. H. Gayle 14
- “La salud es un derecho, no un bien de consumo” por I. Fernández 17
- “Reducción de daños clave de la prevención y tratamiento del VIH en Europa del este” por K. Malinowska 21
- “La salud de los hombres que tienen sexo con hombres: interrogantes del futuro de la epidemia en Latinoamérica” por V. Terto 24
- “El Empoderamiento de las Mujeres en la prevención del VIH en el Siglo XXI” por S. Solomon 27
- “¿Es posible una campaña masiva promoviendo el uso del preservativo en un país católico conservador?” por M. Bianco 31

HUMOR

- Quino 4
- Sendra 29

CONOCIMIENTO Y COMPROMISO PARA LA ACCIÓN

Una nueva conferencia Internacional generó expectativas entre quienes trabajan, conviven y/o están afectados por el VIH/SIDA en todo el mundo. El número de asistentes continúa creciendo, se incorporan nuevos contingentes de esperanzados participantes. Sin embargo este año muchos vieron frustrados sus planes y no pudieron participar porque las visas no llegaron, o fueron denegadas. Esta fue una protesta inicial, expresada a la Ministra de Salud cuando habló en la Sesión Inaugural, como representante del gobierno español.

Sin duda, las expectativas generadas en la comunidad internacional no fueron totalmente cubiertas tal vez porque es muy difícil lograr hallazgos novedosos y revolucionarios en períodos tan cortos como son dos años. Pero las presencias y claras de líderes mundiales como Nelson Mandela y Bill Clinton fueron los principales eventos a señalar.

La mayoría del conocimiento giró en torno al impacto de la pobreza en el aumento de la epidemia y de la morbi-mortalidad, especialmente en los países no desarrollados. Se discutieron estrategias para abordar el evidente colapso internacional frente al deterioro económico de los países pobres y la consiguiente crisis y desmantelamiento de sus servicios de salud. Inclusive, se puso de manifiesto la preocupación por el aumento del “turismo terapéutico” o la “inmigración terapéutica”, es decir de la cantidad de personas viviendo con VIH/SIDA que deben viajar a otros países para recibir atención médica y medicamentos, por la imposibilidad de recibirlos en su propio país.

Se debatieron las responsabilidades de los gobiernos, las organizaciones comunitarias y las compañías farmacéuticas, por aspectos tan diferentes como los precios de los medicamentos en los países ricos y pobres, las políticas de reforma del sector salud y su impacto en la atención de los más pobres, las políticas de reducción de daños y su importancia aunque difícil implementación, y la evolución de la epidemia a más de 20 años de iniciada. También se habló de la resistencia de los países ricos para aportar los 10.000 millones de dólares para el Fondo Global para Luchar contra la Tuberculosis, la Malaria y el SIDA, cifra que apenas permitirá comenzar a mitigar algunos de los efectos de estas enfermedades en los países del tercer mundo, y que se equipara a la que Rusia recibirá para desmantelar su arsenal nuclear.

Conocimiento sobre el diagnóstico de situación, fué lo que sobró en la Conferencia, en cambio el compromiso para la acción fue muy escaso. No hubo anuncios del gobierno español ni de otros gobiernos de países ricos, de compromisos económicos acordes a la gravedad de las circunstancias. Entre los jefes de gobiernos predominaron y fueron más explícitos los ex que los actuales. Excepto el acuerdo firmado por los jefes de gobierno del Caribe para lograr el acceso al tratamiento de la PVVS en sus países, no hubo otra novedad importante para pensar que las cosas cambiarán.

La evidente “medicalización” del VIH/SIDA implica un achicamiento de los espacios para debatir las cuestiones relacionadas al desarrollo y la economía, es decir a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA y de la población en general. Además la presión de los productores de medicamentos domina en gran medida los temas y presentaciones de las Conferencias. Riesgo que se extiende al peso e importancia de las medidas preventivas versus los tratamientos en los proyectos del Fondo Global. En la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas, en Junio del 2001 se estableció que la prevención y el tratamiento están intrínsecamente ligados, que ya no es posible optar por unos u otros, sin embargo la fuerza del mercado en la salud también en VIH/SIDA es un riesgo de desbalancearnos. Debemos ser todos activos custodios de este balance, único resguardo para lograr una respuesta efectiva en el marco del respeto de los derechos humanos. Ese es nuestro compromiso!

Bs.As., Noviembre de 2002

Mabel Bianco, Maria Inés Ré
y Cecilia Correa



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

MANTENIENDO LA PROMESA

Por Peter Piot*

Discurso Presentado en la Sesión inaugural de la Conferencia el 7 de Julio del 2002

Veinte años después del comienzo de la epidemia cada uno de nosotros arrastra una carga de recuerdos penosos y tristes. Sin embargo, para hacer frente a desafíos imposibles también heredamos un enorme bagaje de coraje y valor. En ese legado nos apoyamos al comenzar esta Conferencia, para que nos guíe en los próximos pasos de nuestra lucha. Una etapa en la que, finalmente, las promesas se vean concretadas.

El Sr. Kofi Arman, Secretario General de las Naciones Unidas, me ha pedido que difunda el siguiente mensaje: “Esta Conferencia reúne a los mejores investigadores sobre el SIDA, a los más resueltos responsables de adoptar decisiones y a los más tenaces activistas en el mundo. Confío en que llevarán la fuerza de su visión a todas y cada una de las comunidades del planeta y a todos y cada uno de los dirigentes de las naciones del mundo. Me uniré a todos ustedes y haré todo lo posible para asegurar que nuestra respuesta a esta epidemia sea urgente, exhaustiva y determinada.”

El Secretario General ha adoptado el SIDA como una prioridad personal. Lo mismo puede decirse de los 30 presidentes o vicepresidentes que han tomado el mando directo de sus respuestas nacionales al SIDA. Y de los presidentes y primeros ministros que participarán en esta Conferencia. Su implicación señala el camino hacia una nueva era: **la era del SIDA como una cuestión política de alcance mundial**. Existen señales de progreso: Actualmente se gasta más dinero en actividades relacionadas con el SIDA de lo que nunca antes se gastó: en los países en desarrollo, hoy día se dispone seis veces más dinero para el SIDA que en 1998. Asimismo, hay más actores que nunca. ¿Quién hubiese pensado que el Patriarca de la Iglesia Ortodoxa rusa iba a querer reunirse conmigo para discutir sobre el SIDA? ¿O el gerente general de Daimler Chrysler? ¿O que en una reunión de Jefes de Estado africanos un niño les preguntaría por qué invertían en guerras y no en SIDA? Esto es sólo el comienzo. Está claro que la epidemia de SIDA se encuentra aún

en sus primeras etapas. Procuremos ser, pues, igual de claros: nuestra respuesta al SIDA está en una fase más incipiente aún.

¿Estamos preparados para hacer frente a este desafío? ¿Para luchar contra el SIDA en la escena política: donde se libran los combates por el poder y los recursos? Juntos, hemos ido más allá del punto donde los dirigentes mundiales se habían desentendido de nuestras demandas. Se han hecho promesas. Ahora, se trata de cumplirlas. Los gobiernos han prometido liderazgo: todos ellos, en la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA celebrada el año pasado y en varias otras Cumbres. La industria farmacéutica también tiene promesas que cumplir. Y los científicos deben trabajar donde están las verdaderas necesidades, no simplemente donde están el dinero y la gloria.

Y los líderes de la sociedad civil deben ser promotores tenaces, comprometidos con toda la comunidad, no sólo con un grupo élite. Y los padres de todo el mundo han hecho promesas a sus hijos:

- Os protegeremos.
- Os daremos los conocimientos y el apoyo que permitirán protegeros a vosotros mismos.

Si rompemos esas promesas perderemos la confianza, y con ella la lucha contra el SIDA. **Pedimos a los dirigentes mundiales que tomen nota: el éxito es posible**. Los esfuerzos de prevención desplegados en un número creciente de países en desarrollo demuestran que es posible lograr importantes descensos en las tasas de VIH. La terapia antirretrovírica ha reducido la mortalidad en los países de ingresos elevados. El Brasil ha demostrado que esos mismos resultados pueden alcanzarse en cualquier sitio.

¿Cómo todavía después de 20 años de epidemia, las personas que viven con el VIH siguen siendo el blanco del odio? ¿Por qué en África solo reciben tratamiento antirretroviral 30.000 personas cuando lo necesitan cien veces más ciudadanos de ese continente? ¿Por qué todos los años nacen infectados por el VIH 750.000 niños cuando esa enfermedad es prevenible?

* Director Ejecutivo de ONUSIDA

¿Por qué no hemos podido contener la impresionante progresión del VIH?

Las respuestas están relacionadas con el poder y las prioridades. Seamos claros sobre cuales son las nuestras. **La prevención y la atención son prioridades complementarias, no rivales.** La prevención asegura el futuro. La atención y tratamiento ahorra vidas y dinero inmediatamente. Ninguna nación se negaría a luchar contra un ejército invasor simplemente porque algunos expertos plantearan que sería menos costoso invertir en defensa contra invasiones futuras. **No se trata de dar prioridad a las vidas de hoy frente a las vidas de mañana.** Porque la calidad de las vidas futuras depende de la calidad de las vidas de hoy. El tratamiento es técnicamente posible en todos los rincones del mundo. Ni tan sólo la falta de infraestructura es una excusa: actualmente no hay muchos lugares en el mundo donde la infraestructura sanitaria ya existente se utilice al máximo para facilitar tratamiento contra el SIDA. **No es la falta de conocimientos el obstáculo, sino la de compromiso político.**

Sólo se necesitan 10 mil millones de dólares para implementar una respuesta a la epidemia que sea creíble. Esa cifra es tres veces mayor que la suma de dinero disponible hoy día. Todos los que aportan fondos —los gobiernos, las empresas, los ciudadanos y el nuevo Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo— deben perseguir este objetivo y empezar a recaudar su parte. No actuamos cuando el SIDA arrasaba al África subsahariana, esto jamás debe repetirse.

No podemos permanecer pasivos mientras otros continentes repiten la misma historia. Tampoco podemos fallarle a África en sus intentos por contener la devastación que produce la epidemia.

Para lograr un progreso sostenido frente a la epidemia, llegó y hasta pasó, la hora de enfrentar los factores que condicionan la inequidad global. Llegó el momento en que debemos incorporar al SIDA firmemente en la agenda política que configura el orden mundial: un mundo que va más allá de la ciencia y la salud pública tradicionales. Las negociaciones comerciales internacionales pueden marcar una mayor diferencia en acceso al tratamiento del SIDA que cualquier número de planes nacionales. Los límites impuestos por los donantes en el desembolso al sector público no deben luchar contra la inflación a expensas de la inversión sostenida en el campo del SIDA. Países con ingresos medios que tienen una alta carga del SIDA tienen que

beneficiarse de condiciones lo más favorable posibles para recibir asistencia financiera y prestamos, para así no llegar a convertirse en países sub-desarrollados.

Debemos aliviar la carga invalidante de la deuda a que está sometida África: los US\$ 15 mil millones anuales que desaparecen en el fondo del pozo de dinero. Esa cifra equivale a más de cuatro veces el gasto en salud y educación, los elementos constitutivos de la resistencia contra el SIDA. Conseguir la educación para todos es crucial para el desarrollo y es también el primer paso para combatir la desigualdad de género que alimenta la epidemia.

Por consiguiente, hagamos que la respuesta al SIDA sea verdaderamente política: hagamos que llegue el día en que los líderes que cumplan con sus promesas frente al SIDA reciban la recompensa de nuestra confianza, y los que no, pierdan su trabajo para dar lugar a otros que cumplirán.

La primera fecha acordada para el cumplimiento de las promesas hechas en la Declaración de Compromiso adoptada en la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA es el 2003. Cuando esta Conferencia Internacional vuelva a reunirse en Bangkok sabremos quién ha cumplido esas promesas y quién las ha roto. Bangkok será el momento apropiado para rendir cuentas. **No hemos venido a Barcelona para re-negociar las promesas. Estamos aquí para encender el liderazgo, para comenzar a cumplir la promesa.** Tenemos que combatir inflexiblemente el estigma: esto es innegociable. Tenemos que construir la alianza científica en gran escala que nos lleve a descubrir una vacuna contra el VIH: esto es innegociable. Tenemos que proporcionar y prevención y tratamiento a todo el mundo: esto es innegociable. Tenemos que obtener US\$ 10 mil millones: esto es innegociable.

Vencer la epidemia es posible, pero no es inevitable. Tenemos que unirnos para vencer.

En ocasiones pasadas, lograr buenos resultados contra el SIDA ha significado hacerle frente al poder y darle la vuelta a las ideas convencionales ampliamente aceptadas. Los hombres 'gay' y los usuarios de drogas intravenosas han forzado su acceso a las instancias de decisión política. Lo hemos logrado otras veces y ahora tenemos que lograrlo nuevamente. Este es el momento de acelerar nuestra lucha, de ponemos a trabajar y a producir resultados para nuestras comunidades. **Esta es nuestra promesa, que cumpliremos. Esto es no-negociable.♦**

REVIRTIENDO EL DESARROLLO: EL IMPACTO DEL VIH/SIDA

Por Graça Machel*

La presentación plenaria en la sesión del 11 de julio del 2002 destacó no sólo los efectos del VIH/SIDA en el desarrollo de las comunidades sino, más importante aún, qué se debe hacer para frenar la epidemia y su impacto.

Es un placer unirme a Uds. en la lucha para cambiar el rumbo de la pandemia. El impacto del VIH/SIDA está deteriorando, incluso en algunos casos tirando abajo décadas de progreso económico, social y político. En Africa el continente más castigado por el VIH, vemos claramente cómo actúa la pandemia revirtiendo años de esfuerzos para combatir la pobreza. A medida que la epidemia se afirma, esta tendencia se está afianzando en Asia, Europa del Este y Sud América, donde están tratando de superar los efectos de la pobreza y ahora los afecta el SIDA. Todavía podemos parar la pandemia. En vez de hablarles sobre cómo el SIDA afecta el desarrollo, les voy a hablar de qué tenemos que cambiar para revertirla.

El VIH demostró ser un virus muy agresivo, ataca a todo el cuerpo deteriorando el sistema inmune. A esto se agrega el estigma, el deterioro económico y la falta de acceso a tratamiento y cuidado que pueden minimizar los efectos del virus. Todos estos factores afectan la salud y el bienestar de las personas. Efectos que se multiplican en nuestros países y regiones. El virus enferma y mata personas, debilita y sobrecarga a las comunidades, destruye la economía y devasta la infraestructura social. Ya mató a millones y dejó a muchos enfermos y moribundos. En lo social, la muerte temprana de niños, los millones de niños que deben cuidar a sus padres enfermos o moribundo, mientras las tradiciones que apoyan a las familias colapsaron por la pobreza. En lo económico el SIDA deterioró las frágiles economías ya debitadas por la globalización, los efectos negativos de los programas de ajuste estructural y la corrupción. La enfermedad está afectando a maestros, médicos y otros funcionarios comprometiendo la educación, la salud y la seguridad, el virus está atacando la razón de ser de los gobiernos: servir

y proteger a sus ciudadanos. Cuando el virus ataca no deja nada igual. No fuimos suficientemente agresivos, ni tuvimos estrategias integrales, ni un buen compromiso, y esto se aplica a todos: gobiernos, sociedad civil incluyendo ONGs, grupos privados, religiosos y comunidad internacional.

Gobiernos: la respuesta tanto en el Norte y en el Sur no fue totalmente buena. En África fue tardía y ahora la mayoría es parcial, limitada y con pocos recursos. En muchos casos se iniciaron programas preventivos, pero es claro que la prevención está unida al tratamiento y pocos gobiernos apoyan claramente el cuidado y dudan o son fatalistas acerca de extender el acceso al tratamiento. Para revertir el deterioro en el desarrollo y cambiar el curso de la epidemia necesitamos diseñar e implementar estrategias amplias y comprensivas como el virus. **El paradigma debe ser prevención y tratamiento, incluir buena investigación y monitoreo local, reforzar el sistema de salud, mejorar el acceso a la educación y erradicar la estigmatización como partes de un enfoque integral. Por eso intervenciones sólo centradas en atención médica no tendrán éxito.** No podemos adoptar intervenciones parciales o verticales. También nuestros gobiernos deben movilizar a toda la sociedad en esta lucha. Las elites sociales, las minorías marginadas, los grupos económicos poderosos, los guardianes morales y líderes comunitarios de las ciudades a los pequeños poblados, sólo tendremos éxito si movilizamos a todos como fuerzas de cambio. **Y las mujeres deben ser un importante grupo en esta movilización.**

ONGs: si viajan por África encontrarán miles de personas luchando para cuidar a sus parientes, al creciente número de huérfanos y tratando de sobrevivir. Iniciativas en pequeñas comunidades que pueden ser mínimas frente al terrible impacto pero que mejoran las

* Co-Presidenta de la Organización Nacional de Niños, Sudáfrica.

vidas de mucha gente que si no moriría. Iniciativas que prueban cómo la infección se puede prevenir, pero que también hay vida después de la infección. Lo mismo se puede decir de ONGs que trabajan en Asia, Norte América y Europa: ONGs que con pocos recursos realizan excelente trabajo. **Pero también hay grupos de la sociedad civil y ONGs que no optimizan sus efectos, frecuentemente escucho historias de competencias y territorialidad en vez de colaboración y apoyo.** Por eso muchas ONGs tienen gran impacto local pero su trabajo impacta poco a nivel nacional o regional, las iniciativas son fragmentadas, falta el trabajo en red y compartir lecciones. **Esa territorialidad entre ONGs se extiende a su relación con los gobiernos.** A veces son los gobiernos que ponen obstáculos, pero también a menudo las ONGs adoptan enfoques antagónicos con los gobiernos. Los roles de ambos deben ser diferentes pero sus resultados deben orientarse ambos a servir a los ciudadanos. **Criticar al gobierno no es suficiente, tenemos que encontrar caminos para avanzar.**

Sector Privado: el impacto económico del VIH/SIDA se planteó muchas veces pero mal. El VIH/SIDA implica menos productividad, menos trabajadores y menos jóvenes entrenados que se incorporan. La sociedad internacional ha promovido la participación de empresas privadas como un método para proveer tratamiento que el gobierno no puede afrontar. Sin embargo el sector no se involucra. Hay ejemplos excepcionales de empresas que desarrollan políticas sobre VIH/SIDA, pero esto sucumbe al implementarse y la coalición mundial de empresarios es un ejemplo. **Pero la mayoría de las empresas no tienen políticas ni estrategias para combatir el VIH/SIDA y se necesita un concertado trabajo en red.** Si las empresas no pueden trabajar efectivamente entre si cómo podrán hacerlo con los gobiernos y la sociedad civil? Por supuesto está el papel de las empresas farmacéuticas. A pesar de los esfuerzos y algunas reducciones de precios, el costo del tratamiento ARV es inalcanzable para los gobiernos del Sur e incluso el tratamiento para infecciones oportunistas es inalcanzable. El proyecto de ONUSIDA de proveer drogas rebajadas para los gobiernos de África sólo permitió ampliar tratamiento a 22000 personas en 11 países. En un continente con 28 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, solo 30000 reciben tratamiento ARV, los precios deben bajar. Cómo podemos escuchar estas cifras y todavía discutir sobre las patentes y de cómo no perder dinero? Seguramente las empresas farmacéuticas pueden autorizar el uso de ciertas patentes para que se produzcan genéricos de bajo costo? Esto

no es caridad, es sobrevida para continentes enteros. Una lección clave de Brasil es que en África tenemos que promover la producción local de drogas claves.

Grupos religiosos: tienen una gran influencia, sus redes no tienen rivales para llegar a amplios números de personas a través del mundo. Como líderes locales son los únicos que pueden enfrentar los derrumbes sociales, emocionales y espirituales. **Los líderes religiosos están en una posición única para la batalla contra el estigma, para apoyar y estimular el cuidado de las personas que viven con el virus y para abogar por el tratamiento de millones de personas que mueren porque hay quienes anteponen sus intereses políticos y lucrativos a la vida humana.** Las organizaciones religiosas aún no se ven frente a esto. Frecuentemente ellas tienen una tradición de atender enfermos pero aún no se involucraron para presionar por medidas preventivas o en una adecuada focalización en prevención. Es incomprensible como algunos grupos religiosos todavía siguen con argumentos filosóficos en vez de usar su poder para eliminar el estigma o empujar a los líderes que abdicaron sus responsabilidades de amplios mundos de la humanidad.

Acción Regional e Internacional: El SIDA no respetó fronteras y todavía nuestra respuesta es local o nacional. Cuando veo a mi propia región: Sud Africa recuerdo cómo juntos lucharon para superar el Apart Heid. Pero cuando se trata de SIDA trabajamos individualmente y a veces contrariamente. Déjenme ser clara, **si un país desarrolla una estrategia perfecta, si otros países no tienen perfectas estrategias, a largo plazo sus efectos serán nulos.** Esto es así para las distintas regiones del mundo y el mundo también. Se hicieron algunos esfuerzos regionales como el Foro 2000 de Desarrollo africano y la Conferencia de Abuja en el 2001 que ayudaron a cambiar el clima político sobre la pandemia en África, un ejemplo fue el acuerdo de los gobiernos de aumentar 15% los gastos en salud. Esto demostró que hay cosas que podemos hacer nosotros a pesar de los escasos recursos y sin esperar ayuda externa, pero todavía no se implementaron esas estrategias.

Aún si los gobiernos del Sur empiezan a trabajar juntos priorizan el VIH/SIDA en sus presupuestos y conjuntamente los efectos de la pandemia, ellos no tienen suficientes recursos para autoabastecerse. Este es uno de los más devaluados aspectos de la falla constante de los países donantes que no sostienen sus promesas. Cuántas veces volveremos a estas conferencias y escucharemos hacer promesas que olvidan cuando llegan a sus casas? Por eso pregunto: Dónde están los recursos prometidos por los países ricos? El

Fondo Mundial continúa desfinanciado, se necesita diez billones por año y sólo consiguió dos a completar en tres años. **Si los países cumplieran su promesa de hace casi 30 años de aportar el 0,7% de su producto bruto interno sería más que suficiente para financiar la lucha contra el SIDA, para financiar la educación primaria, las inversiones en servicios de salud y la lucha para erradicar el hambre y la pobreza.** Los objetivos del milenio serían una realidad y no un sueño. Pero todavía con la promesa de algunos países ricos de aumentar sus aportes estamos lejos de alcanzar la meta del 0,7%. En el 2005 los Estados Unidos alcanzarán el 20% y la Unión Europea solo el 50% a pesar de los esfuerzos de Suecia, Noruega, Dinamarca y Holanda, el único país que regularmente aporta el 0,7%. Y hablamos de alcanzar en 3 años estos porcentajes, cuánta gente se infectará? Cuántos niños quedarán huérfanos? Cuántos morirán? No quiero usar palabras como cínicos o descuidados.

Respuestas: no solo tenemos que aumentar sino cambiar nuestras respuestas. No estábamos preparados para el virus, pero en los últimos años se empezó a romper la inercia. Necesitamos no perder el momento que nos costó tanto tiempo, sino actuamos ya no podremos componer nuestros errores. Para muchos ya es tarde, para los millones que murieron, para prevenir las infecciones evitables, muy tarde para prevenir el dolor de muchos niños huérfanos. Si bien en Africa perdimos mucho tiempo, todavía no es tarde para las futuras generaciones. Superemos nuestros miedos e inercia, todavía podemos empoderar a nuestros niños. Todavía podemos construir nuevas normas para que los niños entre 11 y 12 años puedan adoptar actitudes y comportamientos para protegerse. Uganda y Brasil pudieron cambiar, percibieron el daño y actuaron para revertirlo. Es a través de todos nosotros que podremos, si nos movilizamos todos aumentaría la capacidad de nuestra gente.

Si educamos a nuestros jóvenes, ellos saben y desean protegerse contra la enfermedad. Si compartiéramos los métodos mejores para cuidar y atender a las millones de mujeres del mundo que cuidan la salud de sus familias. Si aseguramos que las personas viviendo con el VIH/SIDA tienen la información adecuada de cómo mejorar su sistema inmunitario,

qué infecciones los pueden afectar, qué alimentos y drogas prolongan sus vidas. Si pudiéramos ofrecerles tratamiento como parte de programas integrales de cuidado y prevención. **Con buen cuidado y tratamiento millones de personas que viven con el VIH podrían vivir saludables y con una vida plena muchos años.** Imagínense la diferencia que hacen 10 años de vida plena. Esto puede ser una madre que vive y cría su hijo hasta los 17 años y no una que muere cuando tiene 7 años. Estos 10 años permitirán a un maestro compartir su experiencia y habilidad con cientos de niños, en vez de que se incorporen a los miles de niños sin escolaridad por falta de maestros. Este tiempo le permitiría a los gobiernos desarrollar los programas para evitar el colapso de la educación y la salud, capacitar recursos y achicar la brecha en maestros y personal de salud que produjo el VIH/SIDA. En la vida de un productor rural 10 años le permitiría producir alimentos e ingresos para su familia y evitar que se incorpore a las muchas que agregan aún más fragilidad económica a los países.

Futuro: esta epidemia no surgió del vacío, la pobreza, la mala educación, los inadecuados servicios de salud y las pobres condiciones socio-políticas contribuyeron a generarla y fueron agravadas. Para ser exitosos tenemos que ser amplios en nuestras respuestas. Para que los adolescentes puedan protegerse tenemos que mejorar su educación acceder a información y saber cómo usarla mejor. Debemos adoptar enfoques para proteger sus derechos humanos y la promoción de la igualdad en todas sus formas en todas las esferas de la vida nacional, aumentar la capacidad de cambiar conductas y estimular las prácticas sexuales seguras, eliminar las desigualdades de género que afectan a todos los continentes, aumentar la productividad y permitir a nuestra gente incluidas las personas viviendo con el virus, una larga, productiva y saludable vida, proteger las generaciones futuras, erradicar la pobreza que continua socavando los esfuerzos de prevención, cuidado y tratamiento. Parece que desde la Conferencia de Durban en vez de cuestionar las causas estamos debatiendo estrategias de implementación. **Tenemos el conocimiento, los medicamentos y el como hacerlo, actuemos con urgencia y visión, hagámoslo ahora!♦**

SIDA: ES TAMBIÉN NUESTRO PROBLEMA NO EL DE OTROS

Por Jorge Sampaio*

Presentación en la sesión de jefes de Estados organizada por el Consorcio Mundial de SIDA, organización presidida por Bill Clinton y Nelson Mandela, el 11 de Julio.

Agradezco a los organizadores de la conferencia por incluir a los líderes políticos. Quiero definir como puede cambiar el liderazgo la lucha contra el SIDA. Para ello me referiré a mi experiencia con el problema de la droga, a la que dediqué mucha atención antes de involucrarme con el SIDA. En primer lugar hay que discutir el problema y no pretender que no existe. Hay que incorporar en la discusión a personas con diferentes ópticas y conocimiento del problema. Tenemos que escuchar a quienes experimentan el problema. Estos son pasos esenciales para establecer la dimensión del problema y sus causas. Después tenemos que discutir alternativas y prioridades para enfrentarlo.

Las estrategias deben implementarse con la plena participación de las comunidades afectadas. Una vez establecidas las estrategias hay que evaluar su impacto. Es importante poder aprender sobre el problema porque va cambiando. Esto es lo que trate de hacer en Portugal con las drogas. Creo que hasta ahora funcionó para abrir la discusión, disminuir el estigma y la discriminación hacia los adictos y permitir políticamente una acción diferente. Fuimos capaces de introducir el intercambio de agujas para disminuir el riesgo. Están cambiando las leyes para considerar a la adicción una enfermedad y no un crimen. El debate continua pero avanzamos bastante.

Cuando miramos esta devastadora epidemia la primera prioridad es confrontarla abiertamente. Perdimos mucho tiempo. **Ahora tenemos que recuperarlo y actuar simultáneamente no solo en los países con altas tasas de infección, sino también en los más vulnerables porque la epidemia esta creciendo**

aceleradamente. Gracias a iniciativas como la Sesión Especial de la Asamblea de Naciones Unidas sobre el SIDA nos concientizamos de la dimensión del problema y sus consecuencias. Pero todavía estamos lejos de controlarla. Como líderes políticos tenemos que mantener el SIDA como prioridad en la agenda política. Tenemos que perseverar, insistir e imaginar como llegar a la gente, especialmente a los con mayor riesgo como las mujeres, los usuarios de drogas, los trabajadores sexuales y otros. Tenemos que enfrentar los aspectos relativos a la sexualidad e intentar acabar el estigma. Tenemos que recuperar recursos y apoyo para actuar rápidamente. Tenemos que promover la participación de quienes tienen influencias positivas. Pido el apoyo de los medios, las figuras públicas, los deportistas para que estas iniciativas tengan mayor impacto y se sumen al trabajo de las ONGs. Quiero un mayor papel de las iglesias y las religiones que pueden agregar compromiso social.

Quiero hacer una referencia especial a la comunidad de países de habla portuguesa, especialmente a los miembros africanos. Fueron muy golpeados por el SIDA que esta afectando la situación social y económica. No hay un criterio único para clasificar el sufrimiento de la gente. Pero no se discute el SIDA es la forma más dolorosa y extendida del sufrimiento humano. Usémoslo como un incentivo para institucionalizar redes solidarias con vocación mundial. El Fondo Mundial es el primer paso, **el próximo es reconocer que no podemos controlar la epidemia aislada, sin enfrentar temas como la pobreza y la inequidad de género.** La globalización nos aproxima, cada día hay menos posibilidad de distinguir los problemas de los otros de los nuestros. **Solo hay problemas humanos, para enfrentarlos necesitamos firmeza ética y acción eficaz. Nuestra dignidad esta en juego.♦**

* Presidente de la República de Portugal

LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA: ¿CÓMO ESTÁ? ¿HACIA DÓNDE VA?

Por el Dr. Bernhard Schwartlander*

El Director del Departamento de VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud hizo esta interesante presentación en la primera sesión plenaria, el 8 de Julio.

La cantidad de enfermos de VIH fue creciendo exponencialmente en las dos últimas décadas y descontamos que algunos millones de enfermos se sumarán cada año. Los números pueden cambiar de una Conferencia a otra, pero el efecto que tiene sobre nosotros es consistentemente enmudecedor. Me limitaré a analizar lo que estos números significan.

Una Visión Global del VIH: Destacaré algunos puntos claves. Primero el VIH se encuentra en todos los países del mundo. La epidemia alcanzó niveles desastrosos en algunas partes de África, pero el Caribe, Asia y Latino América no están libres de graves epidemias. No cabe duda que el mayor peso de la epidemia el número de personas viviendo con el VIH/SIDA, las nuevas infecciones y las muertes, se experimenta en los países que están menos equipados para enfrentarla. De los 40 millones de personas que viven con el VIH, 94% vive en países en desarrollo, hay siete países, todos de África Sub-sahariana, donde la prevalencia del VIH entre los adultos excede el 20% de la población. En cuatro de ellos: Lesotho, Swazilandia, Zimbabwe y Botswana, uno de cada tres adultos o más tiene el virus, recordemos que estos son promedios nacionales. En estos siete países las tasas de prevalencia están entre el 30% y 50% en las ciudades más populosas. Esto significa que en Francistown, o Gaborone o Mbabane, cada segunda o tercer persona sentada en un colectivo o caminando por la calle, es VIH positiva.

Una epidemia que cambia: La prevalencia sólo nos brinda una instantánea de la situación en un determinado momento. Recordemos que la epidemia aún está en sus estadíos iniciales, y que su configuración está cambiando rápidamente. África hasta ahora lleva el mayor peso en términos de números, observamos aumentos increíbles de nuevos infectados en algunos de los países más poblados del mundo, en Asia, en

Oriente Medio, y especialmente en Europa del Este. Estas son las regiones en las que la epidemia es más dinámica e inestable, y donde la transmisión se disparó por cambios sociales y económicos. Ninguna sociedad es inmune. El virus está presente en cada país del mundo. Ninguna sociedad puede considerarse ahora inmune al VIH/SIDA y una vez que el VIH está en el país, puede rápidamente diseminarse.

Miren Europa del Este, una década atrás se reportaban muy pocas infecciones. Sólo Polonia y Rumania presentaban bolsones aislados en los inicios de los 90. Mientras África, los Estados Unidos y Europa Occidental presentaban epidemias avanzadas, la mayoría de los países de la región se aferraban a la esperanza de que el SIDA fuera una enfermedad sólo de los países más pobres, o de los más ricos. Año a año, país por país el número de nuevas infecciones comenzó a crecer, en 1995, con las primeras diseminaciones en Ucrania y Belarus, seguidas rápidamente por Moldova en el 96, Rusia en el 98 luego Latvia y Kazakhstan.

En muy pocos años Europa Oriental tiene más personas viviendo con el VIH/SIDA que toda Europa Occidental. Al final de 1998, era impensable que el número de nuevos infectados pudiera duplicarse rápidamente, cada año. Pero esto sucedió, Rusia tiene hoy la epidemia que crece más rápido en el mundo derivada de las altas tasas de usuarios de drogas endovenosas y de infecciones de transmisión sexual, especialmente entre los jóvenes.

Indonesia, el cuarto país más poblado del mundo, es otro ejemplo de cómo la epidemia puede crecer rápidamente. Sabíamos que existían los ingredientes necesarios para una epidemia de gran magnitud. En algún momento, sospechamos si Indonesia era inmune a la epidemia. Fue en ese momento que la prevalencia se disparó entre los usuarios de drogas y los/as trabajadores/as sexuales. Luego se trasladó a la población general, como lo muestra la prevalencia entre los donantes de sangre a finales de los 90. Tendencias similares se observan en China e India, los dos países donde, aún con bajas tasas de prevalencia, la epidemia está lenta pero sos-

* Director del Departamento de VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud.

tenidamente tomando fuerza. Sus poblaciones son tan grandes que estos dos países sólo pueden determinar el futuro de la epidemia en el mundo.

Los países ricos no son inmunes tampoco al crecimiento de la epidemia. En los últimos dos años hay informes preocupantes en las grandes ciudades de casi todos los países desarrollados. La incidencia de VIH está creciendo, especialmente entre algunos grupos, como los jóvenes que tienen sexo con otros hombres, en las mujeres y algunas comunidades étnicas. La morbilidad y mortalidad se han reducido mucho con el tratamiento ARV. Pero los países desarrollados han fracasado en sostener los éxitos iniciales en la prevención, y el optimismo del tratamiento no es la única causa. Tenemos que lograr respuestas más creíbles y efectivas en la prevención para revertir esta tendencia. No olvidemos que cada infección, especialmente donde hay conocimiento y recursos, es demasiado.

Ampliación de las grietas: En los países más afectados, el VIH/SIDA comenzó a erosionar algunos de los éxitos en el desarrollo del pasado. En los países donde las bases sociales y económicas eran débiles, las grietas se ampliaron. Por algún tiempo los índices macroeconómicos han insinuado el impacto, una reducción estimativa del PBI del 2,6% en países con una prevalencia del 20%, y una caída promedio en el crecimiento económico nacional entre el 2 al 4% a lo largo de África. El problema es que el PBI no tiene una cara. Las tasas de crecimiento no nos hablan de las personas, sus familias y sus comunidades. Todavía tenemos poca información del impacto de la enfermedad o la muerte en el mantenimiento de un hogar, la declinación en la nutrición cuando el dinero se gasta en medicinas en vez de comida, la perspectiva de una niña que abandona la escuela para cuidar a sus padres. Tenemos que saber mucho más para poder disminuir el impacto.

El SIDA distorsiona a la sociedad, y ha producido una brecha, los padres no están cuidando a sus hijos, disminuyó la cantidad de maestros, médicos y policías, las escuelas están vacías porque los niños tuvieron que cuidar a sus padres jóvenes, y los ancianos tuvieron que volver al campo porque necesitan llevar comida a los suyos. Aún si hoy reducimos las tasas de infección, todavía tenemos que atender esta brecha.

Estamos empezando a comprender cómo la pérdida de trabajadores destruye sectores claves de la sociedad. Para el 2020, más del 25% de la fuerza laboral en algunos países pueden perderse a causa del SIDA. Ya se ven tendencias alarmantes:

Algunos países informan una prevalencia tan alta como el 40% entre sus soldados, en Kenya, el SIDA es responsable de tres de cada cuatro muertes en la policía, en todas partes los trabajadores de la salud están muy afectados, siendo un doble golpe. Quién cuidará a los

que hay que cuidar? Los países se deben hacer estas preguntas para poder planificar como mitigar las pérdidas, preservar la seguridad, alimentar a las personas, cuidar a los enfermos, educar a los niños, y mantener el funcionamiento de sus países.

En la educación el VIH/SIDA tiene el potencial de erodar el plantel de maestros así como la demanda de educación, y por lo tanto hacer retroceder aspectos fundamentales del desarrollo. Las muertes de maestros se han duplicado y triplicado en los años recientes. Swazilandia calculó que tendrá que entrenar 13000 nuevos maestros en los próximos 17 años sólo para mantener su servicio a nivel del año 1997, eso es 7000 más de los que tendría que entrenar si no hubiera SIDA.

Numerosos estudios demostraron que los chicos de padres fallecidos por el SIDA tienen menores niveles de educación. Un análisis realizado por UNICEF, ONUSIDA, la Oficina de Censo de los EEUU y USAID estima que un 13.4 millones de niños menores de 15 años perdieron su madre, su padre o a ambos por el SIDA en 2001. Para el 2010 se espera que esta cifra se incremente a más de 25 millones. A menos que se tomen y refuercen medidas para sostener a estos chicos, el SIDA disminuirá los niveles de educación, quizás el único factor importante para el desarrollo.

Una tendencia muy preocupante es que casi la mitad de las nuevas infecciones ocurren en los adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 24 años, corresponde a 2 millones de personas jóvenes infectadas en el 2001. Un tercio de los adultos que viven con SIDA, 11,8 millones, son jóvenes entre 15 y 24 años. Casi dos tercios son mujeres jóvenes. En algunas ciudades del Este y Sur África por cada niño infectado, hay 5 niñas infectadas. Esto es una crisis y una oportunidad. Una crisis porque la extrema vulnerabilidad de los jóvenes está poniendo en riesgo el futuro de las sociedades. Los jóvenes son más vulnerables como lo demuestra los siguientes hechos:

- En Myanmar, más de un tercio de las trabajadoras sexuales son adolescentes, la mitad son VIH+
- En dos años, el número de infecciones en adolescentes rusos entre los 10 y 19 años que se inyectan drogas aumentó de 300 a 10000.
- El 70% de los UDI de Buenos Aires comienzan a inyectarse antes de los 18 años, la mitad a los 16 años.
- Un 30% de las adolescentes embarazadas en África son VIH+

Una de las principales razones por la que los jóvenes son vulnerables al SIDA es que no hemos hecho lo suficiente para ayudarlos a hacerse cargo de sus vidas. A pesar que la mayoría de las jóvenes escucharon sobre el SIDA, todavía hay una enorme diferencia entre conocimiento de la enfermedad y poder protegerse de la infección. Los jóvenes pueden

ser el sector más castigado ahora, pero la experiencia demuestra que las personas jóvenes son una fuerza poderosa para revertir la epidemia. En cada país donde hubo reducción de la transmisión, como en Tailandia, Cambodia, Uganda, y Brasil, fue la gente joven quienes cambiaron primero sus hábitos. Es tiempo de canalizar la energía y el entusiasmo de los jóvenes para guiarnos en la respuesta futura.

Podemos revertir la epidemia? Los países que fueron exitosos en reducir la infección están aumentando. En Sudáfrica, datos del último mes muestran una prometedora reducción de la prevalencia entre jóvenes mujeres por tercer año consecutivo. Una vez más la tendencia es en los jóvenes.

Al mismo tiempo, no podemos aceptar que millones mueran. Como sabemos desde 1995, el tratamiento ARV produjo una dramática reducción de la morbilidad y mortalidad, y mejoró mucho la calidad de vida. Ya no hay razón para creer que esto no es posible en los países más pobres. Podemos prolongar la vida de millones, aún si no se cierra la brecha entre las personas tratadas y las no tratadas, entre los pobres y los ricos. Tenemos muchos ejemplos de éxitos con los ARV en países en desarrollo. Brasil mostró el camino. Mostró que es más económico dar los ARV que sólo dejarlos morir. Saben que si no se paga por el tratamiento y cuidado ahora, pagarán más caro después.

Una respuesta integral: Previo a la Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas se realizó un análisis para determinar qué cobertura en prevención y servicios de cuidado son

factibles y los recursos necesarios. En ese momento se estimó que se necesitarían 9,2 millones de U\$S por año para implementar una respuesta integral a la epidemia en los países en desarrollo. En un artículo recientemente publicado en The Lancet analizamos esto. Se estimó no sólo lo que costaría sino también que se lograría. Los resultados demuestran que sin un paquete de medidas integral, habrá otros 45 millones de personas viviendo con el VIH/SIDA en 2010. Sin embargo si los países, ricos y pobres, cumplen con los compromisos asumidos en la Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 29 millones de estas infecciones pueden evitarse.

Demorar esta respuesta otro año va a costar otros 5 millones de vidas. El tiempo de excusas se terminó. El desafío continúa y por ello estamos aquí. En la Declaración de la Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas se logró el compromiso político sin precedentes y se estableció el marco para pedir cuentas sobre los compromisos asumidos.

La reducción de precios puso las drogas al alcance de los pobres. El uso de regímenes simplificados y monitoreo es factible. Se abren mayores oportunidades de financiamiento: el Fondo Global, el Banco Mundial, fundaciones y compromisos bilaterales. Tenemos una comunidad de activistas extraordinaria para ayudarnos. **En dos años, cuando nos encontremos nuevamente en Bangkok, esperemos que esta presentación no se refiera al número de nuevas infecciones, sino a cuántas vidas hemos salvado!♦**

ANÁLISIS DEL COSTO DE PACIENTES CON VIH EN USA

Por Dr. Michael Saag*

El primer análisis amplio del costo de la atención de personas viviendo con el VIH en Estados Unidos encontró una diferencia de U\$S20,000 por año por persona si se tratan pacientes con la enfermedad avanzada o en estadios iniciales. El estudio analizó el costo anual del tratamiento de 700 pacientes durante dos años. El costo se calculó en base a los pacientes actuales según tengan cobertura o se les reembolse por el sistema de Medicare. El costo de los medicamentos se basa en los precios de compras al por mayor. **En los pacientes en un estadio avanzado (CD4<50) el costo por año fue U\$S34,000 y en los estadios iniciales (CD4<350) U\$S14,000.**

El costo de la medicación para infecciones oportunistas en pacientes con SIDA avanzados era U\$S12,000. La medicación no específica tiene mayor variación de U\$S1,800 a U\$S14,000 por año. La hospitalización es el segundo gran gasto en los pacientes con SIDA avanzados, y llega a U\$S6,000 por año. Estos costos caen significativamente de U\$S7,800 a U\$S1,700 por año cuando el paciente mejora. Hay una correlación entre pacientes que se sienten bien con la terapia y la disminución de costos.

De los cinco componentes del costo medidos: medicamentos para VIH, otros medicamentos, hospitalización, costos clínicos y diagnóstico, el más bajo es el clínico que no llega al 2%. Los U\$S340 que se pagan por paciente por año, se usa para salarios de los médicos, enfermeras, registro de las historias clínicas, supervisión de atención domiciliaria, servicios sociales, en terreno y alquileres. Hay una gran diferencia con los reembolsos. Si se comparan pacientes con estados avanzados y otros en buen estado, las mayores diferencias se registraron en medicamentos no VIH y hospitalización.

* Director de la Clínica 1917 de la Universidad de Alabama, USA.

PREVENCIÓN: UNA MIRADA CON VISIÓN DE FUTURO

Dra. Helene, Gayle*

Si no empezamos un agresivo esfuerzo preventivo hoy, podemos esperar 45 millones de nuevos infectados en la década. Pero este escenario es evitable con un paquete de 12 intervenciones a desarrollar hasta el 2005, podemos prevenir 29 millones de infecciones. Para eso necesitamos expandir rápido las estrategias preventivas efectivas. Disminuiremos las tasas cuando implementemos un conjunto de programas científicamente probados, cuando la prevención se integre y esté respaldada por líderes nacionales y esté financiada. La importancia de la prevención puede no ser clara. Expectativas de que las tasas de infección entraban en meseta en los países más afectados de África fallaron, las tasas siguieron subiendo en Botswana, Zimbabwe, Zwasilandia y otros países. Nigeria el país mas populoso, ahora tiene una prevalencia superior al 5%. El Caribe es la segunda región más afectada. Las tasas de infección suben rápidamente en los países más populosos como China, India y Rusia. Incluso en los países más industrializados donde la prevención contuvo la epidemia, hay evidencias que las tasas de infección aumentaban. Por eso se requiere un compromiso más fuerte y sostenido de prevención. Para aumentar las intervenciones efectivas, este año las Fundaciones Bill y Melinda Gates y la Familia Henry Kaiser establecieron un grupo de trabajo compuesto por 37 expertos y personas afectadas e infectadas que revisaron la evidencia científica. El grupo de trabajo presentó un primer informe para la acción para prevenir 29 millones de nuevas infecciones en esta década. El informe identifica obstáculos y hace recomendaciones para ampliar estas estrategias. **Se provee evidencia que ampliando las estrategias efectivas se pueden prevenir alrededor de 2 de cada 3 nuevas infecciones.** Hay análisis que comprueban la eficacia de las intervenciones en los países en desarrollo. Además hay datos sobre el costo-efectividad de las intervenciones preventivas, son extraordinariamente baratas. La distribución de preservativos y el tratamiento de ITS en trabajadores sexuales cuestan 11-17U\$\$ para

prevenir una infección y 1U\$\$ por DALY: años de discapacidad ajustada.

Porqué la epidemia continua creciendo, porqué no se reduce el número de nuevas infecciones? **No falló la prevención, fallamos nosotros.** Lo más obvio es la escasez de fondos para prevención. Los esfuerzos no se financian como para alcanzar los máximos resultados. ONUSIDA estimó que este año el total invertido en prevención es 1,2 billones, que corresponde a un 25% de lo que necesita. Por eso hay una brecha mayor en el acceso a la información y a los servicios. Estimamos solo el 10-20% de las personas en riesgo en los países pobres acceden a intervenciones de prevención. Más de 4 de cada 5 personas no tienen acceso, solo entre el 1 y 10% tiene acceso al aconsejamiento y testeo voluntario o a intervenciones de prevención de la transmisión madre-hijo. En muchos países faltan planes de acción amplios, focalización estratégica y apoyo político. Además por mucho tiempo ignoramos intervenciones que enfrentan los factores sociales y comunitarios no solo los individuales.

El grupo de trabajo identificó pasos específicos que deben seguirse para asegurar las intervenciones preventivas logren el máximo efecto. Recomendaciones claves incluyen aumento del financiamiento hasta por lo menos 4,8 billones anualmente en el 2005. En países pobres se necesita invertir en capacitar, transferir tecnología y ayudar a construir capacidad sustentable para la prevención. Además **los esfuerzos deben focalizarse estratégicamente: acceso a preservativos y testeo, apoyo político sostenido y del más alto nivel.**

Frente a la epidemia en los próximos años van a aparecer nuevas tecnologías y estrategias conductuales. La investigación nos ayudará a mejorar las intervenciones. Revisemos algunas de las investigaciones, me limitaré a las de transmisión sexual. Necesitamos urgentemente ampliar las opciones de la transmisión madre-hijo. Otros se dedicaron a las vacunas y los microbicidas pero solo diré que la primera generación de ambos evitará millones de infecciones nuevas. Se dijo mucho del tratamiento de las ITS como prevención del VIH. Pero recién a partir de mediados de los 90 se hicieron investigaciones para evaluar su impacto. El tratamiento sintomático de las ITS en Tanzania redujo

* Directora del Programa de VIH/SIDA y Tuberculosis de la Fundación Gates.

en 40% la incidencia del VIH, no así en Uganda. Se necesita evaluar muchos factores para entender las diferencias, como la presencia de HSV-2. Está próximo a completarse el estudio controlado de prevención 039, que estudiará si el tratamiento con aciclovir para el HSV-2 ayuda a proteger de la transmisión del VIH, participarán 2000 personas de Perú, Zambia, Estados Unidos y Zimbabwe.

La no circuncisión es otro factor de riesgo asociado al VIH. En un meta-análisis de 27 estudios, 21 encontraron que disminuye el riesgo a la mitad en los circuncidados. En 15 estudios en los que se ajustaron otros factores la asociación fue mayor. El efecto protector de la circuncisión es hasta 70% mayor en hombres expuestos como los camioneros. Se está estudiando la eficacia de la circuncisión en Kenia y Uganda, para observar relaciones como los hábitos sexuales entre hombres circuncidados y como es aceptada esta práctica en distintos ambientes socioeconómicos. Además es importante estudiar el impacto en la transmisión de hombres infectados circuncidados a sus parejas sexuales. **El estudio de métodos de barreras como el uso del diafragma es prioridad.** Parece que disminuye las ETS y como el tejido del útero es biológicamente más susceptible que el vaginal, el diafragma que aísla el cuello uterino tendría acción contra la infección. Se están realizando estudios en Zimbabwe, Cote d'Ivoire y Kenia y ya se están planificando estudios controlados.

La profilaxis post exposición –PEP– para el personal de salud y en el tratamiento en la transmisión madre-hijo son importantes. Tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, en casos de sexo desprotegido por violaciones, roturas del preservativo en parejas discordantes se está prescribiendo la PEP. Hay ya estudios de la efectividad de la PEP en la prevención. Un estudio en San Francisco evidenció datos adicionales como cuando empezar la PEP, el nivel de adherencia necesario, los efectos colaterales tóxicos y la reducción de las conductas de riesgo. Los ARV se pueden usar como PEP, por ejemplo el Tenopovir que evidenció ser muy efectivo y más simple que otros ARV y tendría más efectividad en PEP. En los próximos años habrá conclusiones de estos estudios que amplíen las herramientas efectivas de prevención. Pero ninguna nueva tecnología será 100% efectiva o estará disponible para toda la población en riesgo. Por eso hay que mantener un equilibrio entre opciones preventivas biomédicas y conductuales.

En los Estados Unidos y algunos países desarrollados se disminuyeron los esfuerzos preventivos cuando aparecieron los tratamientos efectivos. El aumento del acceso al tratamiento en países con baja

o mediano ingreso tendrá un importante impacto en la prevención. Mejorar la expansión del acceso al tratamiento en estos países es un imperativo moral y de salud pública. Mayor acceso a tratamiento incentivará a la gente a saber su estado serológico, reducirá el estigma por la valoración de la vida y al bienestar de los infectados. También al reducir la carga viral disminuye la infección, esto se evaluará en un estudio controlado en Brasil, India, Malawi, Tailandia y Zimbabwe, si se demuestra efectividad se garantizará la iniciación temprana del tratamiento. El aconsejamiento y testeo voluntario –ATV– es clave en la integración de prevención y atención. En países donde la mayoría no sabe su estado frente al VIH, los esfuerzos de prevención son generalizados. Un mayor conocimiento del estado serológico permite desarrollar programas de prevención entre las personas VIH+. Para lograr el potencial preventivo del ATC exige aumentar estos programas.

Para ser efectivos en la evolución de la epidemia se necesita mejorar las intervenciones sobre las conductas. Se necesita investigar intervenciones para personas infectadas, desarrollar mensajes efectivos para mejorar las intervenciones biomédicas. Enfrentar riesgos sinérgicos, entender el impacto sobre los factores sociales y desarrollar métodos para enfrentarlos. Estudios sobre hombres que tienen sexo con hombres –HSH– en los Estados Unidos demuestran los múltiples factores que impactan la vulnerabilidad. Las tasas de riesgo e infección aumentan con uno o más cofactores como el abuso de alcohol o el uso de drogas. En países ricos y pobres, cada población vulnerable enfrenta múltiples factores sociales y políticos que aumentan la susceptibilidad. Esfuerzos a largo plazo para reducir el riesgo deben considerar las circunstancias de los individuos y comunidades vulnerables. Estos grupos necesitan creer y sentirse incluidos, lo que se denomina “capital social”. Mirando 14 resultados de diferentes enfermedades específicas, encontraron que la falta de capital social predice pobres resultados. A pesar de esto, pocas intervenciones que operan a nivel estructural y alteran el contexto individual se realizaron. Hasta la fecha la mayoría de los esfuerzos preventivos enfrentaron factores individuales de micro nivel. La efectividad de la prevención será mayor cuando se concreten intervenciones diferentes. Intervenciones preventivas efectivas son más que educación, incorporan una combinación de intervenciones dirigidas a las circunstancias cambiantes. Requiere un enfoque combinado que ataque los riesgos de conducta por distintas vías, altere los factores biológicos, empodere a las personas y provee servicios. Los países que triunfaron en re-

ducir las nuevas infecciones usaron una combinación de enfoques. Apoyaron las intervenciones focalizadas, estructuraron esfuerzo contra el estigma y la activa participación de todos los sectores en la lucha contra el SIDA. El mundo tiene la capacidad de cambiar el curso de la epidemia con lo que sabemos ya. **Sin muchos más recursos que el compromiso político podemos tener éxito.**

Qué nos falta entonces para actuar? No tenemos un momento que perder. El costo de esperar es muy alto. La diferencia entre la línea superior e inferior refleja la inaceptable brecha en el acceso a la prevención, y también representa la inaceptable brecha en nuestras conciencias, en nuestra responsabilidad moral y en nuestro sentido de justicia. El SIDA afecta

a las personas más vulnerables, cuando todos nos indignemos con esa injusticia, lograremos la justicia y controlaremos la epidemia. En 1993 la OMS a través del programa mundial de SIDA estimó que invirtiendo 1,5 billones en prevención se reducirían a la mitad las infecciones en el año 2000 y se economizarían 90 billones de U\$S por costos asociados. Hoy necesitamos 4,8 billones para prevención, tendremos que esperar esto se triplique o más para evitar 10 millones de muertes o más? Pagaremos ahora o después, pero cuanto más esperemos el costo humano y financiero será mayor. Como cuando se piensa el mejor momento para plantar un árbol fue hace 20 años, el próximo momento es Ahora!♦

JOVENES CON VOZ EN BARCELONA

Cecilia Correa*

Alrededor de sólo 200 jóvenes de todo el mundo participaron en la Conferencia Internacional de SIDA. Pocas fueron las sesiones orales, presentaciones y discusiones sobre l@s jóvenes y el VIH/SIDA pero menos aún los protagonizados por los jóvenes. Los programas e investigaciones presentados no aportaron datos nuevos ni estrategias para disminuir la epidemia del VIH/SIDA frente al SIDA, que según informe de ONUSIDA y UNICEF, en el año 2002, el 50 % de las nuevas infecciones alrededor del mundo corresponden a jóvenes de 15 a 24 años de edad.

Durante la conferencia se creó la **“Fuerza Juvenil Barcelona” (Barcelona Youth Force)** para aumentar la visibilidad y participación en distintos ámbitos de la conferencia de l@s jóvenes. Esta Fuerza realizó varias actividades pero el evento más significativo fue el **“Foro Global sobre VIH/SIDA”** realizado en el marco de la campaña **“Staying Alive”** de MTV Europa que con otras organizaciones* se lanzó en la Conferencia. En ese Foro participamos 25 jóvenes de todo el mundo realizando preguntas a líderes mundiales de distintos ámbitos, principalmente Bill Clinton.

Como representante de Argentina pregunte a Clinton sobre los problemas de género relativos al VIH/SIDA y las mujeres jóvenes. El ex presidente respondió ... *el problema es mayor en países donde se discrimina a la mujer... el primer paso es una agenda más amplia para las mujeres y las jóvenes....*” Su respuesta estimuló le expresara que vivía en Argentina y entendía su planteo. Clinton muy interesado continuó *“¿Cómo esperan sus hombres recuperar la grandeza de la Argentina sin la ayuda de las mujeres?... Creo que si estuviera en la Argentina usaría la crisis actual para enfatizar que nunca saldrán de la misma a menos que toda la población Argentina ayude a lograrlo... para eso es fundamental las mujeres no padezcan desigualdades...”*¹.

En la Conferencia l@s jóvenes pedimos “ser escuchad@s y ser protagonistas”. Aspiramos a cambiar “Somos el Futuro”, muchas veces se olvida que vivimos el presente, lo sufrimos, nos enfermamos, trabajamos y luchamos por un presente y futuro mejor. Debemos ser escuchados, entendidas nuestras necesidades y aceptados nuestros puntos de vista. Tenemos ideas innovadoras pero no siempre oportunidades ni espacios para proponerlas y menos aún desarrollarlas. Nuestro desafío será exigir mas espacios de participación y cooperación!!!

* Miembro de FEIM. Coordinadora de la Red Nacional de Adolescentes en salud sexual y reproductiva. Miembro del Comité coordinador de la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y reproductivos.

* Youthnet, iniciativa de Family Health International y la Kaiser Family Foundation y otros: USAID, UNAIDS, el Banco Mundial y otras organizaciones.

¹ Pagina web: www.staying-alive.org/ph2/es/ + Bill Clinton Uncut: Part 3

LA SALUD ES UN DERECHO, NO UN BIEN DE CONSUMO

Por Irene Fernández, MD*

Conferencia dictada en la segunda Sesión en memoria
de Jonathan Mann, el 8 de julio en Barcelona.

Es un honor y un privilegio para mí ser la segunda conferencista en memoria de Jonathan Mann. Estoy feliz porque aseguramos la continuidad del trabajo y la vida de Jonathan en nuestras deliberaciones al comenzar esta importante conferencia. El dedicó su vida a construir una respuesta mundial a la epidemia del SIDA, fue un ejemplo de cómo cada uno traslada conocimiento en compromiso y acción. Hoy más que nunca, tenemos el desafío de fortalecer, profundizar y consolidar lo que Mann nos legó, “La respuesta mundial a la epidemia del SIDA”.

La importancia y realización del trabajo de Mann se evidencia con su intenso compromiso con las comunidades de Africa que sufren y mueren de SIDA. Clarificó la importante asociación entre Derechos Humanos y vulnerabilidad al VIH/SIDA. Escribió: “En cada sociedad, las personas marginadas, estigmatizadas y discriminadas –antes de que llegara el VIH/SIDA– fueron con el tiempo las que más se infectaron con el VIH.”

La realidad

Esto todavía hoy es verdad. Vemos crecer las inequidades y al mundo dividido en dos. Uno rico y poderoso que corresponde a un tercio de la población. En ese mundo el año pasado medio millón recibía ART y 25000 murieron de SIDA, hay recursos y acceso a tratamiento. El otro en que viven dos tercios de la población es pobre, endeudado y vive en desesperanza. Según la OMS 230000 personas reciben tratamiento ART, aproximadamente la mitad en América Latina y la mayoría en Brasil. Hay que felicitar a Brasil por su táctica agresiva y proactiva frente a las compañías

farmacéuticas para obtener drogas baratas e incluso fabricar sus propias copias. Pero aún el número de personas en tratamiento es muy pequeño. Solo 30000 de los casi 30 millones que viven con SIDA en Africa subsahariana reciben tratamiento. Solo en Africa mueren 2.2 millones de personas por SIDA. La disparidad no es sólo alarmante sino criminal. Los países más poblados de Asia: China, India e Indonesia enfrentan uno de los mayores desafíos y riesgos según ONUSIDA. China e India con un tercio de la población mundial e Indonesia la cuarta nación más poblada del mundo pueden con muy bajas tasas de infección ser devastados.

ONUSIDA publicó un informe sobre el VIH/SIDA en China y señala que si no se hace prevención los infectados pueden trepar de 1.5 millón estimado hoy a 10 millones en el 2010. Esto puede poner a China “en una catástrofe con inimaginable sufrimiento, pérdida económica y devastación social”. El gobierno chino rechazó el informe por incorrecto. Piot dijo que el informe no critica al gobierno que demuestra compromiso, pero “sí lamenta la falta de acción provincial donde las decisiones y la financiación está”. Negar o temer aparecer como “malos” en Asia implica una bomba de tiempo para la epidemia. India tiene alrededor de 4 millones de infectados. En Indonesia la prevalencia del VIH aumenta rápidamente en UDI y prostitutas con más de 40% de los pacientes en centros de tratamiento de drogas infectados. El informe señala que los programas integrales evidencian resultados. En Cambodia la prevalencia bajó de 4% en 1999 a 2,7 en el 2001, y en Tailandia las nuevas infecciones bajaron de 143.000 en el 91 a 29000 en el 2001.

La estigmatización, la discriminación y xenofobia del mundo desarrollado aumenta las desigualdades e inequidades. Nuevas formas de acoso racial contra migrantes, refugiados y desplazados son evidentes. Canadá con su fama de respetar los derechos, hoy impuso el testeo obligatorio. Los trabajadores migrantes en

* Directora de Tenaganita y Presidenta de CARAM - Asia

los países que los reciben deben someterse a estudios médicos obligatorios sin acosenamiento, si resultan positivos son deportados. Y no son advertidos.

Todos sabemos cómo la pobreza aumenta la vulnerabilidad. Recientemente en la cumbre mundial de alimentos, los gobiernos aprobaron el mismo plan que aumenta el hambre en el mundo desde 1996. Insisten en las prescripciones de “liberalización de mercados, privatización y abrir al mercado las necesidades básicas”: simultáneamente se blanquea la represión de los movimientos sociales y de Derechos Humanos que resisten este nuevo orden mundial. El grupo de los 8 insiste que el mercado nos hace libres, cómo podemos creerlo cuando sólo USA invirtió 190U\$S billones en subsidios agrícolas a sus productores y la Unión Europea 160U\$S billones para proteger la industria, mientras los gobiernos del sur tienen que aumentar los subsidios a sus productores? En India mientras millones mueren de hambre tenemos que comprar el arroz y el trigo a Estados Unidos y no cosechar el propio. Esta es la contradicción e hipocresía del mundo rico. El FMI y el Banco Mundial obligaron a los países a privatizar los servicios de salud por los programas de Ajuste Estructural. La privatización incrementó el papel de las fuerzas del mercado en los servicios de salud, que se convirtieron en lucrativos de la salud de la gente. Ahora quienes necesitan usar estos servicios deben comprarlos a través de seguros. Los seguros no incluyen a las personas VIH+, entonces no sólo se los margina sino que se les niega el derecho al tratamiento. **La medicina como bien de mercado atiende a pocos y se guía por el lucro.** “Salud para todos en el año 2000” cayó cuando se privatizaron los servicios de salud, la atención primaria desapareció porque la salud pública se redujo. Sin atención primaria el deterioro de la salud y el ambiente promueve las enfermedades infecciosas. Convertir a la salud en un bien de lucro creó las condiciones para que el VIH crezca.

Las razones

Un factor clave de esto es el proceso de globalización del patentamiento de medicamentos, el precio y la privatización de los servicios de salud. A través de esto los gobiernos no tienen control sobre la salud de su gente. El poder está en manos de las compañías farmacéuticas y las aseguradoras. Los medicamentos aumentaron y millones no pueden pagarlos y se les niega el acceso al tratamiento. Los pobres gastan cada peso que tienen en la enfermedad y la muerte. En Rwanda en 1998-99 el gasto directo fue 93% y solo el 7% fue

gubernamental o de donantes. Esta dependencia de gastos directos entre los pobres es preocupante. En Africa solo 1 millón de niños perdieron los maestros por el SIDA el año pasado.

Sabemos que la nevirapina puede reducir la transmisión madre-hijo. Pero no llega a todas las madres, muchas buscan alguien que pueda cuidar a sus hijos. Los africanos hoy son líderes en cuidado y apoyo comunitario y en programas preventivos creativos. El cuello de botella no es falta de conocimientos, es falta de recursos. Los medicamentos están fuera de las posibilidades de los africanos porque viven con menos de un dólar diario, si hubiera recursos millones podrían salvarse. **La falta de recursos se debe a la falta de compromiso mundial.**

En la sesión especial de Naciones Unidas se calculó que se necesitaban más de 10 billones de U\$S en 2005 para controlar el SIDA. Hasta ahora sólo se consiguieron 2U\$S billones. Piot dijo “Todavía no llegamos al pico de la epidemia. Es un escándalo que la comunidad internacional no haya dado lo que debía. El mundo no puede permitir que Africa se desestabilice por el SIDA”. Los países del G8, no cumplen el compromiso que hicieron en 1970, acordaron destinar el 0,7% del Producto Bruto para ayuda internacional. Pero la ayuda es sólo 0.22% o sea 53U\$S billones cuando deberían ser 175U\$S billones. George Bush en la Conferencia en Monterrey dijo que aumentaría la ayuda a 5U\$S billones por año hasta el 2006. la contribución actual es de 10 U\$S billones: 0,15% del PBI, con el aumento llegaría solo al 20% de la meta. La Unión Europea comprometió 7U\$S billones que alcanzarían a 0.39%, la mitad de lo prometido. Canadá dijo que aumentaría la asistencia un 8% por año, pero el presupuesto de cooperación fue cortado por Jean Chretien. Si los países del G8 hubieran cumplido lo prometido con 200U\$S billones hubiésemos salvado millones de vidas y revertido la pandemia. No sólo es falta de compromiso también son las condiciones de la ayuda.

El nuevo pacto de desarrollo africano –NEPAD– tiene el desarrollo como su meta, pronto Africa tendrá que abandonar las condiciones de la OMC y los SAP que la llevaron a la actual catástrofe. NEPAD menciona al SIDA, porque si no se lo supera en Africa no habrá desarrollo. Los tres indicadores de desarrollo: acceso a alimento, educación y salud, son destruidos por la pandemia. El ingreso familiar está acabado por la muerte de los asalariados, cada moneda se gasta en enfermedad, no hay maestros, sino se para la pandemia seguirá el crecimiento negativo. Hay un formidable compromiso político mundial que movilizó

billones de U\$S rápidamente ante la muerte de 3000 personas por el terrorismo cuya guerra continua. Por qué se valorizan tanto esas 3000 vidas y tan poco las de millones que mueren por SIDA? Por qué la guerra contra el terrorismo es sacrosanta mientras la guerra contra el SIDA es tan débil?

La resolución

EL desafío en la lucha contra el SIDA es un cambio paradigmático. La salud debe reconocerse como un derecho y no un bien de lucro. Cuando se niegan los Derechos Humanos aumenta la vulnerabilidad al SIDA. Entonces con un enfoque de derechos nuestro compromiso debe ser que los pobres tengan acceso al igual que los ricos. Recientemente hubo iniciativas positivas. La victoria del gobierno Sudafricano sobre las compañías farmacéuticas en la corte nos esperanzó, los pobres tendrían drogas baratas, pero los precios siguen altos. Todavía el cóctel de tres drogas que bajó de 1500U\$S a 300U\$S, debe bajar a 50U\$S por año. En Sud África, ONUSIDA estableció un esquema para proveer drogas con descuento, pero sólo logró que 22000 personas las tuvieran, y los descuentos son sólo en pocas drogas y muy reducidos. Brasil continua como ejemplo de cuidado integral con compromiso en prevención. Las nuevas infecciones bajaron con la decisión de dar medicación gratis a más de 100000 personas VIH+. El número de muertes en el 2000 fue un tercio de las del 96, el costo anual de la medicación está compensado con los resultados. Legislación similar se está logrando en Sud y Centro América.

El nuevo paradigma de acceso a tratamiento empezó a tener efecto y las grandes inequidades mundiales se resolvieron bajando las barreras de acceso. El precio preferencial de las drogas para VIH en los países de ingreso bajo y medio lo ha aceptado la industria farmacéutica. Los precios están bajando y el derecho de invocar la licencia voluntaria u obligatoria sobre medicamentos se afirmó en la última reunión de la OMC en el 2001. Pero esto no es suficiente. Necesitamos atacar de raíz el rechazo a dar tratamiento. Hasta que la salud se reconozca como un derecho fundamental, otras intervenciones como usar fondos del Fondo Mundial para Medicamentos son limosnas. Necesitamos sacar a la salud de la OMC. **La salud no es un bien de consumo.** La atención de la salud debe estar disponible para todos, en especial los pobres. La equidad en salud debe ser el objetivo de los gobiernos y la responsabilidad del acceso a tratamientos y a atención de la salud debe quedar en manos de los

gobiernos no de las corporaciones farmacéuticas. Las políticas públicas deben surgir de las necesidades de la gente y no de las fuerzas del mercado.

Proteger los derechos humanos y la dignidad de infectados y afectados así como prevenir sin discriminación, el derecho a la equidad, a la educación de los niños, a la atención y apoyo, al trabajo, al matrimonio, a tener una familia y al bienestar deben guiar los programas de lucha contra el SIDA. Los gobiernos y las organizaciones internacionales tienen la obligación de respetar, proteger y promover esos derechos. El derecho a la salud fue adoptado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en mayo 2000. Establece características del derecho a la salud en el contexto del VIH/SIDA, incluida la disponibilidad y acceso a servicios públicos de salud, bienes, servicios y programas.

La resolución 2001/33 de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre "Acceso a medicamentos en pandemias como el VIH/SIDA, reconoce el acceso al tratamiento es fundamental para lograr la completa realización del derecho a los más altos niveles disponibles de salud física y mental. La resolución pide a los Estados políticas que promuevan la disponibilidad de medicamentos para el SIDA suficientes en cantidad y accesibles a todos. La relación entre VIH/SIDA y Derechos Humanos también fue reconocida en la Asamblea Especial de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en el 2001. El marco internacional de Derechos Humanos brinda bases sólidas a individuos y organizaciones para demandar y reclamar sus derechos, resistir la exclusión y marginación, y luchar por la justicia social.

La respuesta

Jonathan Mann se apasionó cuando trabajó en comunidades afectadas y confrontó cómo cedían sus intereses. "Prevenir enfermedades prevenibles, discapacidad y muertes prematuras, como proteger al vulnerable debe entenderse como un desafío al estancamiento político y social." Intervenimos hoy porque creemos en un futuro diferente. En este encuentro desafiamos a luchar contra el SIDA a nivel mundial. **Llegó el tiempo de consolidar conocimientos, experiencias y fuerzas, debemos quebrar las barreras de las inequidades en todos los niveles, confrontar al compromiso político y sobre todo proteger la vida.** Hoy más que nunca debemos luchar por el acceso al tratamiento para todos en el mundo. Los ricos debemos reconocer nuestra obligación moral con los pobres. De-

bemos desafiar el compromiso de nuestros gobiernos. Kofi Anann, Secretario General de Naciones Unidas dijo: “En la guerra contra el SIDA no hay nosotros y otros, pobres y ricos, sólo un enemigo común que no reconoce fronteras y nos afecta a todos.” **Nuestro conocimiento y experiencia devenido compromiso debemos compartirlo con los jóvenes, si ellos no creen en esta lucha habremos perdido la mitad de la batalla.**

Los objetivos del milenio que surgieron de la Cumbre de septiembre 2000, incluyen parar y empezar a revertir el SIDA mundialmente en el 2015. Incluyen: superar la pobreza, asegurar la educación primaria para todos, promover la igualdad y el poder de las mujeres, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Este paquete integral es necesario para aliviar e impactar la epidemia. Pero todos los objetivos serán

realidad si el compromiso se traduce en acción. La acción empieza por movilizar a las comunidades para que determinen qué es la mejor atención y tratamiento. La salud se centra en la gente y es determinada por ella, no por las fuerzas del mercado. El desafío nos queda a cada uno, elijamos estar presentes y hacer la diferencia. Jonathan de Vera un amigo que murió de SIDA hace dos meses dijo: “Cuando me dijeron el resultado, me shoque. Me sentí débil, hasta hoy nunca supe cómo logré llegar a casa. Ahí pensé que la vida es hermosa y nunca se debe regalar. Es un regalo de Dios.” La vida tiene el mismo valor en Nueva York, India o Mozambique. Debe ser protegida a toda costa, no puede ser arriesgada ni convertida en un consumo. La misión es nuestra, todos tenemos el potencial para lograrlo. No dejemos al SIDA robarnos esta oportunidad.♦

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO EN ARGENTINA

Por Adriana Basombrio¹

La transmisión madre-hijo es el modo dominante de adquisición de la infección por VIH en los niños. En nuestro país, las cifras de enfermos de Sida por transmisión vertical representan casi el 7% del total de enfermos. Ésta ha sido la vía de transmisión para el 96% de los 1511 niños enfermos notificados al 31 de mayo de 2002.

La primera notificación realizada fue en el año 1986 y desde esa primera, hubo una tendencia ascendente en el número de nuevos casos por año hasta 1996, donde se alcanzó un pico y luego comenzó a descender a partir de 1997. Descenso que coincidió con la aprobación y difusión de la “Norma Nacional de Sida en Perinatología”, que incluyó el ofrecimiento de la serología para VIH a todas las embarazadas previo aconsejamiento y respetando el consentimiento informado. En el 2001 se observó un descenso importante que puede asociarse con las actividades prevención efectuadas en el 2000-1.

Durante el año 2001 un grupo de trabajo convocado por la Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, conformado por representantes de diferentes Instituciones de Salud relacionadas a la atención de mujeres embarazadas y niños, elaboramos las Recomendaciones de profilaxis y tratamiento para la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Éstas, a través de la Resolución Secretarial N° 30 del 30 de mayo de 2002, acaban de ser publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación. Estas recomendaciones establecen pautas de funcionamiento de los servicios de salud y de su personal, a fin de reducir la transmisión del VIH de la madre al hijo, basada en los recientes avances en ese área del conocimiento científico y en la factibilidad de su implementación en el país.

La transmisión madre-hijo puede ocurrir durante el embarazo, el parto y/o por la lactancia materna. Sin ninguna intervención, aproximadamente un 20% de los niños se infectan antes de nacer (infección prenatal o intrauterina), mientras que un 50-80% lo hacen durante el parto (infección intraparto); la lactancia materna puede incrementar el 15-20% el riesgo de transmisión.

Es necesario privilegiar el espacio de la entrevista previa a la decisión de realizar el test, tanto para la mujer embarazada como para su pareja y ofrecerles asesoramiento que les permita evaluar si han estado en riesgo de infección, informarse acerca de la prueba de laboratorio y sus implicancias, decidir si necesitan o no realizarla y reflexionar sobre como prevenir en el futuro la infección considerando su realidad personal y social. A su vez, facilitar los métodos diagnósticos y la accesibilidad al test, lo mismo que la disponibilidad de los tratamientos necesarios si resulta positiva y la elección del modo de parto según el caso, para reducir la infección madre-hijo. Es necesario avanzar en la atención de la reproducción y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes, cuestión aún no suficientemente abordada por los equipos de salud.

¹ Medica Epidemiologa, jefa del Depto. De VIH/SIDA, Municipio de San Martín y miembro de la SAS?

REDUCCIÓN DE DAÑOS CLAVE DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN EUROPA DEL ESTE

Kasia Malinowska –Sempruch-*

Testimonio del drama que enfrentan hoy los países de Europa del Este y cómo es posible enfrentarlo efectivamente

Los que trabajamos en VIH/SIDA en Europa del Este y la Unión Soviética hace 10 años que hablamos sobre los factores sociales, económicos y humanos que nos hacen susceptibles y abogamos por actuar. En el 2002 ya no hablamos más sobre lo que puede ser, el VIH/SIDA llegó y nos está devastando. Hace tres años ONUSIDA informó el crecimiento rápido del VIH en la región. Hay 200000 infecciones oficialmente registradas en Rusia y se estima por lo menos 1 millón de personas viven con el VIH, 90% de ellas usuarias de droga. En Ucrania la situación es similar, cerca del 1% está infectada y la mayoría por consumo de drogas. Como nativa de Polonia no solo estoy aterrada con el rápido crecimiento de la epidemia, estoy frustrada y enojada. El mundo celebró la caída del muro de Berlín, pero nos abandonó a las consecuencias. Si bien muchos países adhirieron a la democracia en la última década, los beneficios económicos nunca llegaron. Somos más ricos en algunas libertades individuales y derechos humanos, pero somos más pobres en otras cosas.

Los sistemas de salud pública se están derrumbando a medida que continúa la crisis económica. Aumenta la pobreza mientras caen la esperanza y calidad de vida. El producto bruto interno per capita es más bajo que en Brasil y Tailandia considerados menos desarrollados. Pero la situación económica es peor en Ucrania y Asia Central que en Rusia, y muchos están obligados a vivir con menos de 2U\$S por día. En Asia Central algunas mujeres trafican droga para comprar libros escolares y zapatos para sus hijos. La industria del trabajo sexual se expande rápidamente. Uno quiere ser optimista pero enfrentamos dos crisis

de salud relacionadas: el uso de drogas inyectables y la infección por el VIH. Si el mundo no puede o no sabe ayudarnos, las consecuencias serán horribles. Una década atrás los activistas en África y Asia señalaban la alarma de la epidemia, sin embargo los gobiernos, las agencias internacionales y las compañías farmacéuticas ignoraron la epidemia en África hasta que se convirtió en catástrofe. Es imposible ignorar murieron millones de personas y más de 10 millones están infectadas. Es un desastre moral. Nunca olvidaremos el fracaso del mundo ante las obligaciones humanas, y esto no se supera con la atención actual de los donantes. Mientras se da respuesta en África debemos considerar estrategias para Europa del Este porque podemos aplicar las lecciones aprendidas trágicamente.

Como en ninguna otra región, el VIH en Europa del Este y Asia central se disemina por uso de drogas inyectables. Los problemas sociales y económicos y el acceso fácil a la heroína y otros opiáceos contribuyeron. Todavía los usuarios de drogas inyectables no reciben atención de la población, que tienen la ilusión que son algo diferente al resto y que la enfermedad y muerte de ellos no altera a la sociedad. Hay padres que ven a sus hijos morir por sobredosis, pero no los llevan al hospital por temor a la policía. Ese temor y silencio alimenta al VIH y prueba que las políticas de drogas están íntimamente vinculadas a las de SIDA. A menudo en los países con rápido aumento de la droga la reacción es endurecerse contra los usuarios. Poner en prisión a los UDIs no es la solución, sólo la agrava porque se ocultan y van menos a los pocos servicios que los atienden.

Estados Unidos es un ejemplo de lo equivocado de la estrategia de penalizar el uso de drogas. Con las leyes de tolerancia cero se llenaron las cárceles de personas encontradas con pequeñas cantidades de drogas.

* Programa Internacional de Reducción de Daños, Open Society Institute.

En vez de realizar programas de reducción de daños gastan billones de dólares en nuevas cárceles, Estados Unidos lidera el encarcelamiento. Favoreciendo la prisión y no el tratamiento las autoridades de Europa del Este condenan a los usuarios de drogas a cárceles sobrepobladas donde comparten agujas y las tasas de VIH crecen mucho más rápido que en el resto de la población. Solo en Rusia 33000 prisioneros resultaron VIH+. Un gran porcentaje de esos prisioneros se infecta con TBC que alcanzó niveles epidémicos en la Unión Soviética. La tuberculosis mata comúnmente a los infectados con el VIH en la región y en las cárceles el 30% son resistentes a los medicamentos. Las sentencias hasta por ofensas menores se vuelven sentencias de muerte. Controlar la diseminación del VIH en UDIs requiere nuevas formas de pensar. Los gobiernos nacionales y locales tienen que implementar políticas de atención flexibles de los usuarios sin castigarlos. Pero aún más importante es que nosotros tenemos que prestar atención a nuestros prejuicios, nuestros estereotipos profesionales. El personal de juzgados debe aprender a darles asistencia. Sabemos esto funciona, en el Instituto de la Sociedad Abierta creemos en el concepto de reducción de daños como el más humano y realista para atacar la diseminación del VIH. O sea permitiéndoles el acceso a métodos para reducir el riesgo de infectarse con el VIH u otras enfermedades como la hepatitis.

Un elemento clave en la reducción de daños es el intercambio de agujas, cientos de estudios en el mundo probaron la eficacia. La provisión de agujas limpias es considerado el método más efectivo de prevención del VIH entre UDIs. Los programas terapéuticos que ofrecen metadona y otros sustitutos también son efectivos. Lamentablemente políticas represivas y rígidas en muchos países hace que sean muy pocos. A pesar de esto la reducción de daños es conocida en nuestra región. Pequeñas ONGs abrieron un negocio para intercambiar agujas en cada país sin apoyo ni aceptación del gobierno. Hay gente que desafía tradiciones y trata a los UDIs como seres humanos y les proveen atención, educación y asistencia. En Polonia un médico habló hace mucho del programa con metadona como un enfoque avanzado de la epidemia. Ahora la mayoría del personal de salud pública acepta estos programas. En Bulgaria hay un pequeño grupo voluntario que lleva un ómnibus aislado a comunidades y ofrece agujas limpias. En Ucrania hay ex usuarios de drogas que son arrestados por buscar información y apoyar a jóvenes en la calle desnutridos y desesperados. En San Petesburgo las mujeres mayores pueden controlarse la presión

en clínicas móviles donde se intercambian jeringas. Hay personal de salud pública que hace lo mejor para apoyar y médicos y enfermeras que se transforman en trabajadores comunitarios.

Sobre estos esfuerzos se debe construir la reducción de daños. Por ahora tienen recursos limitados y son insuficientes. El intercambio de jeringas es una intervención simple, es más fácil que la educación sexual. Sabemos por experiencia las razones que dificultan el uso del preservativo. Los UDIs tienen una larga lista de motivos para no usar jeringas limpias. Cuando visito la región siempre me sorprende que las personas estén dispuestas a viajar con 20 grados bajo cero para ser atendidos, recibir una tasa de té y encontrar una enfermera que les drena un absceso sin darles un sermón. Si el programa estuviera bien diseñado se podrían cubrir más personas. No hay razones para que la gente no use agujas limpias. Si todos recibieron jeringas y agujas las usarían. **Además de la prevención del VIH tenemos que ofrecer esperanza a los infectados que se involucran y participan para evitar la infección de otros.** Pero es difícil porque en la Unión Soviética los médicos por ley tienen que informar a la policía los pacientes que consumen. Esto debe cambiar pero es difícil.

Para ser efectivos en la prevención del VIH la gente debe saber que está infectada, para eso se tiene que sentir segura y respetada, esto requiere cambios. Para los que viven con VIH la esperanza es un imperativo, se necesita ofrecerles cuidado. Sabemos que no tenemos posibilidad de ofrecer acceso a antirretrovirales. Pero podemos proveerles tratamiento para tuberculosis y profilaxis para infecciones oportunistas, esto aún no ocurre en muchos lugares. Frecuentemente se preguntan: "¿Por qué me voy a testear? No gano nada" Tenemos que tener una respuesta coherente a esta pregunta. Las pocas opciones terapéuticas disponibles son las últimas disponibles. Un estudio reciente demostró los UDIs son ubicados al final en las listas para antirretrovirales y se les pide interrumpir el uso de metadona. Se dan explicaciones ofensivas y discriminatorias para justificar se les niega tratamiento prefiriendo a otros grupos. Los servicios de salud y los decisores políticos deben cambiar sus métodos de tratar a estas personas, deben comprender que negar el tratamiento porque no adhieren al tratamiento es injusto.

Los argumentos de no adherencia deben considerarse en las intervenciones. Si los prestadores no reconocen la realidad de la vida de los UDIs cuando les indican tratamiento, no sorprende que no lo continúen. La realidad es que muchos quieren dejar de

inyectarse pero es anti ético que solo los de metadona los ayuden. Si se les niega el acceso a estos servicios o tienen largas demoras, el sistema promueve la no adherencia. El horario de atención es otra limitación, en general es de 8am a 3pm. En París estas clínicas atienden hasta medianoche, seguro que las fallas en asistencia son muy diferentes en este caso. Comprobamos en la región que los UDIs apoyados adhieren al tratamiento al igual que otras personas. Muchos diariamente vienen al intercambio de jeringas o provisión de metadona superando los obstáculos del transporte y otros. La solución más que falta de recursos es de saber que hacer. Los rusos que fueron a la luna y construyeron armas nucleares pueden producir genéricos. Se necesita voluntad política.

Las soluciones para la epidemia de SIDA no son

tan fáciles, pero no se puede dejar sola a la gente para encontrarlas. La violencia policial, el rechazo de los servicios públicos y la persecución no solo humillan a las personas y las familias, alimentan la epidemia. Mi padre estuvo preso 12 años por oponerse al comunismo y muchas personas también. No sufrieron eso para ver a sus hijos, nietos y/o bisnietos ser prisioneros por uso de drogas y morir de SIDA. **Las políticas represivas alimentan la epidemia. El intercambio de jeringas y la sustitución terapéutica salva vidas.** Finalmente déjenme agradecer a quienes me inspiran, las personas que ponen su profesión para atender a los UDIs. Los que defienden cambios en políticas de drogas para que la reducción de daños sea una realidad. Su trabajo en la región es un milagro.♦

LIDERES MUNDIALES EN BARCELONA

Por Mabel Bianco¹

Con el auspicio de ONUSIDA, el Consorcio Internacional de SIDA organizó el 10 y el 11 de Julio dos sesiones especiales sobre “LIDERAZGO Y SIDA”. La primera sesión reunió a 11 mujeres líderes del mundo, cada una aportamos nuestra experiencia, conocimiento y compromiso en la lucha para acabar esta epidemia. Líderes sociales como Beatrice Weres de la Comunidad Internacional de Mujeres, Charlotte Faty Ndiaye Presidenta de la Sociedad de Mujeres Africanas por el SIDA, Geeta Rao Gupta Presidenta del Centro Internacional de Investigación de la Mujer, Marie Fischer de USA y la que suscribe, Coordinadora del Grupo de Mujeres de la Sociedad Internacional de SIDA, compartimos con la ex Primera Ministra de Canadá Kim Campbell, las primeras damas de Ruwanda y Zambia, la Directora de UNICEF Sra Carol Bellamy, la representante de ONUSIDA en Asia: Dra. Nafis Sadik y la princesa Rattna-Devi Norodom de Cambodia. Todas coincidimos en que aún “la discriminación y el estigma afectan más a las mujeres que viven con el VIH que el mismo virus”..., “...que las niñas y adolescentes mujeres están mas expuestas al riesgo y son hoy las que se infectan mas, esto es algo que debemos cambiar ya y para eso se deben erradicar los estereotipos de género y mejorar el poder de las mujeres especialmente las niñas y adolescentes”. Como señaló Geeta Rao Gupta “los derechos de las mujeres son derechos humanos y su violación pone en riesgo a las mujeres, esto es no negociable!

La segunda sesión reunió a ocho Jefes de estado actuales y pasados. Allí las voces de Bill Clinton junto al presidente de Portugal, los primeros ministros de Mozambique, Ruwanda y Saint Kitts los ex primeros miembros de la India y de Canadá expresaron su compromiso y se comprometieron a incorporar a otros jefes de Estado en esta lucha, reconociendo sin compromiso político fuerte no será posible lograr las metas aprobadas por unanimidad en Naciones Unidas en Junio del 2001. “Si no se cumplen esas metas habremos fallado en nuestra lucha contra la epidemia, algo nadie puede aceptar ni contribuir a ello. Por eso el compromiso existe, ocupémonos de apoyar y promover que se cumpla!

¹ Medica, Epidemióloga, Presidenta Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer

LA SALUD DE LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES: DESAFÍOS FUTUROS DE LA EPIDEMIA

Veriano Terto Jr.*

El autor plantea preguntas en relación a las políticas de salud y a la relación homosexualidad y SIDA.

En los 80' la aparición de la epidemia del SIDA detuvo el progreso logrado por los movimientos de derechos de los homosexuales durante los años 70', viejos preconceptos se reforzaron, se llegó a considerar la homosexualidad masculina sinónimo de SIDA. Desde su inicio, la asociación entre homosexualidad y SIDA estaba muy ligada.

En los últimos 20 años, el SIDA continúa siendo un grave problema en la vida cotidiana de los hombres homosexuales. Las representaciones sociales aún identifican a los hombres homosexuales como villanos o víctimas del SIDA. A nivel individual, estas representaciones han continuado generando estigmatización y prejuicio asociados con el SIDA, asimilando la homosexualidad a la posibilidad de infectarse con el VIH cuando no se adoptan medidas de sexo seguro. A nivel comunitario, la epidemia requiere respuestas de diferentes sectores gubernamentales y movilización política que demanda garantizar recursos para la prevención como la lucha y penalización de prácticas discriminatorias y prejuicios, de modo de que los derechos humanos sean respetados.

La compleja relación entre homosexualidad y políticas de salud se ejemplifica en Brasil, los homosexuales tienen prohibido por el Ministerio de Salud donar sangre porque se los considera un "grupo potencialmente de alto riesgo" para el SIDA y otras infecciones transmitidas por la sangre. Esta decisión fue cuestionada por los movimientos sociales gay y por ONGs dedicadas al SIDA debido a sus características discriminatorias y estigmatizantes que pudieron haber provocado más daño a la comunidad gay, que al con-

trol de la epidemia del SIDA y a otras enfermedades de transmisión sanguínea. A nivel internacional, en la Sesión Especial de la Asamblea General de la Naciones Unidas sobre SIDA de junio 2001, los prejuicios contra los homosexuales eran explícitos en las alianzas entre países religiosos fundamentalistas, islámicos y católicos, en el intento de excluir la homosexualidad en las declaraciones finales oficiales. La reciente ejecución de homosexuales en Arabia Saudita y el arresto y condena de otros en Egipto, son nuevas evidencias de la discriminación que sufren los hombres homosexuales.

Analizaré algunos de los desafíos que deben ser confrontados en el ámbito de las relaciones entre homosexualidad, salud y SIDA en los próximos años.

Epidemiología

En el contexto Latino Americano y brasileño es tan importante abordar la transmisión homosexual del VIH como la transmisión heterosexual. Existen pocos estudios epidemiológicos cualitativos que permitan unir la homosexualidad con la capacidad para comprender como la epidemia ha afectado distintos grupos de hombres con prácticas homosexuales. Raramente la atención se centra en otros problemas de salud que ellos enfrentan y cómo éstos se superponen unos a otros. La realización de más estudios podría incluso ampliar la comprensión del cambio en la frecuencia relativa de los casos de SIDA, en relación al aumento relativo de la infección heterosexual y a una posible y simultánea reducción de la transmisión homosexual.

En los últimos años, la homosexualidad, como categoría social, ha sido objeto de investigación y de-

* Coordinador de ABBIA, Rio de Janeiro, Brasil.

bate (Heilbrum, 1996, Parker, 1991, McRae, 1990). En la epidemiología, la definición de homosexualidad ha sido problemática, como categoría epidemiológica su abordaje es complejo. No siempre la transmisión homo-bisexual ocurre en hombres con una identidad sexual y social definida como homosexual. También ocurre en hombres que social y sexualmente se identifican como heterosexuales.

Para disminuir la transmisión homo y bisexual, o su estabilización, sería interesante conocer por qué, y dónde estos cambios se distribuyen considerando edad, raza, clase social y regiones geográficas. Existe información sobre la tendencia al aumento de la incidencia de VIH/SIDA en los jóvenes y pobres en Brasil y otros países (Pimenta et al, 2001). Los jóvenes que tienen prácticas homosexuales son especialmente vulnerable al VIH e incrementaron la incidencia dentro de la población homosexual masculina. Antes que se creen nuevos estigmas o que se refuercen los antiguos, es importante que se realicen estudios que ayuden a analizar las tendencias sexuales y correlacionar factores que potencialmente orienten iniciativas preventivas y contribuyan a definir las necesidades de salud de los hombres con prácticas homosexuales, no solo las relacionadas con el VIH/SIDA, sino también a otras enfermedades y su vulnerabilidad.

Prevención

En Latino América, menos del 5% del total de los recursos en prevención de VIH/SIDA están dirigidos a las necesidades de la población homosexual (Caceres y Chequer, 2000). En Brasil, puede ser un poco mayor, pero no corresponde con la importancia que la transmisión homo y heterosexual en el perfil de la epidemia en la región. Los datos epidemiológicos demuestran que en Latinoamérica y Brasil la transmisión homosexual del VIH es tan importante como la heterosexual, son raras las iniciativas de prevención gubernamentales dirigidas a la población homosexual masculina. Las ONGs y los grupos gays han desarrollado la mayoría de estas iniciativas de prevención. En Brasil esto está cambiando, la primera campaña gubernamental masiva nacional abordando la homosexualidad se inició en el 2002, pero es una excepción en el continente.

La población de hombres que tienen sexo con hombres son los que tienen más frecuentemente prácticas de sexo seguro y están mejor informados sobre ETS y el VIH. Eso ayuda a reducir la incidencia de VIH en la población homosexual, como en el Brasil, a pesar que no sea a través de abordajes uniformes (Brasil, 2001 b). Los sectores más jóvenes, las personas pobres

o sujetos a otros factores de vulnerabilidad, tales como la opresión sexual y violencia doméstica merecen mayor atención en las iniciativas de prevención (Pimenta et al 2001). Las dificultades de prevención se relacionan a la vergüenza y culpabilidad que aún existe sobre la homosexualidad en las iniciativas de prevención y de cuidado (Warner, 1999). La culpa y la vergüenza podrían aún justificar las representaciones que sugieren que todos los homosexuales están potencialmente enfermos de SIDA y son responsables de la diseminación del virus en la población. El silencio y la invisibilidad, aún conectadas a la homosexualidad en los medios de comunicación y campañas de prevención, y el temor de realizar el test del VIH o las crisis que sigue luego de recibir un resultado positivo, pueden ser considerados al cuestionar por qué la culpa y la vergüenza se adosan a estar infectado por VIH.

La culpa y la vergüenza también están presentes en algunos mensajes que recomiendan prácticas sexuales seguras. Si fracasan las prácticas seguras, el individuo es visto como irresponsable, negligente y débil en las negociaciones. No siempre es posible practicar sexo seguro en todas las relaciones de pareja a lo largo de la vida. Es necesario entender las distintas circunstancias que confronta un individuo en su vida sexual, en vez de reforzar aspectos normativos de control que los mensajes de prevención transmiten y pueden alimentar sentimientos de culpa y vergüenza cada vez que ocurre un riesgo sexual.

Hasta mediados de 1990, los más utilizados eran los modelos y teorías conductuales (Parker, 2000). Estos modelos recibieron muchas críticas y reformas debido a que priorizan el cambio de conducta como el único modo de reducir el riesgo de infección por VIH. Modelos de conducta más tradicionales se concentran en alterar y medir un aspecto del individuo, una conducta, y terminan excluyendo otros aspectos culturales y sociales que podrían ser claves en el desarrollo y realización de iniciativas de prevención. Modelos recientes toman en cuenta cuestiones estructurales, como situación socio-económica, observancia de derechos civiles y factores inclusive de opresión sexual, violencia doméstica, racismo y nivel de educación.

Al inicio, los modelos conductuales eran importantes en amplificar la información sobre riesgo, métodos de prevención, y llamar la atención sobre la urgencia y necesidad de cambiar ciertas conductas. Estos modelos demostraban evitar ciertas prácticas y cómo adoptar algunas más seguras mientras se mantenía una vida sexual activa. Se puso gran énfasis en el VIH/SIDA, fue visto como la única pauta de salud o enfermedad. Estas normativas y aspectos técnicos podían terminar presentando el sexo seguro como

otra forma de control de la sexualidad sin considerar la calidad de vida sexual, placer o compañerismo.

En las próximas décadas será necesario elaborar y utilizar modelos de prevención que sean más holísticas en el abordaje de la salud. No solo el VIH debe enfatizarse, sino también la identificación de otras necesidades, la prevención de otras enfermedades, la defensa de los derechos civiles, la confrontación de condiciones tanto de opresión social y sexual, y principalmente la promoción del bienestar como un objetivo a ser logrado en la búsqueda por la salud colectiva y realización individual (Ayres 2002).

Cuidado

En general, la orientación sexual no es considerada en los estudios clínicos. Debido a esto, los problemas de salud y las necesidades de salud en los hombres con diferentes orientaciones sexuales permanecen ignorados por la investigación médica. Este ha sido uno de los grandes obstáculos en el tratamiento de hombres con prácticas homosexuales. La salud mental, el abuso de sustancias, otras ETS y la prevención de la violencia raramente son sacadas a la luz en la cuestión de la orientación sexual y una brecha se revela en el cuidado de la salud. Sería útil mirar más allá de los efectos del VIH entre hombres con diferente orientación sexual para comprender mejor su vulnerabilidad e enfermedades como hepatitis C, HPV que puede producir cáncer cervical y anal y otras infecciones sexualmente transmisibles así como atender a la prevención y tratamiento de cáncer de próstata.

Se sabe poco sobre los efectos psicológicos y físicos del stress de vivir en una sociedad con muchos prejuicios relacionados con la homosexualidad. Es necesario tener más estudios que focalicen en depresión, actitudes destructivas y consumo de droga, entre otros, y cómo se relacionan con las dificultades de vivir con una orientación sexual diferente de la dominante. Aún existe homofobia en los servicios de salud y es otro obstáculo mayor para acceder a cuidados de salud apropiados.

Se necesitan estrategias que puedan iniciar y alcanzar una mayor proporción de la población de hombres que tienen sexo con hombres. La inclusión de la orientación sexual en estudios clínicos serían efectivos para amplificar las posibilidades de servicio de salud más integrales, incluyendo el tratamiento y cuidado del VIH. Para conocer las diferentes condiciones y necesidades de la población homosexual, valorizando varias identidades, expresiones habituales, esfuerzos políticos y culturales, existen formas de reconocer las

diferencias sociales, así como romper la presunta referencia de que la enfermedad es predominante cuando se aborda la relación entre homosexualidad y salud. Esto permitiría disminuir los estereotipos y el estigma en los sistemas de atención y la creación de una atmósfera respetuosa en los sistemas de salud. El tratamiento médico debería ser una forma para completar la salud, no sólo la supresión de síntomas. También considerar el desarrollo y realización de los objetivos de vida que estimulan la realización social y personal.

Conclusión

Los desafíos apuntan a la importancia de la colaboración interdisciplinaria y la solidaridad entre investigadores y activistas y la necesidad de integrar prevención y cuidado como las principales guías para la identificación y táctica de la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, así como otros temas de salud que afectan a los hombres gay. Los estudios epidemiológicos deberían armonizar con la investigación social sobre homosexualidad que incluye diferentes factores de la vulnerabilidad social al VIH/SIDA, de forma que el análisis del impacto de la epidemia pueda ser más preciso y la definición de políticas de prevención mejor orientada. Los estudios clínicos también considerarían la orientación sexual de las personas para tener una mejor comprensión de riesgo, incidencia y vulnerabilidad hacia otras enfermedades que pueden afligir a hombres homosexuales. La prevención y el cuidado debería integrarse para garantizar una atención más completa del bienestar individual y colectivo. La promoción de los derechos humanos debería ser una parte fundamental de acciones e intervenciones en el campo de la salud.

La relación entre homosexualidad y salud en las ciencias médicas y la opinión pública, como lo demostró el SIDA, ha reforzado prejuicios contra los homosexuales y es aún una cuestión compleja para ser abordada desde una perspectiva individual y colectiva. La discriminación y el prejuicio no sólo fueron un obstáculo en la constitución de identidades más positivas y experiencias de vida menos traumáticas, sino que también impidieron la implementación de políticas de salud según las necesidades de la gente. Es tiempo de cambiar radicalmente estas relaciones entre SIDA, homosexualidad y salud para que no se basen más en nociones de enfermedad o prejuicio, sino en la solidaridad y la promoción del bienestar de la comunidad y de las personas.♦

EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES EN LA PREVENCIÓN DEL VIH EN EL SIGLO XXI

Por Suniti Solomon¹

La transmisión heterosexual continúa siendo la principal vía de infección en la mayoría de los países en desarrollo. Es bien conocido que las mujeres sufren una gran discriminación por su sexo que facilita la discriminación del VIH. Las niñas y mujeres jóvenes muestran una tasa de VIH mayor que la de los hombres a su misma edad. En promedio las mujeres adquieren la infección 10 años antes que los hombres debido a matrimonios tempranos, violaciones, dedicación a la prostitución por necesidad económica o presión de los pares. La prevalencia de VIH entre adolescentes en Kenya así lo confirma con una tasa a los 17 años de 29,4 % en las mujeres y de alrededor del 3% en los varones, mientras que a los 19 años se observa una tasa de 33,3% en mujeres y sólo 9% en los varones.

Las normas de género que perpetúan el desbalance de poder entre hombres y mujeres están profundamente arraigadas en la sociedad y reforzadas por las instituciones como las escuelas, los sistemas de salud y lugares de trabajo. La mayoría de las sociedades coloca a la mujer en una posición de subordinación, dependencia y pasividad, siendo la virginidad, la castidad y la obediencia las virtudes de la "mujer ideal". En contraste, el varón debe ser independiente, dominante y proveedor siendo sus virtudes la virilidad, la fuerza y el coraje. Debemos reconocer que múltiples formas de masculinidad y femineidad son dinámicas, sujetas a cambio, construidas socialmente. Esta comprensión del género es muy útil en términos de prevención del VIH porque significa que la modificación de identidades de género son posibles así como relaciones de género más equitativas y sexo seguro.

Es muy preocupante el incremento de la violencia contra la mujer. La violencia reduce el deseo de la mujer y su capacidad para negociar sexo seguro. Así como la epidemia se expande entre las mujeres, también observamos una movilización de la epidemia hacia áreas rurales. Esto hace necesario movilizar

recursos que permitan llevar a tiempo información de prevención y servicios a esta población. En los países en desarrollo este proceso es complejo debido a la pobreza, el analfabetismo, la migración, carencia de servicios sociales y médicos, y mayor tendencia a cumplir tradiciones. Se requiere una respuesta multi-sectorial para abordar inequidades económicas, sociales y de género, que incremente el acceso de las mujeres a recursos productivos como la educación, el empleo, asistencia legal, reconocimiento de la sexualidad y que proteja a los/as jóvenes del efecto de los estereotipos de género.

Empoderamiento

El empoderamiento apunta a transformar las relaciones de poder y equilibrar el poder entre hombres y mujeres de forma de reducir su vulnerabilidad en la epidemia. El empoderamiento cree que las mujeres son sujetos y agentes de cambio. Diseñar intervenciones de empoderamiento requiere que se desconstruya las fuentes y componentes del poder. **El primer paso hacia el empoderamiento es la necesidad de promover y desarrollar la voluntad política y liderazgo que posibilite el entorno.** En India la representación femenina en el Congreso es 7%, en las Altas Cortes de Estado y Suprema Corte 4% y 3% entre los Administradores de Servicio Social.

Otra fuente importante de poder es el acceso a los recursos económicos. 35% de Indios viven por debajo de la línea de pobreza. Dos factores modulan el nivel de susceptibilidad y vulnerabilidad de una sociedad: el nivel de distribución de la riqueza y del ingreso, y el grado de cohesión social. La riqueza y su distribución es fácilmente cuantificable. La cohesión social es un concepto analítico sin valor moral. La pobreza fuerza a las mujeres a vender sexo y así aumentar el riesgo de exposición al VIH.

En Asia, después de siglos de dominación masculina, las vidas de las mujeres están mejorando con el desarrollo económico, la modernización y me-

¹ M.D, Directora de YRG CARE, CHENNAI, INDIA Sesión plenaria 9-Julio 2002 Barcelona

joramiento al acceso de los servicios de salud. Más mujeres están obteniendo empleos pagos asegurando acceso a las finanzas. Pero muchas mujeres asiáticas aún enfrentan problemas de bajo status en sus casas y lugares de trabajo. A pesar que las mujeres tuvieron un rol fundamental en la industrialización en Asia, es evidente la discriminación por género en el trabajo. Un estudio en áreas rurales de Bangladesh encontró que la mayoría de las mujeres casadas tenían poco poder de decisión, como visitar al médico cuando enferman o comprar medicamentos para sus hijos a pesar de ganarse el pan.

Otros estudios encontraron que altos niveles de educación y de ingresos no necesariamente aseguran el status de la mujer en las sociedades fuertemente dominadas por los hombres. Los hombres tienen el poder de decisión sobre el sexo y la reproducción. Por tanto trabajar con hombres, beneficia ambos sexos. Paradójicamente, mujeres educadas de clase media muchas veces son más reprimidas dentro del control doméstico que las pobres, que aprenden a tener un rol más fuerte e independiente por necesidad económica.

Necesitamos asegurar la protección de la propiedad de las mujeres y sus derechos hereditarios. **En Zambia, se dice que cuando un hombre muere, su viuda llora con un ojo sólo. El otro ojo debe vigilar a su familia política que puede echar a la viuda de su casa, llevarse sus pertenencias y sus hijos, en una práctica conocida como “apropiación de propiedad”.**

Acceso a información y habilidades

El acceso a la información, educación y habilidades es la fuente fundamental de poder para las mujeres. Debemos brindar información a hombres y mujeres sobre sus cuerpos, la sexualidad, ETS/VIH, reproducción y clarificar los mitos y errores sobre la sexualidad. El acceso a la información es un derecho humano básico muy importante. Brindarle a las mujeres las habilidades para comunicarse con sus compañeros sexuales en temas de sexo y aumentar su conocimiento sobre el preservativo reduce su riesgo y vulnerabilidad a la infección. Las investigaciones demostraron que la educación de pares, le dio a las chicas legitimidad para hablar de sexo sin correr el riesgo de ser estigmatizada como alguien que es promiscua.

_____ **Respetar las diversidades cultural y otras en el país, ayudarán a impartir información sensible al género en los lugares que las mujeres acceden.** Así como es importante remarcar los NO en los mensajes preventivos, también es importante remarcar los

SI, y no culpar ni estigmatizar alienando a la persona a quien el mensaje va dirigido. Las habilidades deberían desarrollarse con metodologías participativas para reemplazar los abordajes didácticos clásicos de los sistemas formales de educación en la mayoría de los países. **Los líderes religiosos, maestros y padres pregonan la abstinencia en vez de dar opciones a los adolescentes.**

Acceso a servicios de ETS/VIH

Las dificultades económicas para pagar el transporte o la pérdida de salario son barreras para el uso de los servicios de salud de las mujeres. Es fundamental para aumentar el acceso a los servicios de salud, la creación de servicios de salud amigables, reducir los tiempos de espera en la clínica y asegurar que los tiempos para el servicio prestado sea conveniente. En las familias donde los ingresos y recursos se disponen entre muchos miembros, las mujeres están aún en desventaja para acceder a los fondos para el tratamiento de su salud, especialmente ETS, porque la familia dispone los recursos primero para los hombres y los niños. Además las mujeres no se perciben en riesgo para padecer una ETS y por tanto pueden no acceder a clínicas especializadas, o pueden no tener síntomas. Integrar las ETS al bienestar familiar facilitará al obstetra y ginecólogo a examinar y tratar a cada mujer incluso si no tiene molestias ya que las ETS aumentan la transmisión del VIH.

_____ **Si se excluye a los hombres de los servicios de salud reproductiva, se brinda la visión de que el tema no les concierne.** Los esfuerzos para que la pareja participe en el asesoramiento en reproducción ayudará a la mujer y al varón a hacer frente de los resultados de ETS/VIH y reducirá el impacto negativo en la mujer. No se puede esperar un buen resultado si una mitad no conoce qué le sucede a la otra mitad. La carga física y emocional del cuidado de los enfermos y moribundos por VIH/SIDA de los miembros de la familia frecuentemente recae en mujeres y niñas. Las niñas más que los niños son retirados de las escuelas para que cuiden a sus progenitores o a los enfermos. Mujeres y niñas deben informarse sobre el control de la infección, para prevenirse de la misma.

Trabajadoras sexuales

Las trabajadoras sexuales enfrentan problemas de salud como ETS y VIH ya que no siempre pueden hacer que el cliente use preservativo. Para evitar estos

problemas, un proyecto, desarrollado en Sonagachi, un distrito rojo de Kolkatta en la India, para reducir el nivel de ETS e incrementar el uso de preservativos entre las trabajadoras sexuales se extendió para promover el empoderamiento de estas mujeres. Esto permitió que tuvieran control sobre sus vidas y resolvieran sus problemas para prevenir el VIH. En 1992, el 1,1% de las trabajadoras sexuales controladas informaban el uso de preservativos. En 1995 se incrementó a 50%. Del mismo modo, mientras la prevalencia de VIH aumentaba entre las trabajadoras sexuales en toda la India, Mumbai 58% y Goa 53% sólo el 5,5% de las mujeres de Sonagachi eran VIH+. El programa continúa creciendo y contribuye con sus continuos éxitos a emplazar el control de las intervenciones dentro de la comunidad, construir capacidades entre el equipo y las trabajadoras sexuales, tratando a las trabajadoras sexuales como personas y respondiendo a las necesidades sentidas de las mismas. Estas medidas deberían replicarse en todo el mundo para ayudar a las mujeres a ayudarse a sí mismas.

Los programas que promueven el desarrollo de tecnologías de prevención de uso femenino se diseñan para reducir el riesgo y vulnerabilidad de las mujeres al VIH. En la India y Tailandia la mayoría de las mujeres casadas en una relación monogámica están en riesgo debido a los deslices sexuales de sus maridos. Un estudio en Chennai en colaboración con el Programa Fogarty de la Universidad Brown, reveló que el 69% de las mujeres no perciben el riesgo del VIH aún cuando el 83% de los hombres tienen múltiples parejas. Esto claramente demuestra el fracaso de las campañas de

comunicación. Por lo tanto no sólo debemos abogar por el desarrollo de microbicidas para las mujeres, sino también sensibilizar a los líderes comunitarios, trabajadores de la salud y hacedores de políticas para desarrollar este tipo de programas. Estos esfuerzos reconocen que el preservativo masculino es una tecnología controlada por los varones y toman en cuenta el desbalance de poder en las relaciones sexuales que dificulta a las mujeres la negociación de su uso, al proveer a las mujeres con una alternativa de prevención controlada por ellas mismas

Conclusión

El verdadero empoderamiento reside en la interdependencia. Mientras se mantengan las inequidades de género, los derechos de las mujeres y las oportunidades de resistir la infección, afirmar sus decisiones reproductivas, exigir el uso del preservativo, y sostener a sus familias estarán amenazados y se extenderá la epidemia y su impacto. **Será imposible crear soluciones efectivas a menos que los hacedores de políticas, los cuidadores de la salud, los medios de comunicación, las agencias de cooperación y otros comprometidos en luchar contra la epidemia tengan en cuenta las dinámicas e intereses de género.** Aprendí humildemente de esta anciana del campo, Mangayarkarasi: “**Así como el carro de bueyes se mueve cuando ambas ruedas están balanceadas, la familia también se desarrollará sólo cuando el hombre y la mujer sean iguales**”. Tenemos un largo camino para andar. ♦

ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

JUNIN 1440 - TEL. 4824-1011/12 - 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.

DESIDAMOS

SUSCRIPCION 2003

La/El/Los suscribe/

n

Adjuntan cheque número Banco

o efectivo por valor de \$ o U\$\$, 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

ESTE AÑO VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN EN ARGENTINA: \$20 (veinte pesos), EN OTROS PAÍSES: 10 U\$\$ (diez U\$\$)

(RECORTAR Y ENVIAR)

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

¿ES POSIBLE UNA CAMPAÑA MASIVA PROMOVRIENDO EL USO DEL PRESERVATIVO EN UN PAÍS CATÓLICO CONSERVADOR?

Por Mabel Bianco¹

En Argentina hasta el año 2000 el gobierno no había realizado campañas publicitarias de prevención promoviendo el uso del preservativo. El proyecto LUSIDA desarrollado por el Ministerio de Salud de la Nación con financiación del Banco Mundial desde 1997, tenía entre sus objetivos promover la prevención y el uso del preservativo a través de una campaña masiva que no pudo realizarse hasta el 2000 debido a la falta de decisión política. En el 2000 con el cambio de gobierno y de los responsables del Programa Nacional de SIDA y del Proyecto LUSIDA, se estableció como prioridad la prevención, iniciándose la preparación de la campaña masiva que se realizó de mayo a diciembre del 2001.

Previamente se planificaron diferentes acciones en los medios de comunicación masivos como radio y televisión, incluyendo mensajes sobre el uso del preservativo; y se instauró una línea telefónica gratuita de consulta especialmente para brindar sobre prevención que se inició en agosto de 2000. También se realizaron actividades de sensibilización, como la divulgación de datos epidemiológicos sobre la realidad de la epidemia y principales factores de transmisión. Se desarrollaron eventos especiales públicos como en el día del estudiante y el 1º de Diciembre, con participación de la prensa y de las ONGs. Durante el verano del 2001 se realizó una campaña en todo el país para concientizar a jóvenes y adolescentes sobre el uso de preservativos, con la colaboración de adolescentes voluntarios especialmente entrenados.

La Campaña Masiva se desarrolló en tres etapas: dos centradas en la prevención de la transmisión sexual y promoviendo el uso de preservativos y otra en la prevención de la Transmisión Madre-Hijo.

Lecciones Aprendidas

En marzo 2001 se efectuó un estudio randomizado, se entrevistaron 900 personas entre 15 y 65 años, para establecer la línea de base con el grado de conocimiento sobre el VIH/SIDA, particularmente sobre la prevención, y el grado de aceptabilidad y uso del preservativo. Cuando se solicitó información sobre métodos de prevención, sólo un 9% refirió la abstinencia sexual. En relación al uso de métodos anticonceptivos sólo el 4% dijo practicaba la abstinencia sexual periódica. El 89% de los entrevistados tenía pareja estable y 87% había tenido relaciones sexuales en ese año. La causa principal referida para el no uso del preservativo fue la confianza en el/la otro/a. Si bien la mayoría de la población es católica, en la adopción de métodos de prevención del embarazo o el SIDA no influye la religión.

La campaña incluyó mensajes de TV y radio, publicidad en revistas y diarios, afiches en las calles. Los mensajes para radio y TV se referían a: el derecho de las mujeres de llevar preservativos y negarse a relaciones sexuales no protegidas; el riesgo del padre frente a una nueva pareja o del adolescente hijo; el riesgo de una relación ocasional sin protección. La publicidad en las calles y diarios incluían el derecho de las mujeres a llevar el preservativo y de usarlo, y que la confianza no es suficiente para prevenir el SIDA, los preservativos sí. Todos los mensajes incluían la promoción del test de VIH ante la duda.

Todas las piezas publicitarias fueron testeadas en diferentes grupos. También se efectuaron reuniones con líderes religiosos para explicarles la necesidad de la campaña así como la responsabilidad del gobierno de brindar información y proveer métodos de prevención, como preservativos.

Recomendaciones

La concientización de políticos y de la opinión

¹ Presidenta Fundación FEIM, Ex directora de la Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

pública del VIH/SIDA como un problema de Salud Pública, es un requisito básico. Es importante separar las responsabilidades del gobierno y de los grupos religiosos frente a la epidemia, dentro de un marco de respeto mutuo pero sin subordinación. Las decisiones de las personas o de las parejas en su vida sexual dependen más de la percepción de riesgo que de los valores religiosos, por tanto deben ser informadas por el Estado de como prevenirse.

Es conveniente asegurar la incorporación de la

mayor cantidad de actores, como periodistas y medios de comunicación masivos, empresarios y otros, en la respuesta a la epidemia. Incorporar y difundir ejemplos exitosos de campañas masivas realizadas en distintos países, es también muy útil.

La única forma de asegurar la vida en la era del SIDA es que todo el mundo comprenda que la prevención, incluido el uso del preservativo, es todavía esencial para impactar la epidemia.♦