

SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Una revisión basada en el
FORO 2003

José Antonio Izazola
Editor

Robinson Cabello
Carlos Cáceres
Gabriela Hamilton
Coeditores



SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.
UNA REVISIÓN BASADA EN EL FORO 2003

Primera edición 2003

ISBN 968-5661-01-4

Derechos Reservados
© Fundación Mexicana para la Salud, AC
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal, Tepepan
14610 México, DF

Coordinación editorial: Victoria Castellanos
Diseño: *Laura Novelo Q.*
Producción: *Grafia Editores*

Se autoriza la reproducción parcial o total de la obra siempre y cuando se cite la fuente. El libro completo o en partes se puede bajar de Internet de la página Web de SIDALAC: <http://www.sidalac.org.mx>

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista de la Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC, o las instituciones patrocinadoras.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

CONTENIDO

Presentación	5
Introducción	9
El VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: situación de la epidemia y la respuesta de los países	11
<i>Paloma Cuchi</i>	
<i>José María Calleja</i>	
<i>Elizabeth Gómez</i>	
Acceso a atención integral y a tratamiento anti-retroviral: viviendo con VIH en América Latina y el Caribe	43
<i>Rosa González</i>	
<i>Luis Enrique Soto Ramírez</i>	
La prevención del VIH: los aspectos socioeconómicos y culturales, el papel de las ITS, y la situación del desarrollo de las vacunas	63
<i>Teresinha Cristina Reis Pinto</i>	
<i>Fabio Moherdau</i>	
Derechos Humanos y Movilización Comunitaria. La respuesta social y cultural	91
<i>Rubén Mayorga Sagastume</i>	

Estrategias frente a la epidemia del VIH/SIDA y hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres <i>Orlando Montoya Herrera</i>	107
Enfocando la transmisión heterosexual, incluyendo la comercial. El papel del género y el trabajo con jóvenes <i>Guillermo Egremy Mendivil</i>	135
El abordaje de otras dimensiones de exclusión y vulnerabilidad: uso de drogas, pobreza, condición de minoría étnica, migrantes y privados de libertad <i>Mirtha Sendic Sudbrack</i>	165
Los compromisos de UNGASS y el Fondo Global. Seguimiento, balances y perspectivas (prevención, atención integral y TARV, derechos Humanos) <i>Carlos García de León</i> <i>Rodrigo Pascal</i>	207
Políticas públicas y VIH/SIDA: Hacia un diseño de políticas inclusivas y efectivas <i>Patricia Estela Uribe Zúñiga</i> <i>Edgar Manuel González Contreras</i>	239
Sobre los autores	275

PRESENTACIÓN

La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) es un programa de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). Esta iniciativa tiene varios objetivos en su quehacer institucional, entre ellos destaca la generación y difusión de información para la toma de decisiones.

Desde un inicio SIDALAC ha promocionado la difusión tanto de los avances científicos y tecnológicos como de los enfoques de la sociedad civil que se presentan en las conferencias internacionales sobre SIDA. SIDALAC ha realizado, a través de la participación de científicos y activistas de la región, las revisiones de las conferencias internacionales de SIDA que se celebraron en Vancouver, Canadá, en 1996; en Ginebra, Suiza, en 1998, y una revisión de menor envergadura de la conferencia de Durban, Sudáfrica, 2000. A partir del 2000, SIDALAC se enfocó mayormente a la revisión de los Foros técnicos convocados por el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH). En el año 2000 se publicó y difundió el Forum realizado en Rio de Janeiro; ahora, en esta publicación se presentan los resultados del Foro 2003, organizado por el GCTH y por las siete redes regionales de organizaciones no gubernamentales de ámbito regional: Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH/SIDA (REDLA+), Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW), Asociación para la Salud Integral y la Ciudadanía en América Latina (ASICAL), Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+), Red Latinoamericana de Reducción

de Daños (RELARD), Red de Trabajador@s Sexuales de América Latina y el Caribe (Redtrasexlatcar) y el Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Trabajo en VIH/SIDA (LACCASO).

A diferencia de ocasiones anteriores en que SIDALAC ha realizado la tarea de la revisión y publicación de la misma en forma independiente con la participación de profesionistas de los programas nacionales de SIDA de los diferentes países y de activistas de la región, en esta oportunidad se emprendió la tarea de llevar a cabo esta revisión en forma coordinada con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de los países de América Latina y el Caribe (GCTH) y las redes regionales, en tanto los organizadores del Foro 2003.

Esta labor constituyó un desafío de gran magnitud puesto que adicionalmente se buscó de parte de un comité creado por el GCTH para el contenido académico del Foro 2003, que las memorias del propio evento sirvieran de insumo para la escritura de esta publicación académica.

Este supuesto significó un reto para los autores de los capítulos del libro, quienes fueron seleccionados por el GCTH y las redes comunitarias.

En efecto, el esfuerzo de los autores para la redacción de los capítulos del libro implicó revisar no sólo las memorias publicadas por el comité de aspectos académicos del GCTH para el Foro 2003, sino los trabajos individuales presentados en lo referente a su tema, así como la literatura existente al respecto.

El esfuerzo, sin embargo, parece haber valido la pena puesto que la publicación que aquí se presenta da cuenta de los diversos temas que nos ocupan en materia de SIDA y brinda la perspectiva tanto de expertos gubernamentales como de los provenientes de la sociedad civil.

Este texto no busca ser la referencia científica de los trabajos publicados en las revistas especializadas internacionales, busca mantener un alto nivel científico al mismo tiempo que pretende ofrecer los aspectos de mayor interés para la operación de los programas nacionales y de grupos no gubernamentales.

En espera de que este material sea de utilidad a los diversos actores en la lucha contra el SIDA en la región, también se busca perfeccionar a lo largo del tiempo la hechura de las revisiones de las conferencias internacionales y regionales para dar la respuesta adecuada y, quizás, más oportuna en las necesida-

des de documentar los avances y aplicaciones de estas reuniones en la operación cotidiana de nuestras actividades, así como en la difusión de los mismos a las personas que no pueden asistir a las conferencias.

José Antonio Izazola Licea
Coordinador Ejecutivo,
Iniciativa Regional sobre SIDA para América
Latina y el Caribe (SIDALAC)

INTRODUCCIÓN

Esta publicación constituye un esfuerzo por registrar y compartir la experiencia del Segundo Foro en VIH/SIDA/ITS de América Latina y el Caribe, realizado en La Habana, Cuba, en abril de 2003.

Si bien es cierto que este material no es un informe científico, lo cual constituye un reto a vencer en el futuro, sí contiene la mirada de las experiencias operacionales presentadas por cada uno de los países asistentes, con cuya contribución pretendemos ensanchar horizontes y desarrollar aprendizajes individuales y colectivos.

Nos interesa destacar como una fortaleza real de este material la inclusión de la visión de la sociedad civil, como una evidencia más del camino que juntos recorreremos. Las aportaciones de la sociedad civil en algunos capítulos, así como la coedición correspondiente, pretenden lograr un equilibrio desde las coincidencias y diferencias, ambas igualmente útiles para abordar la problemática del VIH/SIDA e ITS.

Ponemos a disposición de los lectores estas Memorias ya que creemos que contienen un material valioso para nuestro trabajo en campo del VIH/SIDA. Son particularmente importantes las experiencias presentadas por los países.

La estructura de estas Memorias se dividió en los siguientes capítulos, que siguen en parte el desarrollo del programa del Foro 2003, mismo que fue aprobado por el Comité Científico y Organizador:

1. Epidemiología: realidad actual y tendencias.
2. Acceso integral a tratamiento con medicamentos anti-retrovirales (ARV), viviendo con VIH en América Latina y el Caribe.
3. La prevención y el control de la epidemia: las intervenciones, ITS, vacunas y determinantes socioculturales.
4. Derechos humanos y movilización comunitaria. La respuesta social y cultural.
5. Estrategias frente a la epidemia entre hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH).
6. Enfocando la transmisión heterosexual, incluyendo la comercial. El papel del género y el trabajo con jóvenes.
7. El abordaje de las otras dimensiones de exclusión y vulnerabilidad: el uso de drogas, pobreza, condición de minoría étnica, migrantes y privados de libertad.
8. Los compromisos de UNGASS y el Fondo Global: seguimiento, balances y perspectivas (prevención, atención integral y tratamiento de medicamentos ARV, derechos humanos).
9. Políticas públicas y VIH/SIDA: hacia un diseño de políticas públicas inclusivas.

A las Secretarías Técnica y Adjunta y a los países Puntos Focales del GCTH nos interesa mucho recibir comentarios, observaciones y sugerencias sobre este documento, pues uno de los acuerdos del Foro es plantear los términos de referencia para llevar a cabo el Tercer Foro para el año 2005. Por ello sus aportes son necesarios, no dude en hacerlos de manera directa o a través de la página web: www.gcth-sida.org

Finalmente, agradecemos las diferentes colaboraciones recibidas para la integración del presente libro, particularmente a SIDALAC, quien con sus aportaciones técnicas y financieras logra hacer realidad esta publicación.

Patricia Estela Uribe Zúñiga

EL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA Y LA RESPUESTA DE LOS PAÍSES

*Paloma Cuchi
José María Calleja
Elizabeth Gómez*

Epidemiología: realidad actual y tendencias

- 2.9 millones de personas viven con VIH/SIDA en la región.
- 5% de los casos de SIDA reportados globalmente procede de las Américas.
- El VIH ha alcanzado a la población general en el Caribe y Centroamérica, donde están las tasas de infección más elevadas.
- El VIH afecta principalmente a los jóvenes, las poblaciones vulnerables y marginales.
- La epidemia del VIH es ya una de las mayores cargas de enfermedad en algunas poblaciones.
- El VIH es una de las principales causas de mortalidad en ciertos grupos de población y en algunos países.
- La esperanza del vida al nacer se ha reducido en 0.6 años en la región debido al impacto del VIH sobre la mortalidad.

En su tercer decenio, la epidemia de infección por el VIH en las Américas sigue creciendo en forma sostenida. A diciembre de 2002 se estimó que 2.9 millones de personas viven con el VIH en la región. De éstas, 1.5 millones viven en América Latina, 440 mil en el Caribe y un millón en Norteamérica.

A mediados de 2003, 12 países en las Américas tienen un prevalencia de VIH del 1% más entre las mujeres que acuden a los servicios de atención pre-

natal. Este dato se utiliza como aproximación del nivel de la prevalencia en la población general. La mayoría de estos países pertenecen al Caribe y Centroamérica y su principal modo de transmisión es el contacto heterosexual sin protección. Los países con epidemias generalizadas a finales de diciembre de 2002 eran: Bahamas, Barbados, Belice, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Panamá, República Dominicana, Surinam y Trinidad y Tobago. Las dimensiones son preocupantes, tanto por la proporción de individuos infectados, como por su impacto en la población general, y el desarrollo.

Cuadro 1
Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA
Diciembre de 2002

Personas que vivían con el VIH/SIDA	Total	42 millones
	Adultos	38.6 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>19.2 millones</i>
	Menores de 15 años	3.2 millones
Nuevas infecciones por el VIH en 2002	Total	5 millones
	Adultos	4.2 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>2 millones</i>
	Menores de 15 años	800,000
Defunciones causadas por el SIDA en 2002	Total	3.1 millones
	Adultos	2.5 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>1.2 millones</i>
	Menores de 15 años	610,000

Fuente: Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre de 2002.

En las Américas, la epidemia de VIH varía subregionalmente en función de los modos de transmisión (sexual, sanguínea, perinatal) y las poblaciones afectadas. En el Caribe las relaciones heterosexuales sin protección son la princi-

pal causa de infección y como consecuencia se observa una epidemia de mayor magnitud y alcance en la población general. La mayoría de los países con epidemias generalizadas se encuentra en esta zona de la Américas. Algunos países como Haití muestran cifras de prevalencia de VIH de hasta un 13% en mujeres que acuden a atención prenatal, se observa una media nacional de 4.5% y hay presencia del VIH en las zonas rurales (4%) (Abdias Marcelin, GHESKIO, 2000). Otros países que también presentan epidemias claramente generalizadas son Guyana con 3.8% en mujeres embarazadas, Bahamas con 3.6% y Republica Dominicana con 1.2%.

Centroamérica tiene una epidemia heterosexual con cifras altas de infección en trabajadoras del sexo y otros grupos de riesgo. Datos recientes de la región, muestran prevalencias de VIH e ITS igualmente elevadas en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en algunos casos alrededor de un 13%, como muestra el estudio multicéntrico en poblaciones vulnerables en los países centroamericanos (PASCA).

México junto con el Área Andina pertenecen al grupo de países donde la epidemia está concentrada en hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con hombres. En México la prevalencia en este grupo alcanza el 15%, seguido de las trabajadoras del sexo (12.2%) y los usuarios de drogas (6%) (Magis, C). En la población general se mantienen cifras constantemente bajas por los últimos doce años (0.3%) lo que llama la atención si se compara con los países vecinos. Al igual que en otros países, el acceso gratuito a la terapia anti-retroviral ha disminuido notablemente la morbimortalidad por SIDA.

Aunque la información epidemiológica del Área Andina es escasa, el hecho de que más de la mitad de los casos de SIDA notificados hayan ocurrido entre HSH indica la seriedad del problema en este grupo poblacional. Un indicador de la posible magnitud de la epidemia lo proporciona la alta prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo; la incidencia estimada de infección por ITS es el 15% siendo la más alta de América Latina.

Brasil tiene una epidemia concentrada con una prevalencia de infección por VIH elevada en ciertos grupos de población, particularmente hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se dedican al trabajo sexual y usuarios de drogas. En los últimos años se ha visto un aumento de la transmisión heterosexual. Por ejemplo, en Sao Paulo hasta 1997 la epidemia estuvo

fuertemente concentrada en HSH, sin embargo a partir de esta fecha se observa una tendencia heterosexual aunque un poco más acentuada en mujeres (66% de los casos de SIDA notificados en este periodo) (Lauria, L, II Foro 2003). Según algunos autores este crecimiento en mujeres pudiera explicarse por factores de género. La evaluación de la epidemia apunta a un menor impacto de las medidas preventivas en las mujeres debido a factores de género, biológicos y sociales. El descenso de la incidencia de casos de SIDA a partir de 1995 se dio en hombres, en 4 de las 5 regiones geográficas, mientras que en las mujeres creció en todas las regiones. La reducción de la mortalidad ha sido más clara en hombres en todas las regiones, que en mujeres donde es menor y no ocurre en la Región Sur. Además, se estima que el crecimiento de la epidemia fue 8 veces mayor en mujeres. Factores comportamentales como la falta de percepción de riesgo, de capacidad de negociación de las relaciones, la clase social, la menor escolaridad, la respuesta biológica de las mujeres a los medicamentos, son algunos de los factores que podrían estar jugando un papel fundamental en el avance de la epidemia en mujeres (Dhalia, C, II Foro 2003).

En cuanto a la evolución de la epidemia, el número de casos de SIDA permanece estable y la mortalidad sigue disminuyendo continuamente como consecuencia del programa de terapia gratuita con anti-retrovirales establecido en 1995 y la profilaxis precoz de infecciones oportunistas. Sin embargo este patrón no se observa en las infecciones por VIH (Cruz, II Foro, Cuba 2003).

En el Cono Sur los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los consumidores de drogas inyectables siguen siendo los grupos predominantes en la epidemia. Algunos datos apuntan hacia un posible cambio en la epidemia. En la ciudad de Buenos Aires la información epidemiológica marca tres periodos de la epidemia, de 1983 a 1992 está concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, de 1993 hasta el 2000 está concentrada en usuarios de drogas inyectables, y a partir del 2000 el grupo de personas heterosexuales ha aumentado considerablemente como lo muestra la disminución de la razón hombre/mujer (2.4/1 en Buenos Aires) incrementó la tasa de prevalencia en las mujeres embarazadas en 2001 (1.29%, 1.06% en ANC, respectivamente) (Vila, M, Foro 2003). Aunque esta información no se puede generalizar a todo el área, sí es una llamada de atención hacia una situación que puede ser el comienzo de un recrudecimiento de la epidemia.

Este documento recopila los principales puntos sobre la epidemia del VIH en las Américas y las recomendaciones para fortalecer el estudio de la epidemia y sus tendencias. Éstas provienen de las discusiones mantenidas por un grupo de expertos de las redes EpiRed/MAP y de la información recogida en ponencias, mesas redondas y pósteres durante el II Foro de VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe que tuvo lugar en La Habana, Cuba en abril 2003. El Foro reunió a investigadores, científicos, profesionales de la salud, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, personas viviendo con VIH/SIDA, estudiantes y otras personas interesadas en el tema en uno de los foros de discusión más importantes en la región.

La diversidad da forma a la epidemia en América Latina y el Caribe

- Diferentes tamaños de las poblaciones (de miles en el Caribe a más de 150 millones de habitantes en Brasil).
- Áreas “ricas” comparadas con el empobrecimiento de otras áreas.
- Diversidad del lenguaje: español, portugués, inglés, francés, lenguas autóctonas, etcétera.
- Religiones, creencias, tradiciones.

Desde el punto de vista económico, algunos países de las Américas tienen economías con alto ingreso nacional bruto per capita (tales como Aruba, Bermuda, Bahamas, Barbados) y otros están en el extremo opuesto (Haití, Nicaragua, Honduras, Ecuador, Bolivia). La mayoría de los países de las Américas están en el baremo superior medio para el INB. Datos recientes de la región apuntan a que la distribución desigual del ingreso contribuye tanto al deterioro de la salud de una población como un ingreso bajo en sí mismo. Esas desigualdades en la distribución del ingreso son muy marcadas; de hecho, según el Banco Mundial (Deininger y Squire), esta región es la más inequitativa del mundo en cuanto a distribución del ingreso. Las dificultades económicas en un país hacen que se exacerbén los riesgos de la población, por ejemplo, promoción de la movilidad dentro y fuera de la región o aumento del comercio sexual estimulado por la

pobreza (St. Kitts and Nevis Prime Minister and CARICOM's spokesperson on HIV/AIDS, Dr. the Hon. Denzil L. Douglas at WB, 2003).

Con respecto al lenguaje, el español, portugués, inglés y francés conviven con el aymara, creole y patois, guaraní, mapuche, maya, náhuatl, quechúa, y otras lenguas de las Américas. Las diferencias no son sólo lingüísticas sino multiétnicas y multiculturales. En la región viven numerosas poblaciones indígenas y algunas poblaciones afro-caribeñas, así como la población mestiza criolla. En general, en estas poblaciones el acceso a la salud, la educación y los servicios está mermado y se refleja en los indicadores básicos. La prevención del VIH depende de los cambios de comportamientos, que sólo pueden ser alcanzados a través de programa preventivos multiétnicos y multiculturales y cuyos agentes deben ser internos a las comunidades (Ilná Meirelles de Souza, II Foro, Cuba 2003). Un grupo vulnerable importante en nuestra región son los garifunas con cifras reportadas de un 8.4% de infección.

La religión en ALC está dominada por el cristianismo, con un 93.7% de adeptos entre los creyentes, sin embargo ha cambiado su composición, del catolicismo se ha dado paso al protestantismo, la ortodoxia y el anglicanismo. Además están extendiendo su peso los “cristianos marginales” (mormones, testigos de Jehová) y las “iglesias independientes” que representan mayormente iglesias indígenas no blancas. Otras religiones como la musulmana, hindú y un crecimiento moderado de nuevas religiones, del espiritismo, y de la no-creencia. Las únicas que sufrieron un descenso fueron las religiones indígenas (Franz Damen, 2003). Al igual que la diversidad cultural, la diversidad religiosa juega un papel importante en la respuesta. A pesar de los silencios peligrosos de los organismos religiosos en el área de la prevención, el apoyo que aporta en la atención puede ser de gran utilidad en mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la epidemia.

¿Qué epidemiología necesitamos para el nuevo siglo?

La mesa de conversación del Foro 2003 tenía como tema de discusión la epidemiología del futuro, ¿qué epidemiología necesitamos de cara a los retos a los que se enfrentan los programas nacionales contra el VIH/SIDA?

La epidemiología es la rama de la salud pública que tiene como objetivo fundamental el estudio de la distribución en el espacio, tiempo y poblaciones de los eventos de salud en una comunidad determinada. La vigilancia epidemiológica del SIDA comenzó en los primeros años de la década de los ochenta con la puesta en marcha de sistemas de información que son comunes a casi todos los brotes epidemiológicos. Es decir, con la definición de caso SIDA y la información rutinaria establecida en los hospitales y servicios de salud. Este primer sistema de información basado principalmente en la notificación activa o pasiva de casos de SIDA fue la primera piedra de la epidemiología del SIDA.

La aparición de las pruebas de detección del VIH en 1983 permitió dar un salto cualitativo en la vigilancia del SIDA. Los sistemas de seguimiento y de alerta permitieron detectar la infección del VIH antes del desarrollo de la enfermedad. Esto permitió igualmente introducir programas de detección del VIH en las transfusiones sanguíneas y poder así vincular la vigilancia pasiva del VIH con intervenciones para la prevención de la infección del VIH.

Por otra parte las pruebas de detección del VIH permitieron igualmente desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica más activos y menos pasivos. Durante todo el último quinquenio de la década de los ochenta numerosos estudios de seroprevalencia fueron desarrollados. Estos estudios permitieron la identificación de las poblaciones, zonas geográficas más afectadas por la infección del VIH. Igualmente permitieron ver la evolución y las tendencias de la infección del VIH en el tiempo.

Los sistemas de información desarrollados a partir de las nuevas tecnologías de depistaje permitieron cuantificar la carga de la infección del VIH y de enfermedad. Estos sistemas de vigilancia del VIH además contribuyeron en otros aspectos no menos importantes como:

- Conocer la historia natural.
- Generar hipótesis para la investigación.
- Determinar la distribución geo-poblacional de la infección por el VIH.
- Contribuir a la planificación estratégica de los programas nacionales.
- Evaluar las medidas de contención y prevención.

Y sobre todo fue un instrumento muy útil para la abogacía y la movilización social y política. Sin embargo, a medida que se han ido conociendo más los factores determinantes, tanto en el ámbito biológico como socioeconómico o cultural y ya sean bien directos o indirectos, la vigilancia del VIH evolucionó conceptualmente en lo que se conoce como vigilancia del VIH de segunda generación. Esta vigilancia de segunda generación (VSG) del VIH tiene como principal objetivo armonizar las diferentes fuentes de información para poder llegar a un mejor conocimiento de la epidemia del VIH y los factores de comportamiento que contribuyen a la diseminación del VIH. El concepto de la vigilancia de segunda generación (VSG) está basada en la tríada de la vigilancia biológica o estudios centinela del VIH, la vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y los estudios de comportamiento. Esta tríada debe de estar complementada por los datos de otras fuentes y los datos de morbi mortalidad del SIDA. La triangulación y la calibración de las diferentes fuentes de información relacionadas con el impacto o los factores determinantes deben de permitir un análisis y una mejor comprensión de la evolución de la infección del VIH en las poblaciones.

Los sistemas de VSG desarrollados deben de tener en cuenta el estado epidémico de cada país y adaptar el sistema de información a las necesidades de cada país. En cualquier caso cualquiera que sea el sistema de información establecido deberá establecer los mecanismos necesarios para poder utilizar la información generada por los sistemas para la acción.

La mesa de conversación permitió el intercambio de experiencias entre la experiencia en vigilancia del VIH en Buenos Aires, con las ideas teóricas procedentes de los medios académicos y se terminó con la presentación de los progresos y desafíos existentes en la región del Caribe y de América Latina.

De la teoría a la práctica: el caso de la ciudad de Buenos Aires

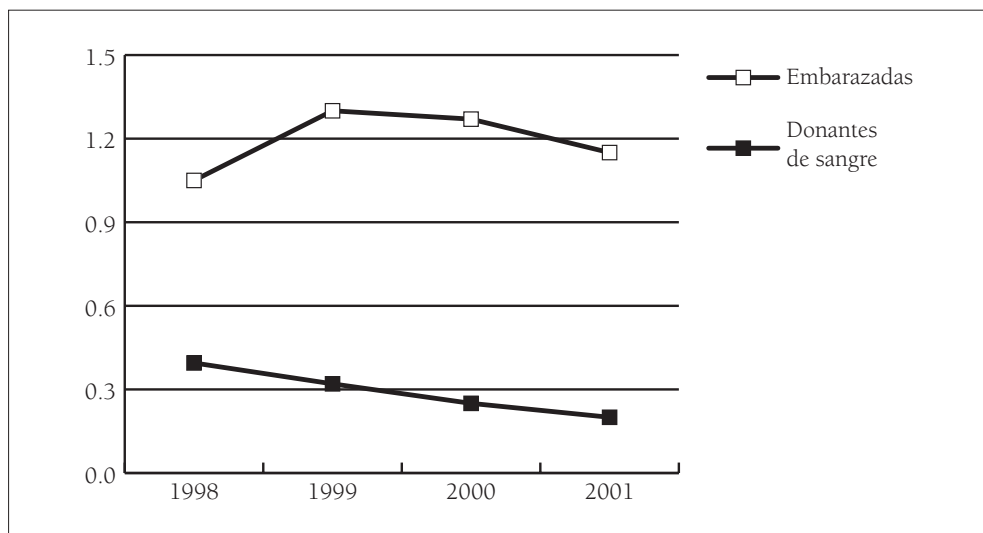
El sistema de información implantado en la ciudad de Buenos Aires ha permitido identificar las principales vías de transmisión y ver cómo el aumento de la transmisión por relaciones heterosexuales ha ido en aumento hasta alcanzar el

40% de los casos en 2001. Lo cual se conforma con el análisis de las tendencias de la razón hombre/mujer que pasó de 22/1 en 1989 a 2.9/1 en el año 2002. El análisis de los casos ha mostrado también que más de la mitad de los afectados no habían completado los estudios primarios.

Por otra parte los análisis geográficos han permitido identificar la zona sur de la ciudad como una zona con mayor concentración de usuarios de drogas intravenosas (49%) y una mayor mortalidad si se compara con la zona norte (13/100,000 en la zona sur versus <6/100,000 en la zona norte).

Los sistemas de vigilancia centinela puestos en marcha en la ciudad de Buenos Aires han permitido mostrar una disminución significativa de la infección en los donantes de sangre en los últimos 5 años como resultado de puesta en marcha de políticas de prevención de la transmisión sanguínea. Pero también han mostrado la estabilización de la infección del VIH en las mujeres embarazadas.

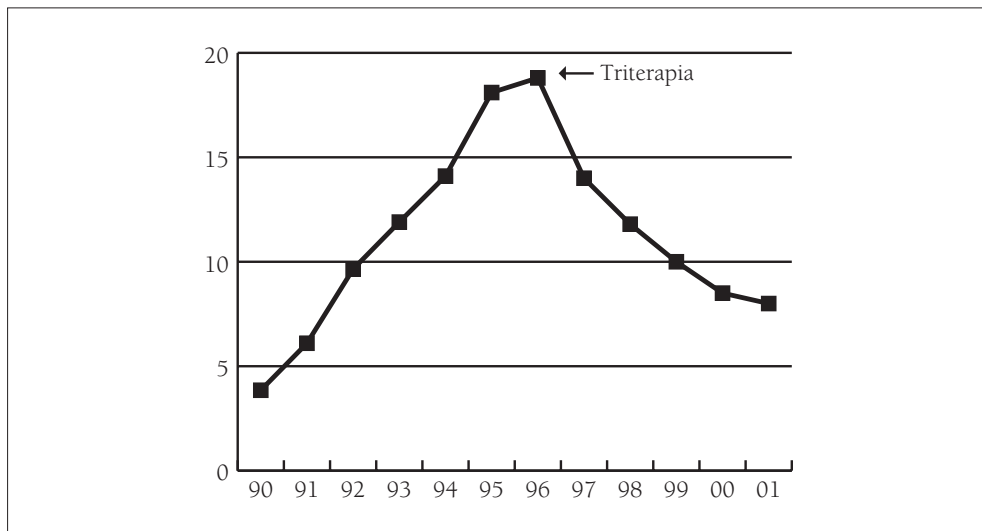
Figura 1
Prevalencia de infección por VIH, poblaciones seleccionadas
1998-2001



Pero tal vez lo más importante en Buenos Aires no fue medir el impacto y la diseminación del VIH sino las intervenciones puestas en marcha para la prevención y mitigación del SIDA. Así por ejemplo, sobre el programa puesto en marcha para la prevención de la transmisión vertical, el 88% de las mujeres embarazadas se hicieron la prueba del VIH y el 90% de la mujeres seropositivas recibieron el tratamiento con la disminución del número de infantes seropositivos y la existencia de 300 niños que reciben alimentación artificial por ser hijos de madres portadoras.

La puesta en marcha de programas de tratamiento anti-retroviral ha permitido disminuir la mortalidad a causa del SIDA en un 57% entre 1996 y el 2001.

Figura 2
Tasas de mortalidad por SIDA, ciudad de Buenos Aires
1990-2001



En los países más avanzados o con más recursos los avances en salud pública han permitido la implantación de sistemas de información más completos. Pero incluso en estos países los sistemas no son perfectos. Una cita de Langmuir

(NEJM 1963) nos permite recordar que “un buen sistema de información en salud pública no asegura necesariamente que se tomen las decisiones correctas, pero reduce la posibilidad de que se tomen las decisiones erróneas”. Los sistemas de información están siempre en constante cambio y desarrollo pero nunca podrán ser perfectos.

Las reflexiones extraídas de la experiencia de Buenos Aires nos permiten definir la epidemiología del futuro como aquella que nos permite medir la realidad en la cual viven las personas infectadas por el VIH, aquella que es útil para la gestión de los servicios pero ante todo aquella que es una herramienta en la defensa de la vida.

Nuevos conceptos en epidemiología

La salud pública se ha desarrollado históricamente a partir de las necesidades de control y prevención de enfermedades, sobre todo infecciosas, por las autoridades sanitarias. Tan sólo basta recordar las medidas de cuarentena forzosa que imponían las autoridades durante la peste bubónica en la Edad Media o las medidas de control de vectores en el siglo pasado. Pero también es cierto que los avances en salud pública han tenido gran aporte de los profesionales envueltos en el ámbito académico.

La representante de la Universidad de Sao Paulo presentó una breve historia de la epidemiología del SIDA, sus diferentes fases y cómo debe encararse el futuro. Durante la primera fase de la epidemiología los sistemas se han concentrado en los aspectos biológicos y comportamentales. Estas investigaciones han permitido establecer asociaciones entre diferentes eventos pero las investigaciones han tenido poco poder para interpretar las relaciones o asociaciones establecidas. Durante esta fase los estudios epidemiológicos habrían estado enfocados a la determinación de la exposición al virus a través de la identificación de los comportamientos de riesgo. Estos identificaron de la mayor exposición al virus de ciertas poblaciones permitirían evidentemente, a través de programas de prevención, introducir programas de modificación de estos comportamientos. Esta primera fase estaría focalizada sobre el individuo.

Entre las lecciones aprendidas de esta primera fase estarían el mayor conocimiento de los factores de riesgo y sobre todo el mayor conocimiento y debate abierto sobre la sexualidad de los grupos más vulnerables a la infección por el VIH.

La segunda fase del desarrollo de la epidemiología del VIH podría abarcar la década de los noventa. Durante la pasada década el enfoque va más allá del individuo y se refleja en la importancia que adquiere el contexto cultural de las personas. Las poblaciones más afectadas por el VIH no son individuos aislados sino personas socialmente integradas en mayor o menor grado pero dentro de un contexto cultural diverso. De ahí la necesidad de intentar explicar los comportamientos a través de los factores socioculturales. Tal vez la mayor lección aprendida fuese que además de poder contar hay que poder calificar y explicar el porqué.

Los restos presentados para la tercera fase del desarrollo de la epidemiología del SIDA serían el poder desentrañar las complejidades de los factores más estructurales y políticos. El incremento del acceso a los anti-retrovirales, los programas de prevención materno-infantil, los factores que contribuyen a la epidemia como la pobreza, los temas de género o el estigma y la discriminación deben de ser en cierta medida medidos, cuantificados y seguidos en el tiempo.

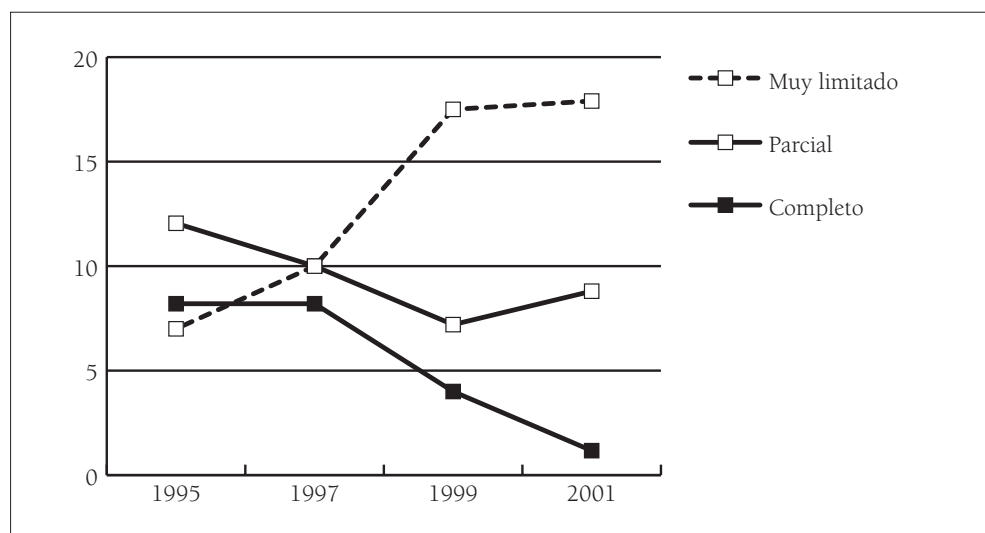
Los progresos y desafíos de la vigilancia de segunda generación en América Latina y el Caribe

En el año 2000 fue lanzado el concepto de la vigilancia de segunda generación promovido por la OMS/OPS y ONUSIDA. La mayoría de los países han recibido los nuevos conceptos y comenzado a desarrollar los sistemas de vigilancia de segunda generación. Sin embargo los avances son todavía muy limitados en algunas regiones y no todos los componentes de la VSG avanzan al mismo ritmo.

En un análisis de la calidad de los sistemas de la vigilancia biológica, sólo 47 países a nivel mundial tenían un sistema completamente implementado, mientras que casi en 70 países no existía propiamente un sistema y 51 tenían

algunos de los elementos. Un análisis ulterior de la actuación de los sistemas de vigilancia del VIH en la región latinoamericana revelaba una situación más bien preocupante, ya que el número de países con un buen sistema de vigilancia biológica del VIH ha ido en claro descenso como lo muestra la figura siguiente.

Figura 3
Actuación de los sistemas de vigilancia
1995-2001



La vigilancia de las infecciones de transmisión sexual continúa siendo una de las actividades menos priorizadas en muchos países. Los datos son escasos, los retrasos de la notificación son la norma y en la mayoría de los países el sector público sólo ve entre un 10 y un 20% de los pacientes con ITS. La gran mayoría de los pacientes sintomáticos van al sector privado o se automedican. Sin embargo los sistemas de vigilancia están basados básicamente en el sector público.

En relación con las ITS existen todavía muchas preguntas que están sin responder, como por ejemplo: ¿cuál es la relación entre ITS y comportamientos?,

¿cuáles son las ITS más apropiadas para vigilancia en relación con el VIH?, ¿qué métodos son los más apropiados?, ¿es el reporte de los manejos sindrómicos suficiente para la vigilancia de ITS o necesitamos los datos etiológicos?

La solución a este tipo de problemas está o puede estar en la combinación y uso de varios tipos de datos de vigilancia. Por otra parte, las limitaciones de la calidad de la información no deben de limitar los esfuerzos para analizar, interpretar, y usar la información recogida o los esfuerzos para mejorar los sistemas.

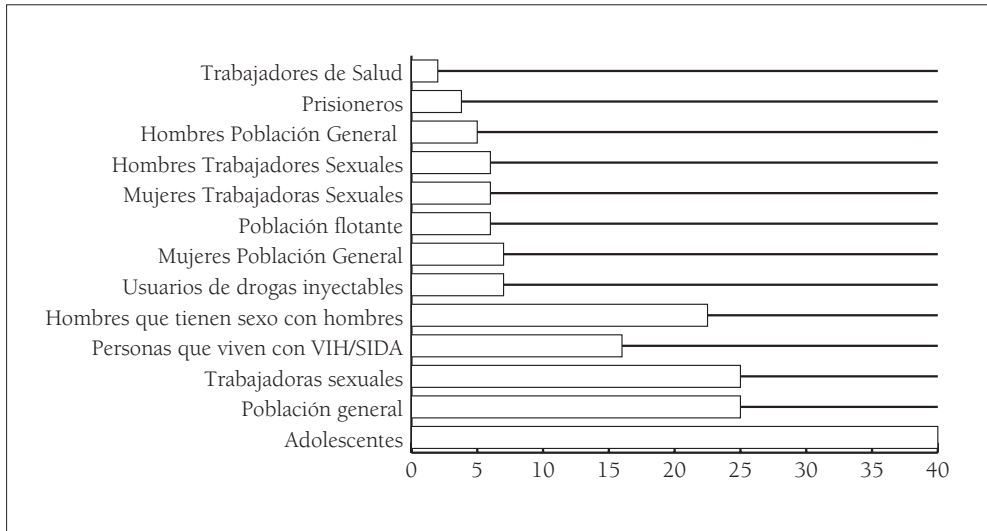
Los comportamientos y su monitoreo constituyen el tercer gran pilar de la vigilancia de segunda generación

Los datos de base de la epidemia del VIH en LAC muestran un aumento del número de infecciones por contacto sexual bien homo o heterosexual. Siendo el comportamiento sexual uno de los principales determinantes directos de la transmisión del VIH, los estudios o la vigilancia del comportamiento sexual en las diversas poblaciones ha sido promovido como el tercer gran componente de la VGS. Por lo general estos estudios van acompañados de otro tipo de preguntas que permiten monitorear los aspectos de discriminación, los conocimientos sobre la prevención o las actitudes hacia el VIH/SIDA.

Un análisis superficial de los estudios de comportamiento en la región mostraba cómo el número de estos estudios había ido en aumento en los últimos años de los noventa, pero sin embargo había una clara disminución entre el 2000 y el 2001. Por otra parte la mayoría de los estudios han sido focalizados sobre los jóvenes, probablemente con claros objetivos de desarrollo de programas de prevención. Sin embargo la mayoría de los países de la región presentan epidemias de bajo nivel o concentradas, es decir que la infección por el VIH está concentrada en ciertas poblaciones más vulnerables, por lo tanto la vigilancia de comportamientos debería focalizar más a estos grupos que están afectados por el VIH. Sólo el grupo de HSH parece haber recibido mayor atención, pero esto es sólo cierto para algunos países de la región.

Estos estudios cuantitativos presentan por supuesto todas las limitaciones que tienen estos estudios y deben de complementarse con estudios más cualitativos (Figura 4).

Figura 4
Estudios de comportamiento por tipos de población
1985-2001



Originalmente la epidemiología (del griego epi, demos y logos) es la rama de la salud pública que estudia la distribución de las enfermedades en función del espacio, población y tiempo. A medida que se conoce más y mejor la epidemia del VIH/SIDA, esta rama de la salud pública que tenía sólo por función la descripción de eventos en salud, se ve abocada a responder cada vez más a temas más complejos y más apartados del origen de la salud pública.

Algunos de los desafíos que presenta la VSG en la región LAC son los siguientes:

- Integración y análisis de datos (VIH/ITS y BSS).
- Aumentar la cobertura a las poblaciones diana.
- Mayor integración M&E y VSG planes nacionales.
- Guías y documentos técnicos.
- Estimaciones de las tallas de poblaciones en riesgo.

- Capacitación técnica y cooperación horizontal.
- Mejorar el uso de la información.
- Difusión de los resultados.
- Sustentabilidad y compromiso por parte de los países

Poblaciones relevantes para la infección por VIH en las Américas

Las próximas secciones recogen los principales hallazgos sobre las poblaciones más relevantes para la epidemia en América Latina y el Caribe, y los temas clave identificados por los expertos que participaron en la reunión EpiRed/MAP y el II Foro de VIH/SIDA en Cuba.

Hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombre: enfrentando las raíces de la epidemia

- Aumento progresivo en la población general y grupos vulnerables, particularmente HSH.
- Discriminación y estigma: difíciles de alcanzar (vigilancia y respuesta).
- Diversidad entre los HSH: subculturas gay.
- Potencial para “conectar” con otros grupos vulnerables: hombre bisexual a mujer.
- Falta de atención y respuesta para los HSH (vigilancia y respuesta).

La información epidemiológica de la región muestra que la epidemia está fuertemente arraigada entre los hombres que tienen relaciones sexuales desprotegidas con hombres. Así por ejemplo, los datos del Área Andina y más recientemente en América Central muestran que la prevalencia de VIH más alta se encuentra en este grupo, y que ésta se ha mantenido estable desde 1998, lo que puede implicar que la incidencia no está declinando (J Sánchez, Perú). En 2002, un estudio realizado en Perú mostró cifras de 18.5% para VIH y de 16.0% para sífilis.

Cuadro 2
Prevalencia de VIH-1 entre HSH en Perú
1998, 2000 y 2002

Arequipa	9%	
	10%	
Iquitos	14%	2000
	12%	2002
Lima	18%	1998
	19%	2000
	22%	2002
Pucallpa	4%	
	6%	
Sualla	5%	
	7%	
Tacna	3%	
Trujillo	2%	

Fuente: J Sánchez. Reunión EpiRed/MAP, II Foro VIH/SIDA, Cuba, 2003

Otros estudios corroboran la magnitud y tendencia en este grupo. De acuerdo a las estimaciones de las autoridades mexicana (CENSIDA) existen 150,000 personas adultas infectadas por VIH de las cuales 100,000 corresponden a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, seguido a la distancia por las 40,000 infecciones en la población heterosexual, más de 4,500 en reclusos, casi 3,000 en usuarios de drogas inyectables y, poco más de 2,500 en personas que se dedican al trabajo sexual (Magis, C, 2002). La prevalencia en este grupo es alta como muestran los datos del CENESIDA (Cuadro 3).

En Centroamérica, Honduras continúa reportando las prevalencias de VIH más altas de la región con un rápido crecimiento. La prevalencia entre los

Cuadro 3
Estimación de población infectada por VIH, 2001 (CENSIDA)
Adultos de 15-49 años de edad

Tipo de población	Población total estimada	Prevalencia (%)	Población potencialmente infectada
Población heterosexual	43,745,377	0.09	39,371
Hombres que tienen sexo con otros hombres	675,154	15.0	101,273
Mujeres trabajadoras sexuales	107,141	0.35	375
Hombres trabajadores sexuales	18,330	12.2	2,236
Usuarios de drogas inyectables	49,379	6.0	2,963
Reclusos	123,000	3.7	4,551
Enfermos de tuberculosis	15,781	1.5	237
Total			151,006

Fuente: Carlos Magis. Reunión EpiRed/MAP. II Foro SIDA, Cuba 2003

hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es uniformemente alta, con un nivel de prevalencia regional del 13% en este grupo (oscilando entre 9.3% en Nicaragua y 17.7% en el Salvador) (C, Núñez, 2003) (Cuadro 4, Figura 5).

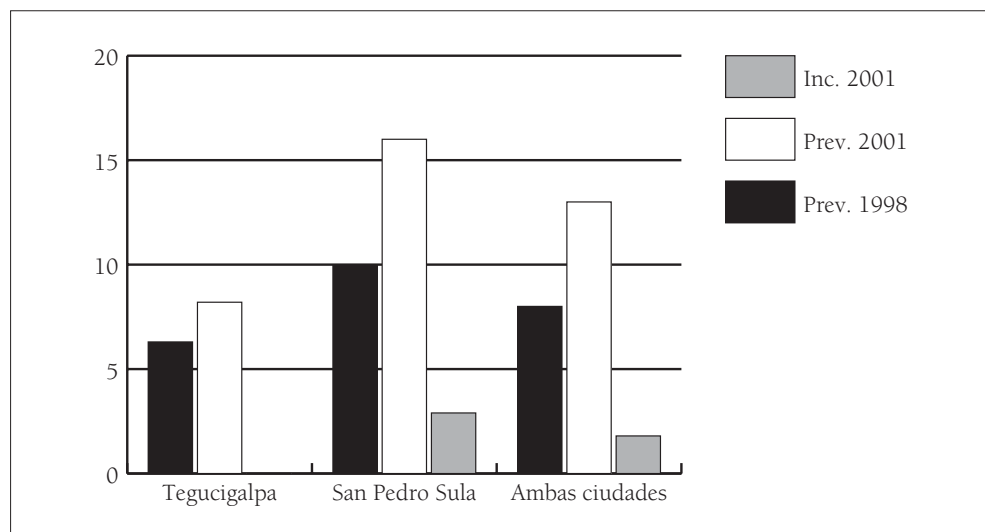
En el Cono Sur, los datos sobre la prevalencia de infección por VIH en Buenos Aires revelan una prevalencia en población gay de 13.01% en 2000 y 12.98% en 2001 (Vila, M, Foro 2003). Como una muestra más del problema en esta población, y tal vez de la negligencia regional en la respuesta, Chile presenta un incremento en el tiempo en la proporción de ITS en HSH sobre el total. El análisis de las notificaciones de ITS en Chile en los años 1999, 2000 y 2001 en hombres que se declaran homo o bisexuales muestra la importancia relativa de este grupo en el total de casos de ITS notificados, la frecuencia relativa de cada ITS y su evolución en el período de tres años. El grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) representa entre el 6.5 y 8.8% del

Cuadro 4
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
Centroamérica, datos de un estudio multicéntrico

	HIV	Sífilis
El Salvador	17.7 (n=293)	12.3 (n=293)
Guatemala	11.5 (n=165)	13.3 (n=165)
Honduras	13.0 (n=285)	4.6 (n=285)
Nicaragua	9.3 (n=162)	10.5 (n=162)
Panamá	10.6 (n=235)	4.7 (n=235)

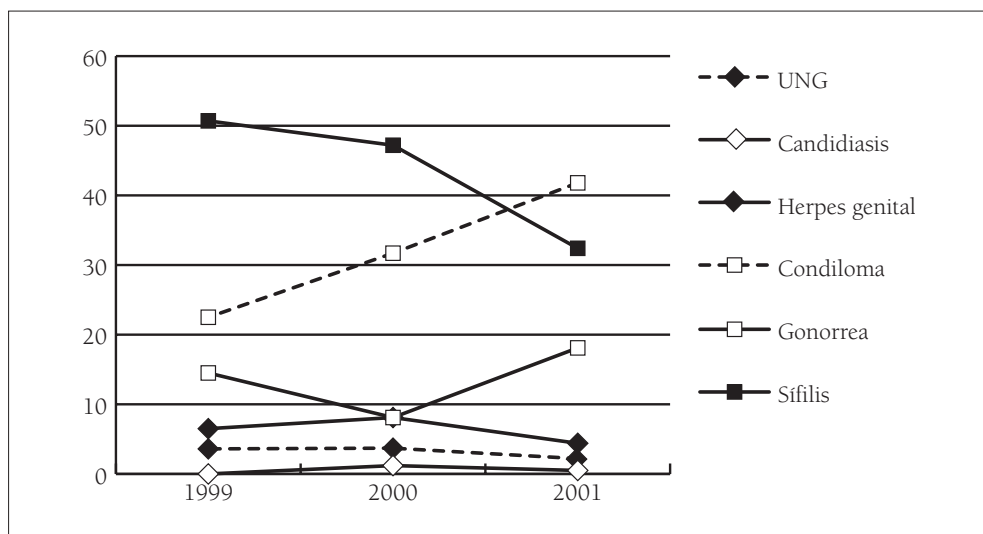
Fuente: César Núñez, EMC. PASCA, 2003. Reunión EpiRed/MAP, Cuba, 2003

Figura 5
Prevalencia e incidencia del VIH, HSH
1998-2001, Honduras



total de casos de ITS y entre el 15.7 y 21.8% de casos de ITS en hombres en el período sin grandes variaciones (Hurtado, II Foro 2003)

Figura 6
Evolución de ITS notificadas en HSH
Vigilancia centinela Chile 1999-2001



Fuente: Hurtado Pinochet AH. MINSAL. ITS en homosexuales mediante vigilancia centinela. Chile 1999-2001. T4 1379 II Foro de VIH/SIDA, Cuba, 2003.

Datos del municipio Centro Habana mostraron que de los 3,231 seropositivos al VIH detectados entre 1986 y 2000, la mayoría eran hombres y de éstos un 78.6% reportó ser homo o bisexual. El mismo estudio observó un aumento progresivo de la prevalencia durante los últimos 7 años (Prado Pulgar S, Foro 2003).

Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo en América Latina y el Caribe son las raíces de la epidemia que en muchas ocasiones no se quieren ver. La caracterización de la epidemia en hombres gay y otros hombres que

tienen relaciones sexuales con hombres esencialmente se configura bajo el paradigma del estigma, la discriminación y exclusión social hasta nuestros días, y esto no sólo responde a posturas ideológicas, sino también de cierta manera es histórica (Cáceres, II Foro SIDA, 2003).

Estos factores y otros favorecen el potencial para el intercambio del VIH entre esta población y la heterosexual. Un estudio en Lima con fines de empleo mostró que el 11% de los hombres tenían sexo con hombres y de éstos el 78% también con mujeres. En un estudio en Colombia en 553 hombres, el 31% declararon tener sexo con mujeres y el 46% con hombres.

En Tegucigalpa y San Pedro Sula existe una prevalencia de 13% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Alrededor de un 25% de los HSH en Tegucigalpa y San Pedro Sula (EMC, 2002) indicaron tener relaciones sexuales con parejas femeninas (casados o en unión libre). También mostró que la mediana de parejas sexuales femeninas en los últimos seis meses fue de 1 (0-60), y sólo el 34% utilizaron el condón consistentemente. En Guatemala, uno de cada cinco HSH encuestado en el EMX reportó relaciones sexuales con hombres y mujeres.

El potencial de crecimiento entre la población heterosexual también yace en la elevada prevalencia de la bisexualidad y en las tasas bajas de uso consistente del condón. Un estudio peruano muestra que el hombre bisexual tiene menos tendencia a utilizar el condón en el sexo vaginal (17%) que en el anal (25.5%). El mismo patrón de bajo uso del condón se ha observado en generaciones más jóvenes, que en general suelen reportar un uso más alto del condón. Un estudio en Ecuador mostró que el 43% de los estudiantes de escuela media superior (N=805) tenían experiencia sexual, de éstos la mitad dijeron no haber utilizado nunca el condón, y el 70% no lo habían utilizado en el último coito.

Aunque aquí sólo se presenta una pequeña selección de datos sobre la epidemia del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, son lo suficientemente relevantes e ilustrativos de la importancia que tiene para las Américas este modo de transmisión. A pesar de que hay numerosos estudios cuantitativos sobre el comportamiento, éstos están basados en la recolección más que en hechos. La mayor parte de los estudios cualitativos han tratado de entender mejor las redes sexuales y los patrones de intercambio, pero la complejidad de los mismos hace que requieran mayor estudio.

Poblaciones flotantes

La población en la región es altamente móvil, y se mueve extensamente dentro de ella, esto es especialmente cierto para el Caribe, y con ello se exacerban los riesgos y la exposición a la epidemia. Al igual que en otros países del mundo, en las Américas se está viendo la importancia creciente de las poblaciones flotantes en la dinámica de la epidemia de VIH. Aunque se perfila su papel quedan muchas incógnitas por resolver sobre las características sociodemográficas, las interacciones, la movilidad poblacional y el VIH. Un estudio en 11 estaciones de paso de Centroamérica y México abre los ojos a los contextos socioeconómicos, culturales y políticos en que se da la migración y su relación con la vulnerabilidad de las poblaciones móviles a las VIH/ITS con el fin de llevar a cabo estrategias y modelos de respuesta integral apropiados (Brofman *et al*, 2002).

Algunos elementos comunes que caracterizan a estas poblaciones son la juventud (18-40 años), baja escolaridad, la violencia, la pobreza, la “ilegalidad”, y el escaso acceso a los servicios y la atención. Otros aspectos habituales son la inequidad y la falta de recursos para hacer valer sus derechos. Estudios como el de Brofman *et al* (2002) señalan que un 22% de un grupo de 9,000 migrantes deportados reportaron alguna violación de sus derechos entre los que se describen el trato laboral desigual, la extorsión y la violencia por bandas delincente. En este mismo estudio, hasta un 60% de las mujeres migrantes reportaron abuso sexual que va desde el sexo transaccional hasta la violación.

Otro factor no despreciable de vulnerabilidad en este grupo son las limitaciones cognoscitivas que impiden poner en práctica los escasos conocimientos sobre la prevención del VIH que puedan tener. Un estudio en 325 personas salvadoreñas deportadas mostró que el 83% había recibido información básica sobre VIH y otras ITS y que un poco más del 50% desde los 16 años contaba con información apropiada, sin embargo ésta no se traducía en prácticas preventivas y tenía una baja percepción de riesgo. El 39% reportó haber tenido pareja sexual en los 12 meses previos al estudio, un 9% ha sostenido prácticas sexuales con personas de su mismo sexo y solamente el 29% afirmó utilizar el condón en toda relación. El 22% presentó antecedentes de por lo menos una ITS en su vida, y el 23% presentaba tatuajes en su piel (F. Carrillo, II Foro VIH, Cuba 2003).

Las mujeres constituyen el mayor número de las poblaciones flotantes, y en general, éstas se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad con respecto a la infección por VIH. Un grupo especialmente relevante son las trabajadoras sexuales en las que muchas veces confluye la falta de un estado migratorio apropiado y el carácter ilícito del trabajo sexual sin ningún tipo de protección social (F. Carrillo, II Foro 2003). Los problemas económicos que sufren los países están promoviendo un crecimiento de la industria del turismo sexual, que lleva consigo una alta movilidad del grupo.

En Honduras, los datos más recientes muestran una estimación nacional del 13.0% entre las trabajadoras del sexo (EMC, PASCA, 2002). Las trabajadoras sexuales tienen un riesgo alto de adquirir y transmitir el VIH. Frecuentemente los clientes no quieren usar el condón y las trabajadoras no insisten en ello. En algunos países las trabajadoras sexuales deben realizarse exámenes de ITS periódicos, sin embargo ésta no es una medida preventiva efectiva y se debe establecer una verdadera respuesta para este grupo. También son necesarios los estudios de calidad con este grupo de población, así como de sus clientes y su aporte a la diseminación de la epidemia.

Es importante recalcar que la infección por VIH en los grupos flotantes no implica que hayan llegado infectados y que estén agravando la carga para el país. La opinión pública negativa sobre las poblaciones móviles a las que se les acusa de agravar la epidemia, prostitución, y sobrecarga para los servicios de salud debe variar. En los próximos pasos hará falta estudiar, conocer y sistematizar la experiencia migratoria y las situaciones de vulnerabilidad y riesgo al VIH e ITS en un trabajo conjunto con programas nacionales, las ONG y el grupo destinatario. Otro aspecto importante de estudios futuros es la influencia de los movimientos migratorios de la población sobre la infección por VIH en las Américas

Usuarios de drogas

- Aumento de la frecuencia de UDI.
- Aumento de la prevalencia y aparición de nuevos focos (Cono Sur, México).

- Patrones establecidos de usuarios de drogas y los nuevos patrones de usuarios.
- Experiencias exitosas de reducción de daños (Argentina y Brasil), sin embargo estas estrategias son relativamente nuevas en la región.

En México se identificó el de drogas inyectables, particularmente en la frontera con los Estados Unidos. Es necesario conocer su dinámica y magnitud para que faciliten la adopción de medidas preventivas de la transmisión del VIH/SIDA. Para ello México realizó una experiencia de identificación de lugares donde se realiza esta actividad. El estudio constó de 147 sitios visitados y verificada su existencia, a los que acuden 5,944 UDIs. El lugar más común fueron los domicilios particulares (68), casa o construcciones abandonadas (30), lugares públicos (como calles, mercados, parques o plazas) (29). El 32.4% de las actividades realizadas en los sitios son inyección de drogas, venta de drogas (23.1%), compartir jeringas (22.4%), descansar y consumir alimentos (14.2%), básicamente. La importancia de localizar estos sitios implica además la factibilidad de realizar actividades preventivas (Magis, C, Foro 2003).

Poblaciones privadas de libertad

- El peso del papel de estas poblaciones en la epidemia es desconocido.
- Factores como alza en los servicios públicos, violación de derechos humanos, violencia, pobreza, corrupción.
- Contexto social: sexo transaccional, violación, sexo comercial no profesional, bajo uso del condón.
- Condiciones de la migración —legal e ilegal— de hombres y mujeres.

Finalmente, una llamada de atención a esta población sobre la que falta información epidemiológica adecuada y su prevención. La población carcelaria tiene menos accesos a los mecanismos y servicios que pueden protegerla y por lo tanto la hacen más vulnerable a la infección por VIH. Un estudio de 151 reclusos en Sancti Spiritus mostró como característica general a hombres jóvenes (25 y 34 años) con diversas prácticas de riesgo. El 75% reportó relaciones

sexuales con más de una mujer, la mayoría sin protección (80%) a pesar de estar disponible en el “pabellón conyugal”. El 45% de los reclusos reportó sexo anal con su compañera femenina y el 50% se reportó heterosexual (Baldomir Gómez RR, Foro 2002). Aunque aquí sólo se relata la experiencia de un estudio, es importante que se lleven a cabo estudios epidemiológicos que traigan a la luz la probabilidad de infección en esta población, y que apoyen el desarrollo de programas de prevención.

Efectos de la epidemia sobre el futuro

La situación política, social y económica junto con el perfil epidemiológico y las tendencias de epidemia del VIH son preocupantes y auguran serias consecuencias para la región en el presente y en el futuro cercano. La imagen compleja de la epidemia y el amplio espectro socioeconómico y político en América Latina y el Caribe presentan un desafío importante para el control de la diseminación continua de la epidemia en la región. La epidemia del VIH es ya una de las mayores cargas de enfermedad en algunas poblaciones. Los países deben lidiar con el creciente impacto de la epidemia en las poblaciones más jóvenes y los grupos de población más productivos; el empeoramiento de la situación en las poblaciones más pobres y marginadas; y el continuo agravamiento de los problemas de salud existentes (tales como la tuberculosis), y por encima de todo, la desviación a otras prioridades de salud, sociales y de educación.

Recomendaciones para la vigilancia del VIH en América Latina y el Caribe

- Los sistemas de vigilancia son todavía débiles en muchos países de la región, y se deben realizar esfuerzos para fortalecerlos. Hay países con sistemas de vigilancia que funcionan bien, por lo que la colaboración sur-sur debe ser potenciada.
- Cada país de la región debe identificar sus poblaciones más vulnerables e implementar la vigilancia de segunda generación en esos grupos.

- Los sistemas de vigilancia hasta ahora han sido compartamentalizados. Los países de la región deberían tratar de hacer análisis más integrales de los diferentes componentes de la vigilancia. Los diferentes datos deberían usarse en forma integrada para facilitar un adecuado proceso de toma de decisiones, que tome en cuenta todas las fuentes de información disponibles en los países.
- Los países deben promover, estimular y apoyar los sistemas de vigilancia a todos los niveles, así como integrar y mejorar los sistemas de información en todas las intervenciones de salud pública para lograr un mayor impacto: ITS, VIH, tuberculosis, etcétera.
- Se debe abogar por el apoyo de los países a la vigilancia y utilización de los datos. La vigilancia del VIH en la región debe recibir un presupuesto y recursos apropiados. La vigilancia debe ser cubierta con fondos nacionales y no depender de las prioridades o voluntad de los donantes.
- Deben utilizarse los datos actuales de vigilancia en la abogacía de los gobiernos para apoyar los programas de prevención y atención para alcanzar a los grupos de riesgo y a las personas viviendo con VIH y SIDA.
- Los datos de los sistemas de vigilancia deben utilizarse para el proceso de la toma de decisiones a todos los niveles, desde el regional al del país, y la comunidad local. Todos los sectores deben recibir la información para articular una respuesta de acuerdo con la situación en el nivel local.
- Las informaciones derivadas de intervenciones de prevención o atención que ya están instaladas son importantes y útiles, pero nunca podrán reemplazar a los sistemas de vigilancia (por ejemplo, los programas de transmisión materno-infantil). Éstos son más bien un complemento. La recolección de datos y la provisión de servicios debe ser complementaria y nunca una debe excluir a la otra.
- Los programas de consejería voluntaria deben estar disponibles cuando se utilicen las pruebas anónimas como estrategia de vigilancia (los estudios de vigilancia anónimos no ligados han demostrado ser un método apropiado para el seguimiento de la epidemia por VIH).
- Se debe fortalecer la capacidad de los Comités Nacionales de SIDA y de los Ministerios de Salud para obtener y utilizar los datos de vigilancia en la planificación y asignación de recursos.

- Para promover y estimular los sistemas de vigilancia se debe fortalecer la capacidad local mediante la provisión de capacitación en el análisis de datos e interpretación que facilite el proceso de la toma de decisiones.
- Se debe fortalecer la capacidad de las organizaciones no-gubernamentales y crear alianzas para utilizar los datos para los programas de planificación.
- El proceso de monitoreo y la evaluación deben estar integrados y la vigilancia debe ser una parte importante de ellos. El monitoreo y la evaluación deben incluirse en el momento de la planificación de cualquier programa e intervención en la región.
- Cada país en la región ha hecho un compromiso con el UNGASS y necesita establecer un sistema para monitorear las metas.
- Todos los países que tienen programas de acceso a anti-retrovirales deben planificar y presupuestar medidas para prevenir resistencias, incluyendo un sistema de vigilancia de resistencias al VIH como una parte esencial del programa. Para ello, la región podría sacar ventaja utilizando una red regional.
- Los países deben aprender de las experiencias y actividades de los otros países de la región. La colaboración y las discusiones deben ser promovidas y apoyadas por los gobiernos e instituciones internacionales en América Latina y el Caribe.

Bibliografía

- ARREDONDO PAZ A, Ortiz Núñez E, León Díaz EM, Peruga A, Santín M, Cuchí P. Sexual behavior in 5 countries in Latin America and the Caribbean. XIII Int AIDS Conf, Durban, South Africa. 2000 (No. abstract LbPp104).
- AZEVEDO-NETO RS, Bueno RC, Mesquita F, Haiek R, Maestre M, Almeida LN, Castrignano SB. HIV seroprevalence in IDUs from Santos: general trends and gender analysis. Int Conf AIDS. 1996;11(1):350.
- BANCO MUNDIAL. Accelerating the Response to HIV/AIDS in the Caribbean. WB June 12, 2003. http://www.worldbank.org/wbi/B-SPAN/sub_thompson_hiv aids.htm.

- BARRETT, D.B.; Kurian, G.T., Johnson, T.M., World Cristian Encyclopedia, 2nd Ed., Oxford, Oxford University Press, 2001, 2 Vols. Annual Statistical Table on Global Mission, en: International Bulletin of Missionary Research, 1998-2002.
- BROFMAN M, Leyva-Flores R, Negroni M. Proyecto poblaciones móviles y VIH/SIDA en Mesoamérica. T4 0080. II Foro 2003.
- BALDOMIR GÓMEZ RR, Pérez Mederos LM, Díaz Pacheco G, Quintero Fariñas MA et. Prácticas sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual en una institución cerrada. Sancti Spirítus. Años 2001-2002. II Foro de VIH/SIDA, Cuba, 2003.
- BROFMAN M, Leyva FR (2002). Truck-drivers at the Mexico-Guatemala border. STDs/HIV/AIDS and the use of condom. Social Science. Rights, Politics, Commitment and Action. Monduzzi Editore. Bologna, Italy. 319-323.
- CARVALHO HB, Seibel SD, Saconi RA, Burattini MN, Massad E, Reingold A. Drug and crack-cocaine use, sexual behavior and the prevalence of related infections among institucionalized disadvantaged youth in São Paulo, Brazil. II Foro de VIH, Cuba.
- CELANTONO A., Ciliberti A., Inchaurrega S., et. al. (2000) *Street prostitution: money vs. Use of condoms*. International Conference on AIDS, 13(2), 245 (Abstract WePeD4799).
- CHAVERO, M., Moyano, C., Liborio, M., Lavarello, D.V vigilancia Epidemiológica de VIH en Poblaciones Centinela como estrategia de Segunda Generación en el municipio de Rosario, Argentina, 1998-2001. T4 0560 II Foro de VIH/SIDA, Cuba, 2003.
- CRUZ, Marly Marques Aquino, Sérgio Luis Teixeira de; Bernardi, Maristela; Tiago, S.M; Vellozo Vitória; Débora Fontenelle, Lilian Lauria. A Evolução dos Óbitos por AIDS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. T4 0961, II Foro 2003.
- DE CARVALHO HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, Burattini MN. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1996 May 1;12(1):84-92.
- DEININGER K, Squire L. A new data set measuring income inequality. The World Bank Economic Review 1996;10(3).
- DHALIA, C; Barbosa A; Medeiros MG; Barreira D.Santana R. HIV/AIDS Em mulheres no Brasil. T4 1309 II Foro VIH, Cuba 2003.

- F. CARRILLO, E. Rodríguez. “Estudio de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS y VIH/SIDA en población migrante salvadoreña. T4 1197 II Foro 2003.
- FRANZ DAMEN. Panorama de las religiones en el mundo y en America Latina. Bolivia-Bélgica. <http://latinoamericana.org/2003/textos/castellano/Damen.htm>.
- GABA E. Samaritan’s House. The silence of the church T3 0019, II Foro de VIH, Cuba, 2003.
- GRANDE M.A. (2000) *Risk perceptions and practices of sexual street workers about STDs, HIV/AIDS in Lima, Peru*. International Conference on AIDS, 13(2), 249 (Abstract WePeD4814).
- HARRISON LH, do Lago RF, Friedman RK, Rodrigues J, Santos EM, de Melo MF, Moulton LH, Schechter M. Incident HIV infection in a high-risk, homosexual, male cohort in Rio de Janeiro, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1999 Aug 15;21(5):408-12.
- JOANES J, Torres R, Lantero MI, Alonso ME, Satin Peña M. Vigilancia de la infección por el VIH en grupos seleccionados, Cuba: 1993-2002. II Foro VIH, Cuba, 2003.
- LAURIA L, Aquilo SLT, Marques M, Bernardi M, Durovni B. A epidemia do AIDS no município do Rio de Janeiro. T4 0928 II Foro de VIH/SIDA, Cuba, 2003.
- LEON E, Hernández M, Peruga A. Comportamiento sexual y caracterización de la población con conductas de riesgo de infección por el VIH/SIDA, a través de métodos matemáticos: estudio de ciudad de La Habana. La Habana, 1999.
- LEÓN DÍAZ EM, Arredondo Paz A, Ortiz Nuñez EC, Peruga A, Santín M, Cuchí P. Occasional sexual partners and condom use in 5 countries of Latin America and the Caribbean. National Commission of AIDS, CONASIDA/Chile and Cuba, XIII Int AIDS Conf, Durban, South Africa. 2000. (Abstract LbPeC7081).
- LIGIA RS, Kerr’Pontes, Gondim R, Mota RS, Martins TA, Wypij D. Self-reported sexual behaviour and HIV risk taking among men who have sex with men in Fortaleza, Brazil. *AIDS* 1999, 13:709-717.
- MAGIS C, Bravo E, Uribe P. Dos décadas de la epidemia del SIDA en México. CENESIDA. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>.
- MAGIS C, Ortiz R. Noriega S. Vigilancia del comportamiento y VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables, en Ciudad Juárez, México. T4 0333 II Foro VIH, Cuba, 2003.

- MEIIRELLES DE SOUZA I, Fonttenelllle D., Allves Pacheco MC., Niicácio D, Santtos Liima C, Lojja T, Allmeiida JC, Amériico Barbosa L. Repensando a prevenção em dst//aids: treinamento de agentes multiplificadores nas comuniidades de Candomblé. T3 0356, II Foro de VIH, Cuba, 2003.
- MINISTRY OF HEALTH, Jamaica. Knowledge, Attitude, Behaviour and Practice Study among Adolescents 12-14 years. Prepared for FHI/AIDSCAP in collaboration with the Ministry of Health by Hope Enterprises Limited, Jamaica. 1994.
- PAHO/WHO/UNAIDS. HIV and AIDS in the Americas- an epidemic with many faces. Washington, DC, 2001.
- PATRICIO V. MARQUEZ, Victor H. Sierra, Jacob Gayle, Robert Crown. HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options. June 2000, World Bank.
- PERCY FERNÁNDEZ DÁVILA, Carlos F. Cáceres, Ana M. Rosasco, Ximena Salazar, Peter Aggleton. Masculinidades en el Perú: discursos no reflejan la práctica. ONG. REDESS Jóvenes (Perú). II Foro2003.
- ANIBAL HURTADO PINOCHET. ITS en homosexuales mediante vigilancia centinela. Chile 1999-2001, Santiago – Chile. T4 1379, II Foro 2003.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud en las Americas, 2002. Pastoral de la movilidad humana. Para los que no llegaron un sueño hecho cenizas. Migrantes y deportados en la frontera de Guatemala-Mexico. Pastoral de la Movilidad Humana. Editorial Serviprensa CA. Guatemala.
- PRADO PULGAR S, Fariñas Reinoso AT, Bayarre Vea H. Caracterización y factores de riesgo de VIH – SIDA en la población de Centro Habana, 1993-1999. II For de VIH/SIDA, Cuba, 2003.
- SONESTEIN F, Ku L, Dubersten Lindberg L, Turner C and Pleck J. Changes in sexual behaviour and condom use among teenaged males: 1988 to 1995. Am J Public Health 1998;88: 956-959.
- VILA M, Bloch C, Basombrio A, Maulen S, Silva Nieto F. Perfil de la epidemia de VIH/SIDA en la ciudad de Buenos Aires (Argentina) 1983-2001. II Foro de VIH/SIDA, Cuba, 2003.
- WALROND, ER, Hoyos MD, and Jones, F Report on AIDS Related Knowledge, Belief and Practices in Barbados. Faculty of Medical Sciences and Faculty of Social Sciences, University of the West Indies with the National Advisory Committee on AIDS, Ministry of Health, Barbados, 1992.

ZALDIVAR GARCÍA ME, Fabregat Rodríguez MG, Valdés Gómez ML. Estratificación epidemiológica por riesgos de ITS/VIH/SIDA utilizando los sistemas de información geográfica. Provincia de Cienfuegos. 1999-2002. II Foro VIH, Cuba, 2003.

ZEGARRA L, Flores J, Bachelet M. Prevalence of HIV among different risk groups in Cochabamba, Bolivia. Int Conf AIDS 1998.

ACCESO A ATENCIÓN INTEGRAL Y A TRATAMIENTO ANTI-RETROVIRAL: VIVIENDO CON VIH EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Rosa González
Luis Enrique Soto Ramírez*

Sin una respuesta basada en los derechos humanos el impacto y la vulnerabilidad a la infección se incrementará y la habilidad de la comunidad para responder será obstaculizada.

ONUSIDA

Los derechos humanos y el SIDA en América Latina. El reto: conocerlos y hacerlos valer

Durante décadas, hablar de derechos humanos en América Latina ha conllevado el riesgo de la desaparición física, la cárcel o el destierro. En principio, los derechos que nos asisten como seres humanos son tremendamente desconocidos para un porcentaje grande de la población, desde los más elementales consignados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y pasando por los derechos que nos otorgan las diferentes constituciones de nuestros países. El desconocimiento de nuestros derechos nos hace más vulnerables a adquirir el virus del VIH/SIDA. También facilita que nuestros derechos sean violados, incrementándose estas violaciones cuando somos personas que ya vivimos con SIDA, por razones de género, orientación sexual y condición económica.

A causa de la epidemia del VIH/SIDA, quienes constituimos la población afectada por ésta, nos hemos visto en la necesidad de reclamar nuestros dere-

chos, ya que acceder a una atención integral y digna, que prolongue nuestras vidas, es cuestión de vida o muerte, de nosotros mismos, de las personas que amamos, hijos, parejas, hermanos, amigos, etcétera.

La mayoría de las personas en el camino de la lucha por la sobrevivencia hemos tendido que convertirnos en “expertos” en temas de derechos humanos, medicamentos, y otros. Por ello, trataremos de reflexionar sobre este tema de forma sencilla, pensando en las personas que no son expertas en el mismo pero que tienen interés en conocerlo.

Derechos humanos y el derechos a la salud

Los derechos humanos son las libertades y derechos conferidos a cada persona desde su nacimiento, los cuales son universales e inalienables. El derecho a la salud es un derecho humano inherente a la persona y es un derecho sin el cual los derechos a la vida, a la libertad y a la dignidad humana no tienen sentido, pues este derecho es como piedra angular para que el ser humano se desarrolle en plenitud.

Derechos humanos y su vinculación en el ámbito de la salud

Oportunidades:

- Marco legal en algunos países de América Latina para la protección de DDHH de las PVVS.
- Programas Nacionales de SIDA.
- Mayor participación de las personas que viven con VIH/SIDA.
- Participación de la sociedad civil.
- Papel de la cooperación externa.
- Inicio del funcionamiento del Fondo Global contra el SIDA, la TBC y la malaria.

Carencias (obstáculos):

- Ambiente de discriminación y estigmatización vigente.

- Débil respuesta en los mecanismos de vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos.
- Fragilidad en los sistemas de justicia.
- Presencia de inequidades sociales.
- Corrupción.
- Individualismo.

Retos:

- Concreción de los derechos humanos.
- Erradicación del estigma y la discriminación.
- Equidad en el acceso a la salud.
- Vigencia de una ética ciudadana global, reforzada por el valor de la dignidad humana.

SIDA y el derecho a la atención integral

Las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos y la Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el SIDA, refieren la obligación de los Estados de suministrar tratamiento adecuado y de calidad a las personas que viven con VIH/SIDA, dentro de una política general de salud pública.

En América Latina a causa de la demanda de las PVVS algunos gobiernos han iniciado la dotación de medicamentos anti-retrovirales a un reducido número de personas, ya que en esta región del mundo sólo vive el 4% del grueso de la población que necesita acceder a la TAR.

En una visión integral se deben conjugar todos los elementos. Debemos recordar que el ser humano tiene mente, cuerpo, espíritu y una relación social y política con el medio en el que vive.

Si bien es cierto que la dotación de los medicamentos anti-retrovirales mejora la calidad de vida en forma sustancial, no hay que verlo de manera tan simplista. No debemos olvidar que se necesita todo un conjunto de apoyos para que se den los resultados que se esperan de la terapia. Debemos de ver la atención integral, como sus palabras lo indican:

- Prevención y tratamiento de la tuberculosis.
- Prevención y tratamiento de otras enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH.
- Cuidados paliativos.
- Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Buena nutrición.
- Apoyo social, espiritual, psicológico.
- Respeto de los derechos humanos.
- Reducción del estigma asociado al VIH.

Un elemento fundamental para una estrategia de atención del VIH/SIDA es la integración de las intervenciones en el tratamiento.

Estigma y discriminación

Karen, mi hija de 7 años, seropositiva, está viviendo en primera persona lo que son el estigma y la discriminación, ya que a causa de la infección por VIH no tiene amigos ni amigas en la escuela con quienes jugar, por lo cual no está contenta ahí y ya no quiere regresar más a clases.

Es importante tratar de entender por qué estas niñas y niños actúan así. Posiblemente están repitiendo lo que oyen en la casa. Pero aún peor, posiblemente están repitiendo lo que ellos también han sentido y vivido. Seguramente a muchas de estas niñas en sus propias casas les han dicho que son tontas, que no sirven para nada, que son unas vagabundas y muchas otras frases ofensivas como esas. O tal vez alguien se ha burlado de ellas por su físico, su color de piel o razones similares.

Ser una persona que vive con VIH/SIDA en una sociedad acostumbrada a estigmatizar y discriminar a las personas por diferentes condiciones es sumamente difícil, pero estamos aprendiendo a hablar de frente con los que nos discriminan y estigmatizan, y ello está logrando resultados positivos. La tarea es grande, y solos no podremos lograr que la población general aprenda, se sensibilice, acepte y respete las diferencias.

Se requiere que los Estados tomen medidas para prevenir la discriminación, incluyendo acciones legislativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y

de otra índole para asegurar que las estrategias, políticas y programas desarrollados aborden la discriminación y también aseguren formas de indemnizar a quienes sufren discriminación.

El estigma tiene raíces muy profundas en la cultura, temores personales y sociales, rechazo o negación, falsas concepciones, mitos y algunas creencias religiosas. Todos estos factores afectan fundamentalmente la forma de pensar y actuar de las personas.

Cualquier agenda de investigación que aborde el estigma deberá, por eso mismo, ayudar a hacer cambios en la forma como la gente piensa y consecuentemente actúa. Desde luego, ésta es una ardua tarea de largo plazo. Sin embargo, en el corto plazo las personas pueden ser persuadidas a tratar a las demás personas imparcialmente según los principios de la moral y la ética. Después de todo todas las sociedades, por motivos religiosos, morales o culturales, reconocen el concepto de imparcialidad, equidad y justicia. Por otra parte, la persuasión puede caer en oídos sordos y las personas pueden persistir en mantener sus puntos de vista o posiciones prejuiciosas. Esto puede empujarlos a tomar acciones que impactan negativamente en los derechos humanos y/o en los derechos adquiridos de las demás personas. Cuando los individuos toman este tipo de acciones ellos discriminan a otros. El estigma y la discriminación están por lo tanto fundamentalmente vinculados.

No obstante, hay dos asuntos importantes de hacer notar: primero, enfocarse en reducir el estigma, pero con base en el respeto a los derechos humanos. También podría derivar de consideraciones religiosas, morales o culturales.

Segundo, cuando la valoración negativa de una o más personas respecto de otras lleva a las primeras a acciones que afectan los derechos de otras personas, estos actos son actos discriminatorios. La discriminación resulta cuando se hace una distinción contra una persona en razón de alguna característica personal suya, que resulta en que ésta sea tratada o perciba ser tratada en forma injusta e impropia.

Por ejemplo, una persona puede rechazar a las personas que viven con VIH/SIDA, percibir las como inferiores y por esta razón ser extremadamente indiferente a sus necesidades. Estos pensamientos y percepciones constituyen el estigma. Si este mismo individuo decide abusar físicamente o en el trato de una persona que él sabe que vive con VIH/SIDA, entonces esto es un acto discriminatorio. Éste es el punto, según la ley, en el cual una persona puede

ser reprendida por su acción. Aquí es cuando el campo de los derechos humanos juega un rol importante, pues la no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos.

El principio de no discriminación está en el centro de los derechos humanos tanto en la intención o pensamiento como en la práctica. Todos los instrumentos internacionales sobre derechos humanos prohíben la discriminación por razón de raza, color, sexo, idioma, religión, política, étnica, de clase social, por discapacidad, o por otro estatus.

Además la reciente resolución de la Comisión de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, ha establecido inequívocamente que el término “u otro estatus” en la disposición sobre no discriminación, en textos internacionales sobre derechos humanos, debe ser interpretado como cubriendo el estado de salud, incluyendo el VIH/SIDA, y ha confirmado que “la discriminación por razón de estatus, actual o presumido, de VIH/SIDA, está prohibida por las normas sobre derechos humanos vigentes”. Así, la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA o que se presume están infectadas, es una clara violación a sus derechos humanos.

Grupos vulnerables y violación de derechos humanos: ¿por qué las mujeres?

Durante la Conferencia se abordaron los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres seropositivas. Aunque muchas mujeres jóvenes y en edad fértil desean tener una familia formada con sus propios hijos, y pese que hoy en día existen alternativas médicas para evitar la transmisión del virus de la madre al hijo, persiste una gran resistencia de la sociedad a que estas mujeres disfruten de este derecho a la maternidad.

Otra de las limitantes es el restringido acceso a tratamiento en muchos países de la región. Aunque sí se otorga profilaxis para prevenir la transmisión madre-hijo en numerosos países de la región, la desprotección en la que quedan después del parto sugiere que se ve a las mujeres sólo como reproductoras, preocupándose solamente por el *producto*, como se le llama en términos médicos al hijo o hija de ésta.

Durante las exposiciones de las mujeres seropositivas se evidencia que aún falta mucho para brindar igualdad de oportunidades a las mujeres, lo que es obvio en la mayoritaria participación de hombres en las redes, ONGs, gobiernos y las mismas agencias internacionales.

Vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA

En las relaciones de poder entre los géneros, la sexualidad es un eje clave de la dominación de las mujeres, culturalmente impuesta por los modelos de feminidad pasiva y masculinidad activa, que tiene su expresión en la violencia sexual contra las mujeres, en el ámbito doméstico y público.

La violencia doméstica reduce el control de las mujeres sobre su exposición al VIH porque en muchas ocasiones nuestras culturas aceptan la violencia hacia ellas como “algo normal”. En tal sentido resulta difícil para las mujeres negociar el uso del preservativo o negarse a tener relaciones sexuales, aun conociendo de las relaciones extraconyugales de sus maridos. Algunos estudios revelan que en muchos países de todos los continentes, entre un tercio y la mitad de las mujeres manifiestan que sus parejas las han golpeado o agredido de algún modo.

Es más probable que las mujeres sean víctimas de coacción y violación que los hombres, o bien que alguien más fuerte o más rico las seduzca para tener relaciones sexuales. A veces el poder que se ejerce sobre ellas es básicamente el de una mayor fuerza física. Otras veces es la presión social para someterse a los mayores. Es más probable que las mujeres de todas las edades se infecten de VIH que los hombres durante el coito vaginal sin protección.

La pobreza aleja a las mujeres del acceso a los servicios de salud, las obliga a condiciones de sobretrabajo y malnutrición. Muchas mujeres se emparejan como estrategia de sobrevivencia, y con frecuencia lo que obtienen es un nuevo hijo. En el límite de la pobreza, las niñas, las jóvenes y las mujeres adultas caen en el riesgo de ser sexualmente explotadas como alternativa de sobrevivencia.

Las mujeres son las que cuidan a la familia y, en el caso de las familias que viven con VIH/SIDA, sobre ellas recae el mayor peso del trabajo físico y la car-

ga emocional, y el cuidado de otros, aun cuando ella misma esté afectada por la infección. Se han realizado pocos estudios a profundidad sobre el impacto del SIDA en mujeres y la mayoría de los programas de prevención del VIH/SIDA contienen una dudosa perspectiva de género.

Hombres que tienen sexo con hombres

Si bien es cierto que las organizaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) han llegado a niveles muy altos de organización y de empoderamiento, como se vio de manera muy clara en la Conferencia, dados sus altos índices de educación, y que están haciendo un trabajo fuerte en cuanto a la defensa de sus Derechos Humanos, siendo protagonistas en la prevención del VIH/SIDA y brindando servicios de apoyo a personas que viven con VIH/SIDA, la sociedad aún les niega muchos derechos que les corresponden como seres humanos.

Vulnerabilidad de los HSH

La homofobia es una clara forma de discriminación en la que se encuentran los argumentos que justifican la exclusión, en un sistema jerárquico donde las minorías son catalogadas como inferiores y por lo tanto desautorizadas en sus demandas y derechos. Los HSH son rechazados por muchos sectores de la sociedad: iglesias, escuelas, universidades, lugar de trabajo, familia, por lo que tienen escasas posibilidades de trabajo diferente del trabajo sexual.

En muchos países de América Latina las organizaciones de hombres que tienen sexo con hombres se han visto con dificultades para ser reconocidas legalmente, al ser sus peticiones para obtener personería jurídica ignoradas por las autoridades competentes, violentado el derecho de la libre asociación, desconociendo con ello que siempre han sido y son miembros activos y productivos de la comunidad.

No existe un ambiente favorable tanto político como de la comunidad para desarrollar programas sociales para el acceso a la salud, educación, empleo y

vivienda para esta población. En cambio, en varios países existen leyes violatorias en cuanto a la libre asociación y movilización, incrementado con estas medidas los abusos y discriminación y en algunos casos asesinatos de trabajadores comerciales del sexo, sin que los operadores de la justicia gubernamentales encuentren y castiguen a los culpables.

A nivel del sistema educativo es urgente la inclusión e implementación del tema de la sexualidad humana, vista desde una óptica científica, sin mitos ni prejuicios en torno a ella. También es necesario que se maneje la educación e información sobre la diversidad sexual con fundamentos científicos y objetivos, para evitar que continúen las acciones que lesionan la dignidad humana de la comunidad homosexual.

Proponiendo alternativas

- Promoción de los derechos humanos.
- Reivindicaciones sociales y económicas básicas, en las que se incluya la salud, la calidad de atención en VIH/SIDA, el acceso a medicamentos en cantidad suficiente y oportuna, de forma integral, y la eliminación de toda forma de discriminación para las personas afectadas.
- La construcción de una democracia inclusiva donde el interés común sea construido con la participación de las minorías discriminadas, haciendo un reconocimiento político de las diferencias, mediante el fortalecimiento de los derechos humanos, la igualdad y la libertad.
- El fortalecimiento de las leyes, políticas y recursos, para avanzar en el reconocimiento de la igualdad de las mujeres y su inclusión ciudadana real.
- Las reformas de leyes discriminatorias contra las mujeres y otras minorías excluidas, favorecerán el control de la epidemia, sobre todo las que establecen el control del cuerpo de la mujer y las que impiden la organización y la libre expresión de los colectivos y grupos discriminados.
- Integración de los DDHH de los HSH en las agendas nacionales.
- Abordaje ético y respetuoso de los derechos humanos de los HSH, en los ámbitos de educación, salud, trabajo y religioso.

El tratamiento anti-retroviral (TARV) en América Latina

En la mitad de una reunión llena de información, de activismo, de controversia y del cálido ambiente cubano, poco fue lo que se trató realmente de los aspectos claves del tratamiento anti-retroviral en la región, en especial en lo referente al acceso, modalidades de tratamiento y formas eficaces de lograr que este tratamiento se disemine en nuestros países no sólo con precios más accesibles, sino con medicamentos de alta calidad y con una cadena de abasto que impida las interrupciones involuntarias y no programadas de tratamiento.

El estado del arte del TARV presentado en esta conferencia fue muy limitado. La comparación de modelos de TARV fue desfavorable para algunos de los participantes, dado que los datos presentados no estaban actualizados para todos los países, lo que sólo nos permitió ver grandes diferencias pero no atinadas soluciones y nada de brillantes propuestas. Es claro que pareciera ideal seguir el modelo brasileño, pero ¿por qué no evaluar otras formas de acceso menos costosas? ¿Por qué no conocer las limitaciones que el modelo brasileño ha tenido aprendiendo de sus aciertos y de sus errores? ¿Por qué no establecer tácticas de ayuda a aquellos países que no han empezado sus programas de tratamiento o que lo han hecho sin un programa adecuado y por qué no establecer incluso un programa regional de producción de medicamentos genéricos de alta calidad y con adecuadas estrategias para determinar su bioequivalencia o, mejor aún, una negociación multinacional con las compañías farmacéuticas en el contexto de que la unión hace la fuerza? Todas estas preguntas que aún quedan en el aire y que parecieran no ser tan relevantes para los asistentes, son las que necesariamente debieron ser una prioridad en la agenda y que desafortunadamente fueron tratadas en forma parcial.

Durante algunas presentaciones del Foro se reforzaron las ventajas e importancia del HAART (iniciales en inglés para el tratamiento anti-retroviral altamente activo, especialmente aquel en triples o cuádruples esquemas) haciendo énfasis en su repercusión en la región tanto en mortalidad como en hospitalizaciones y en prevalencia de la infección por VIH. Así, se mostró que Brasil ha podido bajar la mortalidad un 70% con la cobertura total y ha pasado de tener una prevalencia de VIH semejante a la de Sudáfrica en 1991 a tener una prevalencia 300 veces menor a la del país referido en el 2001. Por otra parte Cuba

ha podido disminuir sus hospitalizaciones de 90 a 12 por mes en toda la isla y su mortalidad asociada a VIH del 15% en 1996 a 2.75% en el 2002. (1) Con estas grandes ventajas obtenidas y en especial con resultados tan tajantes en la región latinoamericana, se hizo aún más patente la falta de información en este Foro de estrategias para poder mejorar los programas de acceso a TARV.

El éxito de la terapia anti-retroviral no sólo radica en el control virológico, sino también en la restauración inmune con la posibilidad subsecuente de suspender medicamentos profilácticos (para PCP y MAC por ejemplo) y en la posibilidad de disminuir la transmisión perinatal y sexual. Todos estos beneficios son muy aparentes, sin embargo, el costo-beneficio real de la terapia anti-retroviral depende del tiempo que un esquema de tratamiento es útil y de otros beneficios que conlleva esta respuesta terapéutica. Los parámetros para establecer todos los beneficios del TARV, tales como capacidad de realizar actividades laborales y sociales, productividad, calidad de vida, felicidad y muchos otros aún más abstractos, no han sido adecuadamente sopesados y lo cual será muy difícil poder hacerlo en forma significativa. Desafortunadamente no se ha hecho un análisis ni individual ni colectivo en la región de la duración útil de los TARV que estamos prescribiendo y esto es de suma importancia, ya que es común entre los clínicos observar pacientes que después de tres años de tratamiento han fallado a todos los medicamentos disponibles. Este hecho es una de las grandes evidencias de la gran falla del sistema, tanto de la responsabilidad que debemos asumir de dar calidad y cantidad de vida a nuestros pacientes así como desde el punto de vista económico, en que la inversión alta que se ha hecho en medicamentos pareciera ofrecer muy pocas ventajas en un análisis de costo-beneficio.

Tratamientos subóptimos

Los beneficios de la terapia HAART son tantos y tan reconocidos que no debemos permitir en nuestra región el uso de tratamientos subóptimos. Una de las propuestas de este Foro fue que de sólo disponer de recursos para tratamientos subóptimos, debe recomendarse que es mejor esperar hasta contar con los recursos necesarios, en lugar de ofrecer tratamientos que sólo van a acarrear

problemas a largo plazo individual y colectivamente, tal y como podría ser la transmisión de cepas resistentes que limiten la eficacia de tratamientos potentes futuros. Aun cuando esta afirmación es claramente válida, desde el punto de vista global, epidemiológico, virológico y de desarrollo de resistencia, será importante evaluarla también desde el punto de vista humano e individual ante un paciente que pudiera recibir un beneficio aunque fuera transitorio contra no recibir nada. Al respecto en este Foro se presentó información acerca de la eficacia de tratamientos dobles, los cuales se ha demostrado que son activos en suprimir la replicación viral pero sólo en situaciones muy específicas. (2) Esta información debe ser manejada muy cuidadosamente ya que puede ser enarbolada por individuos que no poseen los conocimientos necesarios para poder evaluar esta opción, por lo que se corre el riesgo de que la puedan implementar indiscriminadamente. Éste es el caso también de la información presentada sobre tratamientos interrumpidos. En un trabajo de Argentina (3), se habla de las bondades, que desde el punto de vista de bienestar físico y a veces psicológico ofrece el suspender el tratamiento ARV, sin embargo, no se mencionan todas las deficiencias que esto conlleva y que lo hace considerar hoy por hoy un tratamiento subóptimo. Debemos ser cuidadosos en aceptar en foros como éste la presentación de esta información que podría ser confusa, ya que los asistentes a la reunión tienen características muy diversas y no necesariamente la formación e información necesaria para poder evaluar adecuadamente este tipo de datos.

Acceso a anti-retrovirales

Como ya se mencionó previamente la parte de acceso a tratamientos ARV adecuados no fue debidamente abordada en este Foro. Vale la pena mencionar únicamente dos trabajos que proponen formas un tanto exageradas de solicitar la cobertura mayor o universal con anti-retrovirales en algunos países. En el caso de Guatemala, una iniciativa legal en contra del Presidente de dicho país obligó a éste a establecer un compromiso para proveer medicamentos, inicialmente a partir del 2002, y después cobertura universal en el 2003. Sin embargo, comentando esto con médicos del referido país las medidas prometidas no han

sido tomadas en forma completa hasta el momento (4). En el caso de Perú, se han organizado marchas en calles céntricas para presionar al gobierno y obtener cobertura universal siendo éstas hasta el momento ineficaces, no olvidando la molestia que causan entre la población general (5) lo que acentúa la discriminación que ciertos grupos sufren.

Es increíble que en un foro como éste las propuestas para obtener una mejor cobertura de TARV sean tan pobres y tan poco creativas. Considero que existe un vacío muy importante entre los tomadores de decisiones y los médicos y pacientes que están enfrentándose directamente a este problema. Considero que la comunicación directa entre estos dos grupos permitiría una toma de decisiones mucho más acertada así como la participación de un grupo multisectorial que ayude a definir con exactitud las posibilidades que cada país tiene tanto desde el punto de vista de recursos como de infraestructuras, evitando así brillantes propuestas que se sitúan fuera del contexto local.

Otras posturas que se relacionaron con la disponibilidad de tratamiento anti-retroviral no fueron particularmente brillantes. El pronunciarse a favor de no hacer la prueba de diagnóstico de VIH si no existen los recursos para dar tratamiento, en vista de la estigmatización que el ser VIH positivo produce, no sólo es una forma inadecuada de presionar a los gobiernos a tener medicamentos, sino que les ofrece una clara salida para no gastar ni siquiera en pruebas de diagnóstico. Las repercusiones en transmisión que pudiera tener el no saber el estado serológico no parecen tener ninguna importancia para esta propuesta, en una actitud que más bien parece cobarde y de poco respeto a la vida de los demás. Se crea así una clara confusión entre los derechos individuales y los grupales.

Asimismo, se propuso que tampoco las maniobras de profilaxis perinatal deben de implementarse si no implican necesariamente el adecuado tratamiento materno, evitando utilizar a la mujer sólo como posible transmisora de la infección y no tomándola en cuenta como individualmente afectada. Aun cuando no podemos estar más de acuerdo en la atención adecuada de todos los afectados por el VIH/SIDA, consideramos que por el momento el evitar la infección de un nuevo ser no debe de esperar hasta que las mujeres reciban la justa atención médica.

Guías de tratamiento ARV

Una de las posibles soluciones propuestas para mejorar la calidad del tratamiento anti-retroviral es la realización de guías de tratamiento ARV que pongan en la mesa de discusión y en las soluciones los problemas particulares y las situaciones específicas de cada país. A este respecto ha habido iniciativas regionales que desafortunadamente no han sido bien recibidas por los tomadores de decisiones como las recomendaciones de tratamiento para América Latina que propusiera la Organización Panamericana de la Salud. (6) El propósito de estas guías es el de ofrecer una solución sencilla con la compra de un número limitado de medicamentos para países que no hubieran iniciado aún su programa de tratamiento anti-retroviral. Desafortunadamente estas recomendaciones fueron muy criticadas especialmente por algunas compañías farmacéuticas desde luego no favorecidas por lo incluido y por algunos expertos a nivel mundial. La respuesta de la OMS fue la creación de otra serie de guías para países en desarrollo, guías que están muy bien adaptadas para escenarios como África, pero no para la realidad existente en América Latina. (7) La comparación entre estas dos guías nos permite definir claramente que las recomendaciones deben adecuarse al menos a una región y de preferencia a un país.

Como ejemplo de un proyecto de recomendaciones por país, tenemos la reciente actualización de las guías mexicanas, producto del esfuerzo en el que participaron todos los sectores que tienen que ver con el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA, con una relevante observación de la transparencia del proceso por las organizaciones civiles. Estas guías poseen características muy especiales del país en el que fueron elaboradas, básicamente por la limitada existencia de medicamentos genéricos y la disponibilidad de precios rebajados de algunos medicamentos originales con los que no cuentan otros países. Además, una característica importante es que estas guías están realizadas en una forma sencilla para que puedan ser seguidas por médicos cuya experiencia no sea tan amplia, ofreciendo tablas que son de fácil entendimiento e interpretación y que incluyen modificaciones de dosis en situaciones especiales. (8) Consideramos que guías como estas que ahora están en elaboración en otros países como Venezuela y Perú y son una realidad en otros como

Argentina y Brasil, facilitan el acceso a tratamiento y optimizan la eficacia de este tratamiento en forma individual evitando todos aquellos errores que desafortunadamente limitan la cantidad y calidad de vida de los pacientes. Hay sin embargo un gran reto en relación con esta propuesta. Los gobiernos y las autoridades de salud locales deben de establecer las medidas de vigilancia y control adecuadas para que estos lineamientos sean seguidos adecuadamente tal y como lo ha logrado Brasil.

Otro aspecto relevante en relación con pautas de tratamiento es la generación de información básica que permita una modificación regional o local. Al respecto es de suma importancia la determinación de la frecuencia y distribución de transmisión de cepas de VIH resistentes a los anti-retrovirales y que ocasionaría que la eficacia de algunos primeros tratamientos estuviera marcadamente disminuida. La frecuencia de resistencia a zidovudina en países desarrollados es muy elevada, reportándose del 15 al 25%. Sin embargo, la información al respecto es limitada en América Latina. Brasil posee amplia información al respecto, pero dado que los escenarios y el tipo, tiempo y cantidad de medicamentos que han sido usados es muy diferente en la región es de extrema importancia la estimación de esta resistencia. Al respecto se presentó una propuesta de la creación de una red latinoamericana de resistencia que ya ha sido iniciada por Argentina, Brasil y México. Desafortunadamente una respuesta poco atinada de un tomador de decisiones a la sugerencia de que el Fondo Global apoyara esta iniciativa, detuvo todos los avances realizados. Creemos muy poco atinado que se pretenda apoyar mundialmente el tratamiento anti-retroviral y que esto se haga en forma ciega disminuyendo en promedio del 7 a 10% (aproximado de resistencia en pacientes sin tratamiento previo) la eficacia de estos tratamientos y desperdiciando ese porcentaje de recursos. Pero nuevamente la distancia entre los clínicos e investigadores básicos y los tomadores de decisiones y los compromisos políticos de estos últimos hacen que las medidas tomadas sean inadecuadas o carezcan de la posibilidad de éxito que necesitamos en esta pandemia. Y las voces que aquí deberían haber gritado, defendiendo derechos básicos, nunca fueron escuchadas.

Medicamentos genéricos

Quizá el aspecto más relevante de esta reunión en cuanto a tratamiento fue el del uso de medicamentos genéricos. Aun cuando se enaltecíó la existencia de genéricos de producción estatal, esto fue quizá un gesto muy amable para el anfitrión del Foro, pero no necesariamente realista en otros países de la región. El ataque a las compañías farmacéuticas aseverando que sólo destinan menos del 20% de su ganancia en educación médica y que mucha de esta educación funciona en una forma de corrupción encubierta, fue muy acentuado. Por otro lado se estableció que los productores de genéricos no destinan nada a educación médica y no siempre cuentan con un adecuado control de calidad. Desafortunadamente y por razones que desconocemos, pero que nos atreveríamos a decir que rayan en una psicosis colectiva de negación, no se mencionaron problemas muy relevantes de los genéricos. Los productores de éstos han abusado claramente del costo-beneficio de disponer medicamentos de bajo costo para acceso a un mayor número de individuos, mientras que por otra parte no han invertido adecuadamente en probar su bio-equivalencia ni en estandarizar sus procesos de producción. Aún más importante es el desarrollo de nuevas moléculas. Si no existen ganancias de las compañías farmacéuticas que permitan alimentar la creación de nuevos medicamentos, entonces quién lo va a hacer, desde luego que no los productores de genéricos. Ver el ahorro actual que podría obtenerse con los genéricos es no tener una visión futura del problema y simplificarlo tanto que sería muy fácil fracasar.

No cabe duda que el clímax de los genéricos fue claramente favorecido por la experiencia cubana. Aunque merecido por el esfuerzo realizado y por las limitaciones a que están expuestos, el éxito logrado se vio opacado por la exagerada insistencia de los médicos cubanos de presentar su estrategia en tiempos más prolongados de los que el programa les había otorgado y sin importar la pérdida del tiempo en discusión y la limitación a otros ponentes. Sin embargo consideramos que este programa debe ser reevaluado cuidadosamente. En la presentación de cómo se desarrollaron y evaluaron los genéricos cubanos (9), fue evidente que los estudios de bioequivalencia son deficientes y que no aseguran la calidad de los medicamentos producidos.

Por otra parte los resultados logrados son deficientes de acuerdo a lo presentado por el doctor Pérez Ávila (10), de la experiencia de 105 pacientes que han completado al menos 18 meses de tratamiento y en los cuales sólo 24.5% están indetectables. Así, sin ser de ninguna manera criticable sino por el contrario encomiable lo realizado por los colegas cubanos, no es de ninguna manera un modelo ideal para ser copiado.

Es importante recalcar la dificultad que implica el no evaluar las repercusiones de los fármacos genéricos. Un medicamento de este tipo, que fuera 10% menos activo que su contraparte original, puede ofrecer una respuesta virológica adecuada inicial pero claramente tendrá a largo plazo una eficacia más limitada, en especial porque aún no conocemos con exactitud el efecto de éstos a largo plazo, aunque inferimos qué pudiera ocurrir con la replicación viral residual que se presenta en prácticamente todos los esquemas en forma directamente relacionada con la potencia del mismo. Por esta razón es lógico que surja una interrogante: ¿cómo demostrar que un individuo tratado con medicamentos originales pueda alcanzar una vida activa eficaz de un esquema ARV de 5 años , y que al usar medicamentos genéricos ésta se acortó a 4 años? Esto es prácticamente imposible demostrarlo, pero lo que sí es una realidad es que esta situación incide en los derechos humanos de los pacientes, en su derecho a vivir más y vivir mejor. Bien lo dice el dicho callejero: “lo barato sale caro”.

No comprendemos cómo podemos estar luchando y enarbolando una bandera de grandes protectores de derechos humanos y tratamos de evitar que no se discrimine a las personas que viven con VIH/SIDA, y por otra parte optamos por una actitud pasiva ante aquellos que generan políticas de salud y seleccionan medicamentos baratos, lo que les permite engrandecerse políticamente para decir que han beneficiado a más pacientes sin pensar en ellos. Lamentablemente estamos parando el apoyo a la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos, y únicamente estamos limitándonos a proporcionar muchos tratamientos, sin importar la calidad de los mismos.

Debemos puntualizar que lo tratado en esta reunión relacionado con TARV y con muchos otros aspectos, no llevó al planteamiento de acciones o planes específicos. Es evidente que el cambio y cualquier avance aún están detenidos. Y así cada vez se confirma que lo que ahora estamos viviendo no es sino el arte del VIH de burlarse de todas las debilidades del ser humano.

Propuestas

De acuerdo con lo anteriormente expuesto sobre el TARV se sugiere:

- Se deben crear las estrategias para poder obtener una cobertura universal de TARV en todos los países de América Latina y el Caribe.
- Es importante evitar el uso de tratamientos subóptimos.
- Se deben crear estrategias de acceso a TARV de acuerdo con las experiencias exitosas y desfavorables previas.
- La creación de guías locales debe facilitar la adquisición/producción de medicamentos ARV así como la adecuada prescripción.
- Los medicamentos genéricos deben ser sometidos a un estricto control de bioequivalencia antes de ser usados y no considerarse la opción ideal sólo por ser baratos.

Bibliografía

LACCASO

Estigma y Discriminación, Miriam Malawa, ONUSIDA

Centro de Estudios de la Mujer, Honduras

“Por una sexualidad libre de prejuicios en el siglo XXI” Kukulkan, Honduras

Derechos Humanos, Ética y reformas en el sector salud, Xiomara Bu

Referencias

- 1) De la Portilla G, Alonso JC. Mortalidad/letalidad y terapéutica anti-retroviral en el VIH/SIDA Matanzas 2002. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 2003. Resumen T2 0402
- 2) Pinto M, Draschler ML, de Carvalho JC, Tavares CA, da Silveira VL. Terapéutica antiretroviral e carga viral plasmática indetectable. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 2003. Resumen T2 0132.

- 3) Redini L, Rocca V, Bettino MJ, Oliva SM, Benetucci JA. Interrupción del Tratamiento anti-retroviral (TARV) y calidad de vida en pacientes VIH+. II Foro en VIH/SIDA/ ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 2003. Resumen T2 0777.
- 4) Cuscul LR, Ramírez I. Acceso a terapia anti-retroviral para PVVS en Guatemala. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 2003. Resumen T1 0345.
- 5) Aquino ER, Torres G, Flores L. 1ra marcha por la Vida y Acceso a Tratamientos ARV para las personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 2003. Resumen T6 1165.
- 6) Pautas de Tratamiento anti-retroviral en adultos para países de América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC., 2002.
- 7) Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings. World Health Organization, Ginebra, Suiza, 2002.
- 8) Guías para el Tratamiento Anti-retroviral. Centro Nacional para la Prevención y Tratamiento de VIH/SIDA. México 2002.
- 9) Padrón A. Desarrollo de investigaciones para garantizar la triterapia a pacientes afectados por el VIH en Cuba. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 2003. Resumen T1 0345.
- 10) Pérez Avila L, Pérez DF, Orta M, et al. Tratamiento anti-retroviral de alta eficiencia en pacientes cubanos con genéricos de producción nacional. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 2003. Resumen T2 1065.

LA PREVENCIÓN DEL VIH: LOS ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES, EL PAPEL DE LAS ITS, Y LA SITUACIÓN DEL DESARROLLO DE LAS VACUNAS*

Teresinha Cristina Reis Pinto

Fabio Moherdaui

Prevención: determinantes socioeconómicos y culturales

El Foro 2003 inició con cuatro interrogantes importantes: ¿dónde estamos posicionados en América Latina y el Caribe respecto al VIH/SIDA? ¿Cuál es el estado de conocimiento actual? ¿Cómo enfrentamos y enfrentaremos la raíz de la epidemia en grupos específicos? Y, finalmente ¿cuáles son los retos para el futuro?

En este capítulo abordaremos un subtema específico relacionado con las ITS, su prevención y los determinantes socioeconómicos que afectan nuestro trabajo, de acuerdo a lo expuesto y discutido durante el Foro en Cuba.

El primer aspecto que podemos afirmar es que, sin duda, la pobreza, las cuestiones relacionadas con el género, la religiosidad y la cultura son determinantes importantes en la prevención. Las inequidades que se presentan en los países de América Latina y el Caribe deben ser tomadas en cuenta en la planeación y elaboración de las estrategias de prevención dirigidas a grupos específicos y en regiones de pobreza extrema. En la década de los ochenta se difundió el uso del término “grupos de riesgo” como estrategia de prevención,

*La información referente a vacunas fue preparada por la Coordinación General de SIDA e ITS del Ministerio de Salud del Gobierno de Brasil.

sin embargo, los resultados fueron el prejuicio y la discriminación mientras que la epidemia seguía creciendo. En el inicio de la década de los noventa se comenzó a hablar de “comportamientos de riesgo”, lo que tampoco hizo cambiar algo positivamente. Esta concepción terminaba por culpabilizar a las personas viviendo con VIH/SIDA, pues suponía que la infección era consecuencia de algo que las personas no hicieron o no quisieron hacer. Finalmente, Jonathan Mann y Daniel Tarantola, entre otros, obtuvieron de los estudios de la Práctica Médica y Derechos Humanos, el concepto de “vulnerabilidad”, que presenta la necesidad de incluir nuevas variables en las estrategias preventivas, tales como las socioeconómicas y culturales, entre otras.

El concepto de vulnerabilidad es fruto de la percepción de los límites prácticos de tratar la epidemia como una cuestión de riesgos, ya sea por ser parte de determinado grupo o por comportamientos asumidos individualmente como relaciones sexuales o uso de drogas. Esta discusión trajo al escenario la reflexión de que no existe riesgo que no esté vinculado directamente a factores sociales, colectivos, relacionales, y como base de todos ellos: la cuestión de ciudadanía.¹

Se identifican tres aspectos de importancia cuando se examina la dinámica de la epidemia de VIH/SIDA bajo la óptica de ciudadanía. El primero es la “culpabilización”, tendencia que acompaña, incluso involuntariamente, nuestras actitudes y acciones cuando asumimos que la exposición al VIH es un problema de comportamiento.

Cuando restringimos las propuestas de intervención preventiva a una cuestión de cambio de comportamiento, asumimos que cada uno de nosotros es el responsable exclusivo al no protegernos del virus del SIDA.

Lo que la perspectiva de la ciudadanía nos permite observar es que las personas tienen posibilidades distintas de transformación de su realidad, de respuesta a la epidemia.

El segundo aspecto de importancia es el referente a los objetivos y métodos de la intervención preventiva. ¿Cuál es la meta que debemos alcanzar con nuestro trabajo preventivo? ¿Qué queremos que acontezca y cómo?

¹ En algunos países de América Latina, se entiende como “ciudadanía” la lucha por el respeto a los derechos humanos y de salud de la población.

Con la visión de la ciudadanía queda claro que nadie puede analizar con mayor claridad lo que es más importante en las vidas de las personas que ellas mismas. En consecuencia, solamente ellas podrán decidir, entre las formas de prevención que nosotros los técnicos ayudamos a encontrar, cuales son más convenientes para protegerse del VIH/SIDA, así como encontrar otras que nosotros no hemos identificado. En otras palabras, la perspectiva de la ciudadanía deja claro que las personas deben tener amplia participación en la selección de medios y fines, cuando se trata de protegerlas del VIH/SIDA.

El tercer aspecto es que, si hablamos de ciudadanía, de participación, tenemos que asumir que la meta deseada nunca será alcanzada en su totalidad y de una vez por todas. No se conoce una formula única para el logro humano. Por eso, la idea de la ciudadanía es más un camino que una meta. Es construir conjuntamente una cosa deseada, aun cuando ésta sea algo diferente a lo que otras personas desean.

Querer negar esas necesidades de la propia travesía rumbo a lo que queremos alcanzar, determinar previamente dónde o cómo se debe llegar sin abrirse a las diferencias, a los cambios y a las emergencias sería un error, una violación.

Es un hecho que deseamos controlar la epidemia del VIH/SIDA y el uso de drogas, pero lo que es o no negociable durante el camino depende de cada situación particular, desde la manera en que las personas se están exponiendo hasta el tipo de valores en sus vidas. Por lo tanto, bajo la visión de ciudadanía, queda claro que los medios para controlar la epidemia del VIH/SIDA no son menos importantes que el objetivo de dicho control.

Por otro lado, bajo la perspectiva de la vulnerabilidad, el trabajo preventivo no se limita a la difusión de información, información técnica pura y simple, sino que busca justamente contribuir a capacitar a las personas para que identifiquen sus propias necesidades y tengan posibilidades efectivas de utilizar el conocimiento de manera que puedan defenderse a sí mismas y a los demás de la epidemia. Finalmente, trabajar con vulnerabilidad es asumir que no hay una forma única y definitiva de enfrentar la epidemia, que esas formas no sólo deben emerger de las realidades locales, y que tales se transforman a lo largo del tiempo.

En conclusión, es necesario informar, la información es un elemento fundamental en la construcción de la ciudadanía, pero eso no es suficiente. Ac-

tuar en el sentido de preparar a las personas para enfrentar la epidemia es también y especialmente, planificar cómo se atenderá a cada grupo y cuál es la probabilidad de que las personas adopten medidas de protección. En otras palabras, es identificar dónde es que las personas buscan la felicidad, cómo lo hacen y en qué medida ésta está relacionada con los riesgos de exposición al virus del SIDA. A partir de eso, intentar ampliar las posibilidades para la búsqueda de esa felicidad.

Como ya fue mencionado, es claro que el “diagnóstico” sólo puede ser realizado con la intensa participación de las personas con quienes estamos trabajando. En síntesis, se trata de identificar el conjunto de condiciones que pueden ayudar a las personas a ampliar las posibilidades de ser felices, ser compañeros de las personas en esa búsqueda.

Es importante, finalmente, identificar y entrar en contacto con otros compañeros capaces de sumar sus esfuerzos en esa búsqueda, pues, si sabemos que la cuestión del VIH/SIDA no es sólo individual, y conocemos la importancia de aspectos relativos al medio social, a la cultura, al trabajo, la educación, etcétera, entonces es preciso actuar de forma intersectorial. Es decir, no sólo las áreas de salud, educación, trabajo o bienestar social pueden ayudar a construir respuestas más efectivas en la prevención. Para reducir la vulnerabilidad se debe aumentar la participación ciudadana, pues la ciudadanía se ejerce en todas las áreas antes mencionadas.

En los primeros años, el foco de la prevención del VIH/SIDA estaba en el concepto de “riesgo”, el cual estaba basado en las formas de transmisión de los agentes patógenos. Las formulaciones conceptuales de grupo, comportamiento y situación de riesgo, se relacionaban con las prácticas que permitían la transmisión, sin que éstas estuvieran contextualizadas, es decir, sin tomar en cuenta que esas prácticas estaban subordinadas a determinantes sociales, culturales, económicos y a la existencia y efectividad de acciones programáticas, gubernamentales o no.

Así, por varios años se pensó que el ser parte de un grupo, el cual suponía un comportamiento característico y constante entre sus miembros, llevaba a los individuos a vivir situaciones de riesgo o determinaba los tipos y grados de riesgos a los estaban expuestos. Los trabajos de prevención basados en esa perspectiva buscaban la identificación de tales grupos de riesgo, y el foco de

sus acciones estaba basado en el cambio de comportamientos que erradicasen las prácticas inseguras.

La experiencia nos mostró que esa forma de pensar derivó en estrategias verticales, en las que la prevención se hace para las personas y no *con* las personas. Una vez que se pensaba en uniformidades, se perdían de vista las singularidades que las comunidades identificadas con determinados grupos de riesgo experimentaban en contextos diferentes, con condiciones sociales y programáticas diversas, y que exigían pensar la planificación a partir de un conocimiento de tales particularidades y diversidades de cada comunidad. Ese conocimiento sólo es posible cuando se le da voz al objeto de las intervenciones, convirtiéndolo en el agente de producción, elaboración y actuación en programas preventivos.

Los programas de reducción de daños, los programas y proyectos dirigidos a jóvenes, trabajadoras sexuales y a hombres y mujeres homosexuales, de muchos de nuestros países de América Latina y Caribe han demostrado que es posible hacer prevención desde las perspectivas de las personas con las cuales trabajamos, pero, la pobreza, las inmensas inequidades de nuestros países, las políticas influenciadas por las instituciones religiosas y la falta de compromiso gubernamental, son retos muy grandes para el futuro. La movilización y la participación en redes, el intercambio de información entre los actores son fundamentales para los cambios que se requieren.

El concepto de vulnerabilidad surgió a partir de críticas a los modelos centrados en la concepción de riesgo, procurando incorporar variables individuales, programáticas y sociales que componían un cuadro mucho más complejo en términos de la vulnerabilidad de los individuos y grupos a la transmisión de ITS y de VIH/SIDA. Es por eso que se justifica la necesidad de trabajos de prevención que actúen en el sentido de identificar las vulnerabilidades y de la adecuación de medidas para atenderlas.

A manera de ejemplo, es interesante cuestionarnos si los factores que llevan a un joven de clase media a adoptar o no prácticas seguras son los mismos que actúan sobre un joven de clase baja o de regiones rurales. Teóricamente, al ser ambos “adolescentes”, podríamos aplicar trabajo de prevención en adolescentes y tendríamos los mismos resultados con ambos. Sin embargo, el hecho de que pertenecen a clases sociales diferentes nos plantea el siguiente cuestiona-

miento: ¿los adolescentes de todas las clases sociales tienen invariablemente los mismos comportamientos y prácticas? ¿Las dificultades de negociación de prácticas seguras y de acceso a información y métodos preventivos son los mismos para ambos?

Si más allá de la condición económica de estos jóvenes, tomamos en consideración sus religiones y convicciones políticas, sus condiciones familiares y étnicas, nivel de empleo o desempleo, las relaciones de género en sus comunidades, su acceso a la información y educación formal, y la calidad y adecuación de las mismas, la disponibilidad de condiciones sanitarias y de acceso a salud privada y/o pública, las formas de organización comunitaria, etcétera, tendremos cuadros tan diversos que componen y determinan sus opciones que se torna imposible pensar en ellos sólo como “adolescentes” y suponer que los mismos trabajos de prevención tendrán la misma eficacia e impacto sobre esos jóvenes. Sus vulnerabilidades son diversas y multideterminadas, exigiendo trabajos de prevención adecuados a ellas.

El mismo razonamiento puede ser aplicado al uso de drogas. ¿Todas esas condiciones no determinan la vulnerabilidad de un joven a convertirse en usuario de drogas? ¿Esas condiciones no determinarían el tipo de uso que el joven haga de ellas? Ciertamente sí. Es por eso que el concepto de vulnerabilidad puede ser extendido a la problemática de la prevención del uso de drogas. Aun no teniendo prevención de la transmisión de agentes patógenos, es plenamente posible reconocer la complejidad de las articulaciones entre las determinantes individuales, programáticas y sociales y la vulnerabilidad de la gente al tener sus opciones, como se mencionó antes, y eso se aplica también a las drogas.

Si también tomamos en consideración que las condiciones que determinan la vulnerabilidad cambian a través de la historia, un programa de prevención deberá ser pensado como una acción continuada y no sólo como estrategias de acción e intervenciones puntuales. Por lo tanto, es necesaria la existencia de estructuras que permitan la existencia y continuidad de tales programas, incorporadas a las comunidades.

Arturo Díaz, de México, hizo una reflexión muy interesante acerca del término “vulnerabilización”. Asumiendo que la pobreza y los determinantes socioeconómicos no son cosas naturales, sino consecuencia de políticas apli-

cadadas por el ser humano, utilizar ese término es más apropiado porque nos indica que las inequidades son resultado de nuestras omisiones o de nuestra incapacidad para cambiar la realidad; de esa manera, eso debería ser para todos nosotros una gran motivación para trabajar fuertemente en la movilización y el fortalecimiento de las comunidades como parte de la historia.

Comprender que los determinantes socioeconómicos y culturales siempre interferirán en las propuestas que hacemos es importante para tomar en cuenta la importancia de los estudios acerca de las realidades locales, el modo de vivir de las personas, sus particularidades y sobre todo, lo que piensan las personas con las cuales vamos a trabajar. No es posible actualmente hacer intervenciones que no tengan como objetivo el “empoderamiento” de los sujetos, *hacer trabajos juntos y no hacer trabajo para ellos*.

Por éso, por ejemplo, la educación se presenta como instrumento fundamental para la existencia de programas efectivos y eficaces que actúen de forma adecuada en los contextos de vulnerabilidad. Las escuelas públicas, en especial, pueden (y deberían) volverse espacios de disminución de la vulnerabilidad programática —toda vez que son las únicas herramientas gubernamentales dentro de las comunidades rechazadas que permiten la existencia de estructuras constantes para la puesta en marcha de acciones programáticas—, teniendo programas continuos de educación preventiva adecuados a las realidades presentes. Al establecer enlaces con aparatos gubernamentales en las localidades donde se encuentran, las escuelas pueden implantar y mantener programas de educación preventiva y de encaminamiento a tratamientos.

Trabajando con la comunidad, a través de las familias de los alumnos y de las entidades comunitarias, las escuelas pueden actuar como espacios de discusión y movilización social, permitiendo, por lo tanto, acciones para la disminución de las vulnerabilidades programáticas y sociales, formuladas específicamente en las comunidades, de acuerdo a sus características y necesidades.

El acercamiento entre educadores, alumnos, padres y comunidad en los programas de educación preventiva en las escuelas permitirían la actuación de todas las partes respecto a sus vulnerabilidades, contemplando la vulnerabilidad individual, social y programática.

Eso mismo es lo que hemos visto en Cuba, donde la educación sexual está implantada desde los años setenta, y donde hay centros de consejería para los

padres; también hay experiencias relevantes en el área en México y Guatemala, entre otros países. Brasil defiende la idea, basada en experiencias de las escuelas públicas, de que los Programas Educativos de Prevención deben comenzar desde la educación infantil, y que se aborden temas referentes a la diversidad sexual, uso de drogas, y otros temas relacionados con la vulnerabilidad al VIH/SIDA. De hecho, actuar en escuelas tratando el tema de la diversidad sexual, por ejemplo, es un gran paso para la convivencia democrática, contra el prejuicio y la discriminación.

Otro aspecto muy importante es que es un gran reto en nuestro futuro el implantar políticas no clandestinas de reducción de daños que sean adecuadas a la realidad del uso de drogas en cada país en particular. Muchas experiencias empiezan a marchar y tomar forma en toda América Latina y el Caribe, pero la dificultad de convencer a los gobiernos a aceptar esa metodología es muy grande. ¡Así que el trabajo de las redes es fundamental en esa lucha!

Si concordamos con el concepto de vulnerabilidad, entonces sabemos que la pobreza es una determinante muy importante en la prevención del VIH/SIDA. Pero, la pregunta que debemos hacernos es: ¿si terminamos con la pobreza, terminaremos con las inequidades? Aprendimos en el Foro 2003 que la respuesta es no. Es necesario trabajar para terminar con las inequidades al mismo tiempo que trabajamos para terminar con la pobreza. Por eso, es una tarea de suma importancia tanto para las organizaciones comunitarias, como para las personas en general, el monitoreo de la aplicación de recursos públicos.

El machismo y el sistema patriarcal que predomina en nuestras sociedades tienen como consecuencia directa el prejuicio y el olvido de las cuestiones de género en las políticas de prevención (y tratamiento), particularmente cuando hablamos de trabajadores sexuales, hombres y mujeres homosexuales y víctimas de abuso sexual y están asociados a cuestiones culturales y socioeconómicas. Lo que tenemos en común es la ausencia de datos y de políticas eficaces al respecto. Las cuestiones de género deben ser tratadas en conjunto con otro tipo de desigualdades y con las especificidades de cada región, por ejemplo: las regiones urbanas y rurales, y los países donde la influencia religiosa es mayor o menor.

En esta área, el Foro 2003 presentó un aumento en los trabajos donde las cuestiones de género masculino son tratadas en conjunto con las cuestiones

de las mujeres y el aumento de las organizaciones de lucha por los derechos de los hombres y mujeres homosexuales, con proyectos consistentes que involucran a las personas, tratándolas no como un objetivo, sino como sujetos con una historia propia y por lo tanto, con el derecho de ser tomadas en cuenta en las decisiones. La comprensión de que la ciudadanía es parte integrante y fundamental del trabajo de prevención constituye un referente para el éxito de los proyectos, en especial los que abordan el tema del género.

Las ITS son un factor relevante en el aumento de la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y pocos son los países y las organizaciones comunitarias que les están dando la debida importancia en sus proyectos de prevención, es por ello que en el presente capítulo se aborda el tema, así como el de las vacunas. En el Foro 2003 todos pudimos aprender sobre las inversiones que se realizan en países como Cuba, Brasil y Haití. A continuación presentamos una reflexión respecto a las ITS y las propuestas para una acción colectiva de la región.

El control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como soporte a la prevención de la transmisión del VIH

Las ITS están, en el mundo, entre los perjuicios a la salud más comunes. Aunque no se conozca su magnitud real, se estima que en los países en vías de desarrollo, las ITS están entre las 5 causas más frecuentes atendidas por los servicios de salud.² La OMS estimó que ocurren anualmente en el mundo cerca de 333 millones de nuevos casos de algunas de las ITS que son consideradas curables,³ siendo 38 millones en la región de América Latina. De éstos, 3 millones son casos de sífilis, 7.5 millones de gonorrea, 9.5 millones de clamidia y 18 millones de tricomoniasis. Cuando consideramos las ITS virales, esos números aumentan a cifras aún más alarmantes. Una estimación reciente hecha en Brasil indicó sólo en ese país, pueden estar sucediendo por año, cerca

² World Development Report. New York, World Bank, 1993.

³ Global Incidence and prevalence of selected curable STI: overview and estimates. Geneva, World Health Organization, 2001.

de 700 mil nuevas infecciones genitales por el virus del papiloma humano (HPV) y 600 mil por el virus del herpes genital. Algunas de estas infecciones, de alta virulencia y patogenicidad, pueden provocar infertilidad, enfermedades neonatales e infantiles, abortos, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, cáncer anogenital y muerte.

Desde el punto de vista de la salud pública, las ITS son indudablemente importantes, no sólo por su morbilidad, sino también por sus consecuencias socioeconómicas. Se sabe que cuanto más prematuramente se interrumpa la cadena de transmisión de las ITS, menores serán sus impactos perjudiciales para la salud de la población, y menores serán sus costos financieros para los países. Un diagnóstico simplificado que permita el tratamiento rápido de las ITS en su fase aguda permitirá una reducción drástica de los gastos en sus complicaciones. En Estados Unidos, la enfermedad pélvica inflamatoria, causada la mayor parte de las veces por la infección por gonococos o clamidia, tiene un costo directo anual de US\$4.2 billones.⁴ Además, hay que considerar que la mayoría de las personas que contrajeron éstas u otras ITS se encuentran en edad reproductiva y en el auge de su actividad productiva y sus secuelas, muchas veces irreversibles, causan daños psicosociales incalculables.

La infección por el VIH, por sus características y evolución, es la ITS de mayor importancia en términos de morbilidad, mortalidad, costos de atención y consecuencias sociales asociadas.

Se sabe hoy que las ITS son el principal factor que facilita la transmisión sexual del VIH. Un portador del VIH tiene normalmente virus en el esperma o en las secreciones vaginales; si además del VIH, también es portador de alguna ITS, el número de virus en las secreciones genitales aumenta,^{5, 6, 7, 8} aumentando su infectividad, es decir, más fácilmente esa persona podría transmitir el VIH a sus compañeros sexuales. Por otro lado, alguien que aún no tiene el VIH, pero adquiere una ITS, sufrirá alteraciones en el epitelio genital, lo que lo tor-

⁴ Centers for Disease Control and Prevention-Office of Women's Health. Atlanta, USA, 1997.

⁵ Cohen MS et al. *Lancet* 349:1868-1873, 1997.

⁶ Gray, et al. *Lancet* 2001; 357: 1149-53.

⁷ Ghys, et al., *AIDS* 1997; 11:F85.

⁸ Sewankambo et al., *Lancet*, 1997;350:546-549.

na más susceptible al VIH. Una lesión o inflamación genital, cualquiera que sea su origen, es una verdadera puerta de entrada para el virus del SIDA y para otros virus y bacterias transmitidos sexualmente.

Estudios realizados en varias partes del mundo, demostraron las interacciones y relaciones existentes entre la infecciones por el VIH y las otras ITS, como por ejemplo, el hecho de que las ITS pueden aumentar el riesgo de transmisión y adquisición del VIH en hasta 18 veces.⁹

Un estudio de intervención dirigido en Tanzania,¹⁰ demostró de forma cabal que, sólo con atención a los casos de ITS basada en el diagnóstico sindrómico, además de la distribución de medicamentos y supervisiones regulares, se logró una reducción de 42% en la incidencia del VIH. O sea, con medidas simples y baratas se pueden conseguir importantes resultados, principalmente al priorizarse la población de portadores de ITS, tal vez el grupo poblacional que está bajo el mayor riesgo de adquirir el VIH y que, aunque esté disperso en la población general, puede ser blanco de acciones preventivas.

Esta interacción, que potencializa los efectos dañinos de las epidemias de ITS y VIH, y el impacto social causado por estas enfermedades, refuerzan la necesidad de que se establezcan estrategias prioritarias de prevención y control de las ITS que seguramente reducirán la epidemia del VIH. Entretanto, las desigualdades socioeconómicas aliadas al relativo desconocimiento de los modelos de comportamiento, creencias y actitudes sexuales, vigentes en los países de la región, sugieren la necesidad de gran esfuerzo para su control.

En la última década, principalmente luego del agravamiento de la epidemia del SIDA, las ITS adquirieron nuevamente alguna importancia como problema de salud pública en todo el mundo, no habiendo sido, sin embargo, priorizadas de forma adecuada, especialmente en América Latina.

Como reflejos de esa falta de prioridad, y como consecuencia de la debilidad de los sistemas de salud y de las políticas vigentes en los países de la re-

⁹ Wasserheit JN. Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992; 19: 61–77.

¹⁰ Grosskurth H et al. Impact of improved treatment of STI on HIV infection: randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 346: 530–36.

gión, se observa muy claramente, después de diversas evaluaciones hechas recientemente en algunos países, que:

- son escasos los datos epidemiológicos relativos a las ITS que demuestren la magnitud real del problema; pocos son los países donde hay sistemas de información específicos o donde la vigilancia epidemiológica y la notificación de casos sea realizada de forma adecuada, además de que, muchas veces los datos generados no son comparables por no haber sido recogidos de forma uniformizada;
- los portadores de ITS continúan siendo discriminados, pues la atención muchas veces es hecha en lugares sin privacidad y por profesionales de salud no preparados, quienes muchas veces demuestran sus propios prejuicios al emitir opiniones de valor, dando como resultado la segregación y la exposición a situaciones embarazosas, lo que contribuye a alejarlos aún más de los servicios de salud;
- la irregularidad en la disposición de medicamentos específicos es, tal vez, la principal causa de la falta de resolución de los servicios de salud, contribuyendo aún más para el descrédito en el sistema y la búsqueda de otras alternativas. Esto sucede invariablemente por falta de planificación, por provisión insuficiente o por el uso para tratamiento de otras enfermedades, consideradas más “nobles”;
- poquísimas unidades de salud son capaces de ofrecer resultados de pruebas de laboratorios conclusivas en el momento de la consulta lo que, aliado a la resistencia por parte de muchos médicos a utilizar el manejo sindrómico, método consagrado como el más eficiente en casos de ITS, acaba dando como resultado la postergación del inicio del tratamiento y, con eso, el probable mantenimiento de la cadena de transmisión y el posible agravamiento del caso.

La consecuencia más evidente de esa situación de baja resolución de los sistemas de salud en su totalidad y de los servicios en particular, es la búsqueda de atención en locales en los cuales los portadores de ITS no tengan que exponerse, ni esperar en largas filas, como las farmacias comerciales que, en muchos de nuestros países continúan vendiendo medicamentos sin

ningún control, lo que estimula aún más el fenómeno cultural de la automedicación. Otra situación frecuente es la atención en los servicios privados, aparentemente más resolutivos que los servicios públicos, pero frecuentemente no preparados para prestar este tipo de cuidado, pues el enfoque se da apenas en el paciente, prácticamente sin existir la preocupación de la consejería y la adecuada orientación para el cambio de comportamiento y la reducción de riesgos de transmisión, de reinfección o de adquisición de nuevas infecciones.

Además de los obstáculos sociales, culturales y estructurales ya mencionados, también se observan factores asociados a las características biológicas de los agentes causadores de las ITS, como la inexistencia de tratamientos eficaces para las ITS causadas por virus, períodos de incubación prolongados que acaban favoreciendo la infección de los compañeros o compañeras y la existencia de microorganismos con tendencia al desarrollo de resistencia a los medicamentos existentes.

Frente a este cuadro es necesario que los gobiernos de los países de la región encaren el problema de las ITS como prioridad, bastando para eso que utilicen las evidencias presentadas según los cuatro criterios clásicos para dar prioridad a problemas en salud pública: la magnitud, la trascendencia, la vulnerabilidad y la factibilidad.

Particularmente la sífilis congénita debe ser priorizada según los criterios ya definidos, debido a que es la consecuencia cruel de una de las más comunes ITS, considerada antes del surgimiento de los antibióticos como una de las más destructivas enfermedades que asolaban a la humanidad, considerada el SIDA de entonces, por tener la misma forma de transmisión y alcanzar los mismos grupos poblacionales.

A pesar de la amplia disponibilidad de diagnóstico y tratamiento rápidos, simples y baratos y de la razonable cobertura de atención prenatal en muchos de los países de la región, la prevalencia estimada de sífilis en embarazadas aún es elevada.

Desde mayo de 1993, cuando los ministros de salud de la región se comprometieron a eliminar la sífilis congénita del continente americano, muy poco ha cambiado en el panorama de esa grave enfermedad, a pesar de la intensificación de acciones para su control en algunos países.

Además de ésa, son pocas las iniciativas regionales que cuentan con el apoyo de los gobiernos y de los organismos internacionales actuantes en la región, como las acciones de control de las ITS, ya en funcionamiento en los países fronterizos de la Amazonia legal, la implantación y expansión de una Red de Acción para el Control de las ITS en América Latina y el Caribe, integrada por individuos o instituciones con actuación o interés en las actividades relacionadas con el control de las ITS y el proceso de habilitación del primer Centro Colaborador de la OMS en ITS de América Latina, la Fundación Alfredo da Matta, en Manaus, Brasil.

El CDC de Estados Unidos tiene la siguiente afirmación como uno de sus lemas: “Ya no se discute más si el control de las ITS debe ser un componente de programas de prevención del VIH pero sí cómo puede ser implementado para conseguirse el máximo impacto en la incidencia del VIH”.¹¹ Por lo tanto, dar prioridad al control de las ITS se impone, bastando para eso decisión política para que se ejecuten estrategias que ya demostraron ser altamente costo-efectivas en países de la región.

Avances en el desarrollo de vacunas contra el SIDA

Durante los seis días del Foro 2003 en Cuba, más de 90 mil personas alrededor del mundo se infectaron por el VIH. El SIDA es la epidemia más devastadora que el mundo ha experimentado desde el siglo XIV. La expectativa de vida para los recién nacidos se redujo a 30 años en los países más afectados; un estudio reciente estima que el SIDA pudo haber costado a África subsahariana 11.7% de su PNB solamente en 1999.¹²

La epidemia continúa creciendo rápidamente en América Latina y el Caribe, siendo esta última la segunda región más afectada del mundo.¹³ Alimentada por las desigualdades sociales prevaletentes en el área, la diseminación del

¹¹ Centers for Disease Control and Prevention – MMWR, 1998; 47 (No.RR-12): 1-24.

¹² Jeffrey Sachs, Ph.D., et al. “*Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*” http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/e/pdf/021-128.pdf

¹³ UNAIDS, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002.

VIH ha desafiado continuamente la habilidad de respuesta de los sectores públicos y privado, así como también a las comunidades afectadas.

Acabar con la epidemia mundial del SIDA es uno de los desafíos morales y económicos más grandes de nuestro tiempo. Demanda una amplia respuesta mundial consensual para la prevención, la atención y el tratamiento. El ímpetu internacional para enfrentar la epidemia está siendo construido, evidenciado por el establecimiento del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (FGSTM). El reconocimiento crece en los sectores público y privado de que una vacuna preventiva, segura y efectiva debe tener un papel central en cualquier estrategia mundial de salud y económica. La comunidad mundial debe orientar los esfuerzos para reducir la tasa de crecimiento de nuevas infecciones usando las intervenciones existentes y tratar a aquellos que estén infectados. Todavía una vacuna contra el SIDA es la mejor esperanza para acabar con la epidemia.

Desafío mundial: el compromiso regional y local es la clave

Una vacuna contra el SIDA sería un bien internacional público, que ofrecería beneficios sociales y económicos proyectados en cada persona vacunada. Históricamente, los estudios para una vacuna contra el SIDA no han sido prioridad de los sectores público y privado. Las comunidades se han enfocado más en las necesidades imperativas de intervenciones en las áreas de prevención y tratamiento, dejando la intercesión por las vacunas en la mano de pocos. El liderazgo político en países en vías de desarrollo ha crecido significativamente en los últimos años, sin embargo este liderazgo se debe traducir en una acción efectiva en el caso de que la vacuna esté disponible. Gran parte de la resistencia del sector privado se debe a motivos financieros. Como el tratamiento se considera, a menudo, más rentable que la prevención, se dirigieron las inversiones de la industria en otras direcciones. No obstante, está claro que las comunidades, los gobiernos y el sector privado deben unir fuerzas buscando soluciones innovadoras para acelerar el estudio y suministrar una vacuna contra el SIDA.

El papel de los gobiernos: apoyo a la investigación científica y preparación para el acceso

Debido a que la mayoría de los especialistas en el campo de la investigación y desarrollo está en el sector privado, su participación es crucial. Sin embargo, la industria está marcada por los altos costos del desarrollo de la vacuna —US\$250-500 millones de acuerdo con las industrias oficiales— y un retorno disminuido relativo a medicamentos más rentables. Se puede comparar el mercado mundial para todas las vacunas — alrededor de US\$4 billones — al valor aproximado de US\$400 billones para el mercado mundial de medicamentos y al valor aproximado de US\$1.5 billones sólo para el lanzamiento del medicamento Viagra.¹⁴ En parte, una de las razones está relacionada con la economía global: aquellos países con mayor demanda potencial para la vacuna tienen menos posibilidad de pagar. Dirigir los desafíos para el acceso a una futura vacuna contra el SIDA es, hoy, un paso importante para la creación de un medio adecuado de mantener la investigación científica.

Los gobiernos de países desarrollados han tenido un papel crucial, hasta el momento, proporcionando fondos significativos para la investigación científica y el desarrollo de las vacunas contra el SIDA. En una clara demostración de compromiso, algunos gobiernos de países en vías de desarrollo se han colocado un paso al frente movilizándose localmente para obtener apoyo financiero, técnico y político, sin los cuales, las pruebas de vacunas no hubieran sido posibles. Aun así, los recursos locales y mundiales deben ser aumentados significativamente para mantener el ritmo con la urgencia de la misión.

Las pruebas con vacunas ya están teniendo lugar en algunos países en América Latina y el Caribe,¹⁵ otras están planificadas para un futuro cercano. Sin embargo, las pruebas no sucederán en todos los países y aquellas naciones que no se encarguen de organizarlas tienen el papel de interceder a nivel in-

¹⁴ Pfizer 2000 Annual Report, <http://www.pfizer.com/pfizerinc/investing/annual/2000/pfizer2000ar31.html>

¹⁵ The HIV Vaccine Trials Network (HVTN) hay sitios de pruebas en Brasil, Haití, Trinidad y Tobago y Perú.

ternacional en los esfuerzos de desarrollar y suministrar una vacuna contra el SIDA y en prepararse para el acceso futuro dentro de sus países. El objetivo colectivo fundamental es asegurar el acceso para un producto seguro y efectivo tan rápido como sea aprobado. Los desafíos científicos significativos son sólo la mitad de la tarea, traspasar las barreras para el acceso a productos de salud en general y, particularmente, para una futura vacuna contra el SIDA constituye un problema de magnitud equivalente. Y debe ser conducido sin demora.

Trabajando juntos mundialmente

Temibles barreras se colocan frente al camino del acceso mundial a una vacuna cuando esté disponible. Varios ejemplos serios destacan este punto: la vacuna contra la hepatitis B está disponible desde 1981. A pesar de haberse reducido el precio de la vacuna 100 veces, la hepatitis continúa matando a más de un millón de personas por año y aproximadamente 60% de los niños de todo el mundo todavía no reciben la vacuna. Entre los factores que contribuyen a una demora inaceptable en el suministro de las vacunas están: la ausencia de mecanismos y fondos para comprar vacunas, largos procesos de reglamentación, falta de sistemas efectivos de fabricación de suministros suficientes y distribución de nuevas vacunas en países de pocos recursos y capacidad limitada de alcance para comunidades afectadas.

Enfocar el desafío de salud mundial de suministro de una vacuna contra el SIDA requerirá de un nuevo modelo de coalición mundial, un modelo en el que predomine la velocidad, la cooperación y la igualdad mundial. Acelerar el desarrollo y el acceso a una vacuna contra el SIDA en gran escala precisará de compromisos y trabajos en conjunto entre todos los sectores de la sociedad, cada uno trabajando con sus fuerzas relativas, investigadores, científicos, agencias reguladoras, agencias del gobierno, empresas farmacéuticas y de biotecnología, comunidades afectadas, agencias no gubernamentales, instituciones filantrópicas y agencias multilaterales. Ningún país puede abordar estos obstáculos solo.

Desarrollo de vacunas contra el SIDA

La buena noticia es que las perspectivas para el desarrollo de vacunas contra el SIDA están mejorando. Varios nuevos diseños están siendo probados en países en vías de desarrollo, aumentó el compromiso para la investigación de la vacuna contra el SIDA y las agencias de gobierno incrementaron sus inversiones significativamente en investigación científica básica y en el desarrollo de una vacuna contra el SIDA.

A pesar de estos avances, a veintiún años de la epidemia, sólo una vacuna alcanzó la etapa final de ser probada en humanos. La variedad actual de las vacunas contra el SIDA se mantiene relativamente escasa, con pocos candidatos que puedan prometer un desarrollo acelerado para maximizar la posibilidad de éxito.

Factores políticos y económicos limitan las inversiones en investigación científica y el desarrollo para vacunas contra el SIDA. Mediante un *lobby* agresivo, el total de inversiones para investigación científica y desarrollo en vacunas contra el SIDA ha crecido bruscamente de US\$125 millones en 1996 a, aproximadamente, US\$470 millones en 2001. Pero esto todavía representa menos del 1% del total mundial gastado en investigación científica y desarrollo para la salud, según estimaciones de la International AIDS Vaccine Initiative (IAVI). Además, menos de un tercio de esta suma actualmente apoya el desarrollo de productos (la mayoría se aplica a la investigación científica básica), con un monto limitado orientado al apoyo de las vacunas contra el SIDA específicamente para uso en países en vías de desarrollo.

Como no hay modelo de animal perfecto, ni procedimiento conocido de laboratorio para predecir la eficacia en seres humanos, sólo experimentando las vacunas en humanos se puede determinar si funciona. Por lo tanto, la estrategia para maximizar los cambios para el éxito es asegurar un gran número de candidatos avanzados para vacunación dentro de pruebas clínicas tan rápido como sea posible y en forma paralela —no de forma secuencial. Además, como el virus sufre transformaciones circulando en diferentes partes del mundo, así como la formación genética de los individuos, los candidatos a las vacunas deben ser probados en diferentes poblaciones del mundo.

Los resultados anunciados recientemente de la prueba VaxGen en América del Norte y Europa han mostrado al mundo que pruebas de eficacia en gran escala para una vacuna contra el SIDA pueden ser realizadas. A pesar de no tener muy buenos resultados, esta prueba ha destacado muchas cuestiones científicas y la necesidad de avanzar, en pequeña y gran escala, los estudios clínicos de productos con buenas perspectivas.

Un nuevo modelo mundial traería consigo el compromiso de acelerar cada aspecto del desarrollo de las vacunas contra el SIDA y llevar candidatos con buenas perspectivas a pruebas con seres humanos tan rápido como sea posible.

Financiamiento y precio de las vacunas: la importancia crítica de la cooperación

Mientras algunos plantearon la posibilidad de que “una vacuna contra el SIDA será diferente,” no es coherente asumir que los recursos estarán disponibles para garantizar una distribución amplia y rápida. Tampoco es realista esperar que la industria proporcione vacunas estrictamente por medios caritativos. Al contrario, los sistemas requerirán estar establecidos para permitir una proporción razonable de retorno y proteger la propiedad intelectual, así como también, asegurar que todos los que necesiten vacunas tengan acceso a ellas.

Propiedad intelectual

La propiedad intelectual (PI) es el alma de la inversión industrial en la investigación científica, pero se ha convertido en un asunto de división creciente. Los derechos de la PI deben ser protegidos, particularmente en los mercados rentables. Al mismo tiempo, la PI no debe frenar el camino del progreso de este bien público internacional. Se han propuesto varias opciones. Como intercambio para fondos filantrópicos, algunas empresas de investigación científica y del sector privado han entrado en acuerdos de voluntariado que permiten a la empresa retener los derechos de la PI en mercados abundantes pero reservar

los derechos de forma limitada para el mercado de vacunas en países en vías de desarrollo.¹⁶ Acuerdos de licencias voluntarias entre desarrolladores de producto y productores económicos en países en vías de desarrollo son otra opción. Un abordaje innovador de la PI para las vacunas contra el SIDA debe ser desarrollado anticipando evitar la brecha al acceso entre los países desarrollados y en vías de desarrollo que probablemente suceda si el paradigma actual prevalece.

Mecanismos de financiamiento mundial

Un mecanismo para cerrar la brecha entre la demanda anticipada y la compra potencial es la creación de mecanismos creíbles para garantizar la compra y suministro de vacunas. El establecimiento anticipado de “compromisos de compra”, u otros mecanismos similares, puede estimular la inversión del sector privado en la investigación científica, el desarrollo y la producción de la vacuna y reforzar la planificación de los gobiernos. El pensamiento creativo es necesario para evitar la inmovilización de recursos actuales y serán precisos nuevos recursos para financiar estos mecanismos en un período largo.

Adquisiciones multilaterales

Actualmente, las agencias multilaterales tienen un papel central en el proceso de compra y distribución de vacunas para el mundo en desarrollo. UNICEF y GAVI (The Global Alliance for Vaccines and Immunization) son los protagonistas liderando a nivel mundial los trabajos para aumentar la inmunización de niños en países de pocos recursos, mientras que OPS compra vacunas para la región de América Latina y el Caribe. Estas agencias suman la demanda de un número de países y compran vacunas en grandes cantidades, obteniendo mejores precios y contribuyendo para garantizar un suministro continuo.

¹⁶ Para más información sobre este asunto: <http://iavi.org/pdf/ipagreements.pdf>.

El sistema de Fondos Rotativos de la OPS (PAHO Revolving Fund System) ha estado en operación por casi veinte años, durante ese tiempo ha tenido un gran impacto en la mejoría para el acceso a vacunas estándares y nuevas en la región. Aunque sólo un pequeño número de países en la región sea elegible para el apoyo del Fondo de Vacunas (la ventana de financiamiento de GAVI), este mecanismo también ha proporcionado atención valiosa a estas naciones. Hay una gran posibilidad de que los sistemas de compra existentes sean cruciales en la introducción de una futura vacuna para el SIDA. Sin embargo, es necesario un esfuerzo para evaluar los puntos fuertes y frágiles de los mecanismos de compras existentes, considerando los desafíos potenciales en el momento de la presentación de una vacuna para el SIDA.

Otros sistemas y mecanismos podrían tener un papel potencialmente significativo para suministrar fondos para la compra y distribución de vacunas contra el SIDA, tal como el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria.

Precio

El precio de las vacunas contra el SIDA plantea un dilema difícil: no se puede alcanzar un acceso global si los precios son muy altos; por otro lado, la industria no invertirá en investigación científica y desarrollo de vacunas contra el SIDA sin un retorno satisfactorio de su inversión.

El desafío para los gobiernos e instituciones multilaterales es crear un medio que apoye los niveles de precios apropiados para la posibilidad de adquisición de los países. El mecanismo más efectivo para asegurar un acceso mundial a las vacunas es el de precios graduales, apoyando un nivel más alto de investigación científica y desarrollo.¹⁷ Sin embargo, es importante que los asuntos relativos a los precios estén previamente orientados, para evitar demoras innecesarias en la obtención de vacunas para aquellos que las necesiten.

¹⁷ Danzon, P.M. "The Economics of Parallel Trade" *Pharmacoeconomics*, 1998; 13:293-304.

Determinando la eficacia de las vacunas

Para determinar la eficacia de una vacuna, las pruebas que involucran a un gran número de personas precisarán ser realizadas por muchos años. Pruebas simultáneas en gran escala de un número de vacunas candidatas en países en vías de desarrollo necesitarán de una preparación significativa, incluyendo el reclutamiento de decenas de miles de voluntarios de alto riesgo. La falta de conocimiento de los riesgos y beneficios potenciales asociados a la participación, consentimiento informado, uso de grupos de control y otros asuntos pueden dificultar el reclutamiento de los participantes en las pruebas. La falla para preparar adecuadamente a la comunidad o dirigir las pruebas de forma amplia y ética podría dar como resultado la pérdida de apoyo popular para la investigación científica de la vacuna.

Este desafío precisa del trabajo en conjunto de los investigadores de la vacuna junto a los líderes políticos, servicios comunitarios en comunidades afectadas para iniciar educación y propaganda de alcance, por lo menos un año antes de comenzar las pruebas. Para asegurar que los estudios tengan éxito, la investigación científica en el área del comportamiento social y sus implicaciones en las necesidades de la comunidad deberán estar bien determinadas. Tales estudios pueden también informar el futuro de sistemas para asegurar el éxito de las vacunas.

Los trabajos en conjunto también serán necesarios para crear investigaciones científicas e infraestructura de puestos de atención que aún no existan en muchos países en vías de desarrollo.

Las necesidades de infraestructura incluyen capacitación de investigadores y personal; proceso de consentimiento expreso y comité institucional de revisión; consejería; administración de vacunas y monitoreo clínico; participantes, acuerdo mutuo y retención; facilidades de laboratorios, recopilación de información, proceso y análisis, y provisión de servicios de salud, incluyendo tratamiento para voluntarios que puedan tornarse VIH positivos durante el transcurso de las pruebas.

Nuevos abordajes para la reglamentación: planificando un futuro para una rápida aprobación

La reglamentación de fármacos y biológicos muestra el compromiso de la sociedad en asegurar que sólo productos seguros lleguen al consumidor. A pesar de que la reglamentación sea solamente visible cuando el producto recibe la aprobación para el consumo humano, esto influencia cada paso en el proceso del desarrollo del producto y continúa siendo importante inclusive cuando esté ampliamente distribuido.

Sin embargo, hoy en día el sistema de reglamentación no está debidamente equipado para garantizar el acceso global más rápido para las vacunas contra el SIDA (sin comprometer la seguridad). Un reglamento mundial único no sería aconsejable. Tradicionalmente, existe una brecha de varios años entre la licencia inicial en un país industrializado y una licencia general para países en vías de desarrollo. La licencia para una vacuna contra el SIDA en un país industrializado no significa que es, necesariamente, apropiada para todos los países en vías de desarrollo.

Por el contrario, el análisis riesgo-beneficio para una nueva vacuna contra el SIDA puede diferir entre países. Una vacuna parcialmente efectiva poco utilizada en un país con un índice bajo de predominancia del VIH puede representar una importante herramienta de prevención en un país de alto índice de VIH. Al mismo tiempo que hay beneficios en el abordaje descentralizado del producto regularizado, las diferencias en el procedimiento y abordajes por los países pueden dar como resultado demoras. Además, varias vacunas actualmente en desarrollo incorporan nuevas tecnologías y no existe ningún consenso internacional referente a cómo evaluar la seguridad, la eficacia y la calidad.

Acelerar el proceso de aprobación de la reglamentación requerirá que las agencias reguladoras comiencen *ya* a procurar acuerdos en asuntos científicos necesarios para prueba clínica y licencia del producto aprobado. Estas agencias precisan optimizar y coordinar los requisitos para registros y procesos sometidos y desarrollar el proceso de aprobación inmediato (por ejemplo, en un período que no sea mayor a seis meses) para productos que salven vidas. Países con características epidemiológicas y de poblaciones similares pueden beneficiarse juntando sus conocimientos en el área de la reglamentación y armonizando o conciliando los procesos aprobados. La coordinación regional y

la facilitación de cuerpos multilaterales van a ser, probablemente, el eje en la creación adecuada del ambiente para un diálogo productivo en asuntos reguladores. La capacidad nacional y regional de agencias reguladoras que sirven a países en vías de desarrollo también precisarán de refuerzo significativo en apoyo técnico y financiero de países desarrollados y de agencias multilaterales.

Suministro suficiente: construyendo la capacidad de fabricación

Asegurar un suministro adecuado de la vacuna para enfrentar una demanda mundial inmediata será un desafío significativo. Tan rápido la vacuna esté disponible, la cantidad de adolescentes y adultos en situación de riesgo requiriendo vacunación será inmensa. Las existencias iniciales deben ser sin precedentes. Aún más, una gran cantidad de las dosis se destinará a países en vías de desarrollo con más baja renta, los menos capaces de pagar.

Construir la capacidad industrial para la producción de la vacuna, demanda mucho tiempo, dinero y dificultades, requiriendo normalmente de 4 a 5 años iniciales y supervisión reguladora. Inicialmente los fabricantes, por lo general, producen solamente lo suficiente para los mercados más ricos. Sólo después de muchos años las vacunas están disponibles para los países de baja renta, una vez que la producción se torna más eficiente, los otros proveedores entran en el mercado, o cuando los niveles de venta caen en los mercados industrializados, forzando a los productores a buscar otros mercados o a reducir sus precios.

Para producir vacunas suficientes para atender las necesidades globales de demanda inmediata, la fabricación en gran escala debe comenzar antes de que el fabricante reciba la aprobación de la licencia. Eso requiere que los fabricantes operen con altos grados de riesgo, haciendo una gran inversión en un producto que puede ser, o no, aprobado. Para una vacuna contra el SIDA, dada la magnitud de la producción necesaria, el riesgo es particularmente alto.

Un dilema del sector privado puede ser una oportunidad del sector público. Se ha propuesto un número de opciones políticas para asegurar la capacidad de fabricación necesaria, incluyendo financiamiento del sector público,

impuestos, incentivos, o subsidios para facilitar la manufactura particular. Adicionalmente, dependiendo de las características del producto futuro, acuerdos de licencia y opciones de manufactura en países en vías de desarrollo, incluyendo tanto al sector privado, como al público, deben ser estudiados como posibilidades con buenas perspectivas.

Distribución de vacunas en países en vías de desarrollo: enfocando poblaciones de alto riesgo

A diferencia de los programas de vacunación usados actualmente, orientados principalmente para niños, los primeros esfuerzos de vacunación contra el SIDA están orientados para los adultos, incluyendo las poblaciones de alto riesgo como adolescentes, profesionales del sexo y usuarios de drogas inyectables. Dadas las dificultades de llegar a estos grupos y las controversias que normalmente predominan en el suministro de estos servicios para los grupos, el trabajo debe ser realizado para asegurar que el sistema de entrega esté funcionando cuando la vacuna esté disponible.

A pesar de haber menos experiencia en vacunación adulta, ha habido esfuerzos con algún éxito en países en vías de desarrollo que pueden brindar informaciones importantes de cómo planificar la introducción del nuevo producto.

Además, tal vez existan valiosas lecciones para ser aprendidas de países e iniciativas que hayan conseguido superar obstáculos, incluyendo limitaciones de infraestructura y distribuyendo medicamentos para la terapia anti-retroviral en situaciones de recursos limitados. Una de las principales lecciones de la experiencia del tratamiento para el SIDA, sin embargo, es que no se puede esperar a que el producto esté disponible para pensar en cómo hacerlo accesible a aquellos que más lo precisan.

Cualquier estrategia de vacunación va a tener que apoyarse fuertemente en una estrategia de prevención ya existente para el SIDA. Una vacuna parcialmente eficaz va a tener que ser combinada con otras prácticas preventivas, como uso de preservativos y evitar compartir jeringas. Informaciones existentes y mensajes culturalmente sensibles van a ser vinculados con la vacuna. Aunque la vacuna sea muy eficaz, el grupo objetivo para la vacuna-

ción tendrá que ser educado adecuadamente sobre el asunto. Lo que significa que independientemente de la eficiencia de la futura vacuna, el mecanismo de entrega de la vacuna precisará de un involucramiento de la comunidad activa, asegurando que la vacuna llegue al grupo más vulnerable y que sea usada apropiadamente.

Con fundamento en el nivel de eficiencia y disponibilidad de la vacuna en países en vías de desarrollo, las decisiones complejas serán tomadas por los gobiernos, comunidades y otros participantes en referencia a estrategias apropiadas para cada grupo. Es de suma importancia que estas decisiones sean bien informadas con las experiencias anteriores y con una extensa discusión que debe preceder a la introducción de la vacuna contra el SIDA.

Se necesitará una amplia estrategia de suministro por parte de gobiernos de países donantes y en vías de desarrollo, especialistas en el área de salud, instituciones multilaterales, organizaciones no gubernamentales y otros para fortalecer la infraestructura médica en general y trabajar de forma conjunta para diseñar y establecer un plano de entrega dirigido a asuntos tan complejos, como el estigma asociado al SIDA y sus factores de riesgo, cultura y género, educación del consumidor, involucramiento de la comunidad y capacitación de los profesionales de salud.

Conclusión: compromiso global y coordinación regional

Acabar con la epidemia mundial del SIDA requiere de un compromiso multi-sectorial para apoyar esfuerzos que no solamente acelerarán el desarrollo y las pruebas de productos con buenas perspectivas, sino que también prepararán a los países en vías de desarrollo para una rápida introducción de una vacuna contra el SIDA. Los gobiernos del Norte y el Sur deberán aumentar sus esfuerzos para enfrentar el desafío impuesto por la amenaza del VIH, movilizando sus mejores recursos humanos, técnicos y financieros. La participación activa de las comunidades afectadas, personas viviendo con VIH/SIDA y gran parte la sociedad civil, así como también el sector privado, es crucial.

Una vacuna contra el SIDA debe ser parte de un amplio conjunto para luchar contra la epidemia, que incluya esfuerzos conjuntos de prevención e ini-

ciativa de atención y tratamiento efectivos, para llegar a grupos que sean más vulnerables al SIDA.

Los gobiernos de América Latina y el Caribe y los mecanismos de coordinación existentes comprometidos para luchar contra el VIH en la región, podrían ejercer un papel clave para dirigir varios de los desafíos mencionados en este documento. El objetivo es crear un medio que apoye la integración de las vacunas contra el SIDA dentro de las políticas de salud actuales y futuras. Con más de 200 mil nuevas infecciones ocurriendo anualmente en la región la hora para actuar ha llegado.

DERECHOS HUMANOS Y MOVILIZACIÓN COMUNITARIA. LA RESPUESTA SOCIAL Y CULTURAL

Rubén Mayorga Sagastume

La movilización comunitaria en América Latina y el Caribe. El trabajo de las redes regionales, subregionales y nacionales y las alianzas estratégicas establecidas entre ellas

A continuación se describirán los aspectos de la movilización comunitaria en la región, alrededor del trabajo en redes y el establecimiento de alianzas estratégicas entre las mismas y con otros actores importantes, tales como el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, ONUSIDA, las agencias del Sistema de Naciones Unidas y otras agencias de cooperación.

Al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/SIDA ha sido abordado de una manera diferente a aquella en que han sido abordadas otras enfermedades a lo largo de la historia de la humanidad, principalmente por el estigma y discriminación que lo rodean desde su inicio. Ante la falta de respuestas gubernamentales iniciales significativas, organizaciones no gubernamentales, grupos de hombres homosexuales, las personas que viven con VIH, las trabajadoras sexuales y otros grupos debieron responder a una diversidad de necesidades de las poblaciones afectadas por las epidemias nacientes. La mayoría de estos esfuerzos iniciales se centraron en la oferta de servicios que no se encontraban disponibles en los sistemas formales de salud para estas poblaciones.

Varios factores son responsables de lo anterior. El primero, el hecho de que sea una infección de transmisión sexual, afectando una de las partes más íntimas de la vida. Otro factor es que ha afectado a grupos sociales altamente estigmatizados y discriminados en todas las sociedades del mundo, como hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras y trabajadores sexuales, mujeres con factores de vulnerabilidad aumentados, entre otros. Cabe mencionar como complemento a esta observación que estas poblaciones y otras han venido desarrollando acciones para hacer valer sus derechos, en particular aquellos relacionados con el VIH/SIDA. En este sentido, la movilización de estas agrupaciones, a veces llamadas “comunidades”, ha permitido el enfoque de la lucha contra el SIDA en las poblaciones más afectadas. La participación esencial y particular de las personas que ya viven con VIH y SIDA ha sido esbozada con base en la “mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA” como un principio imprescriptible. Similar situación no han logrado las poblaciones afectadas de manera desproporcionada por el VIH, como las personas usuarias de drogas, las personas que realizan trabajo sexual y los hombres gays, por lo que se han producido asociaciones de organizaciones y redes según intereses y agendas comunes, logrando una serie de alianzas bastante interesantes. Los puntos de agenda para la mayoría de los grupos organizados han sido la prevención prioritaria para estos grupos, así como la atención de otras necesidades que les hacen particularmente vulnerables y que forman parte de la negación de sus derechos humanos y ciudadanos.

Por otro lado, los gobiernos se han agrupado a través de sus Programas Nacionales de ITS/VIH/SIDA en el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, el cual ha desarrollado una serie de iniciativas conjuntas con las siete redes regionales, haciendo así de la movilización comunitaria un asunto primordial en la respuesta regional contra el SIDA. Dicha colaboración se ha dado más en la región latinoamericana y un poco menos en el Caribe no latino. En el Foro 2003 se dieron una serie de reuniones entre las siete redes regionales y el GCTH.

Sobre todo, los grupos más afectados y las personas que ya viven con VIH/SIDA han pasado a formar parte de la solución y no son ya vistos como el origen de todos los problemas.

Principales presentaciones sobre derechos humanos y movilización comunitaria en el Foro 2003

Varias presentaciones fueron hechas por representantes de las redes regionales en VIH/SIDA como LACCASO e ICW.

En la presentación hecha por Edgar Carrasco, de LACCASO, destacan los siguientes puntos.

Es imperioso para el movimiento comunitario en VIH/SIDA su articulación con otros movimientos sociales. Los movimientos comunitarios y las estrategias de la sociedad civil, son canales primordiales para el cambio social. Para que dicho cambio social ocurra, se debe trabajar primordialmente en los siguientes ámbitos de trabajo: derechos humanos, el fortalecimiento organizacional, la incidencia en políticas públicas, la educación e información. Dichos ámbitos deben estar conectados, compartir habilidades entre el personal comunitario, establecer canales exitosos para el cambio social y proponer estrategias específicas. Los componentes de la articulación del movimiento comunitario son el diálogo, la participación de todos los actores, el intercambio de experiencias y habilidades, el trabajo compartido y el trabajo en redes y en alianzas estratégicas. Estos dos últimos componentes serán discutidos en detalles en los ejemplos de movilización comunitaria de las redes regionales, subregionales y nacionales que siguen.

La presentación de Bertha Chete de la ICW destaca los derechos sexuales y reproductivos que deben ser la base del abordaje del VIH/SIDA para todas las poblaciones, y en particular para las mujeres afectadas, incluyendo a aquellas que realizan trabajo sexual. Dichos derechos son amplios y son una manera de garantizar la igualdad en el enfoque del VIH/SIDA en las mujeres, incluyendo su derecho a decidir sobre su reproducción, su disfrute de la sexualidad, su derecho a la privacidad y a la dignidad, entre otros. Dicho abordaje de derechos humanos, además, fue privilegiado en la Declaración de Compromisos de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre VIH/SIDA. La elaboración de informes de seguimiento a las metas de UNGASS relativas a las mujeres puede ser una manera de asegurar la movilización comunitaria y la fiscalización social de los gobiernos en cuanto a la promoción y el respeto de los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH/SIDA.

La presentación de Gabriel Guajardo de Chile sobre la homofobia cultural y la prevención, destaca cómo es necesario emprender acciones de movilización comunitaria e involucrar a los diversos movimientos sociales para disminuir el impacto del VIH/SIDA en los hombres gay, desde la perspectiva de respeto a sus derechos fundamentales. De igual manera, Luiz Mott destaca la necesidad de derogar leyes discriminatorias y violadoras de los derechos humanos de hombres gay, que a su vez promueven la violencia y crímenes homofóbicos; también recomienda la movilización comunitaria, el fortalecimiento de los liderazgos gay y la promoción de leyes positivas que defiendan contra la discriminación por razones de orientación sexual. Ainsley Reid de Jamaica destaca a la movilización comunitaria, la capacitación y creación de redes y alianzas estratégicas y la legislación propositiva como las únicas manera de favorecer la lucha contra el SIDA en las poblaciones de hombres gay, en el marco del respeto a sus derechos humanos. Dichos elementos deben ser tomados en cuenta a la hora de verificar el cumplimiento de la Declaración de Compromisos de la UNGASS, en el tema de poblaciones vulnerables y de promoción y respeto a los derechos humanos, tal y como fue señalado en los talleres de LACCASO y en las intervenciones de ASICAL en el Foro 2003.

Por su parte, Natasha Maillard de Trinidad y Tobago destacó la importancia de asegurar la igualdad a las personas que viven con VIH/SIDA, demandando derechos iguales a los de las demás personas. Esto es particularmente preocupante en la segunda región del mundo más afectada después del África subsahariana. Ella destaca el hecho de ver a las personas que viven con VIH/SIDA como parte de la solución y no como parte del problema. Da cuenta de la enorme estigmatización y discriminación que viven las personas que viven con VIH/SIDA en el trabajo y en todos los ámbitos sociales, consideradas como un problema y no como parte de la solución, con la consecuente violación impune de sus derechos humanos. Natasha hizo un llamado a la disminución del estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA y de su acceso a atención integral si se les quiere incorporar como miembros con iguales derechos en sus sociedades. Natasha hace un llamado a la movilización comunitaria fuera de las comunidades afectadas por el VIH/SIDA para que en su región tengan éxito los esfuerzos

para disminuir el impacto de la epidemia en el desarrollo de las sociedades. Todo esto, en el marco del respeto irrestricto de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, y de su acceso a medicamentos. Sin medicamentos es fútil impulsar el trabajo por los derechos humanos de estas personas.

Para fortalecer aún más los puntos expuestos por Natasha, entrevistas con varios activistas gays y en derechos humanos del Caribe destacaron que, a pesar de que los gobiernos del Caribe han declarado sus compromisos de luchar contra el VIH/SIDA, muchos de los grupos más afectados por el VIH (como los hombres gays, otros hombres que tienen sexo con hombres y las personas que hacen trabajo sexual) aún están sujetos a represión social y oficial y a la violación de sus derechos humanos fundamentales, bajo el amparo de leyes discriminatorias que garantizan la impunidad en la violación de sus derechos. Estos datos fueron recogidos en el Foro 2003 y llevados al informe de las ONG de América Latina y el Caribe, elaborado de manera conjunta por las siete redes regionales poco después del Foro 2003 y presentado ante la Junta de Gobierno (Program Coordinating Board) de ONUSIDA. Sólo la movilización comunitaria regional podrá hacer que la situación que predomina en el Caribe cambie y se vuelva una de respeto a los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA y de los grupos sociales más afectados.

A continuación se describe el trabajo que han desarrollado las principales redes regionales y algunas otras redes de trabajo en SIDA de la región. Todas estas propuestas fueron objeto de varias reuniones entre los miembros de dichas redes y el GCTH, así como ONUSIDA y algunas entidades financieras como el Fondo Global y el Banco Mundial.

La movilización comunitaria y las respuestas sociales a través de las Organizaciones no Gubernamentales nacionales, las Redes Nacionales y las Redes Regionales de Trabajo en SIDA

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) locales, nacionales, subnacionales se han agrupado en una diversidad de redes. Estas ONG han sido las que

han brindado la respuesta ante las dificultades políticas, técnicas o financieras de los gobiernos para abordar algunos temas y algunas poblaciones. Debido a lo mismo, estas ONG han logrado acumular una experiencia técnica que se ha traducido en conocimiento y herramientas de incidencia política y de promoción y defensa de los derechos humanos que, ciertamente, han ayudado a ampliar la respuesta ante el VIH/SIDA y a disminuir el impacto de las epidemias. Estos actores importantes actúan solos o en red, como está descrito abajo, y han logrado tener un protagonismo importante en la formulación de políticas nacionales, subregionales y regionales, incluyendo las propuestas nacionales presentadas ante el Fondo Global contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

En Cuba, dicha articulación en organizaciones no gubernamentales o en redes ha tenido un curso diferente, debido a la organización particular de su sociedad. El gobierno cubano ha financiado algunas actividades de prevención a través de grupos conformados por personal sanitario y las poblaciones afectadas, alrededor de las estructuras denominadas GOPELS y GPSIDA. La promoción y protección de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y de los grupos vulnerables descritos no ha sido parte del trabajo de los GOPELS y GPSIDA en Cuba.

Estas experiencias y esfuerzos se han logrado hacer más eficientes y amplios mediante la formación de redes nacionales de ONG o de grupos de personas que viven con VIH/SIDA. Éstas se han aglutinado también en redes subregionales o regionales de ONG o de personas que viven con VIH/SIDA que tienen agendas diversas, pero que han logrado incorporarlas a las propias encontrando elementos comunes en ellas. Dicha formulación de agendas comunes ha contribuido a incrementar el efecto de la movilización comunitaria y a colocar dichas agendas en la mesa de discusión con otros actores institucionales. Muestra de esto fueron, durante la realización del Foro 2003 en Cuba, las reuniones de trabajo y compromisos asumidos con el GCTH, las agencias del Sistema de Naciones Unidas, el Secretariado de ONUSIDA y algunas agencias financiadores por cada una de las redes regionales, algunas redes subregionales y algunas ONG nacionales.

Existen siete redes latinoamericanas de trabajo en SIDA. Todas ellas tuvieron una participación específica en el Foro 2003. Cada una tiene una especificidad para su trabajo y moviliza comunidades de la manera siguiente.

El Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones proveedoras de servicios en SIDA (Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations) —LACCASO— está dirigiendo sus esfuerzos básicamente a la promoción y defensa de los derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA, incluyendo a las poblaciones vulnerables y directamente afectadas en la región. Sus organizaciones miembros son de índole muy diversa, con agendas variadas y ocupándose de poblaciones diferentes, pero todas participantes activas en los aspectos de derechos humanos y movilización comunitaria.

LACCASO tiene niveles de prioridades de acción como una iniciativa global (ICASO) de 5 años, para trabajar en fortalecer la respuesta comunitaria en la región y actividades de seguimiento de UNGASS¹ que impulsó en el Foro 2003. Esto fue asegurado durante el Foro 2003 mediante la realización de un taller sobre la elaboración de informes de SIDA y derechos humanos a la cual asistieron más de 100 participantes. Dichos informes están en el origen de la movilización comunitaria y la modificación de las respuestas sociales a la epidemia, exigiendo a los gobiernos cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos. De la misma manera, la realización de un taller sobre el seguimiento de los compromisos asumidos por todos los países de la región en la UNGASS sobre VIH/SIDA da origen a la fiscalización social de dichos compromisos. Esto puede también derivar en la elaboración de informes sobre el cumplimiento o no de dichos compromisos, fuente importante de información para diseñar y ejecutar acciones de movilización comunitaria.

En el área de la comunicación y de la capacitación, LACCASO jugó un papel importante durante el Foro 2003. Los integrantes de la organización distribuyeron material informativo sobre los compromisos de UNGASS, los ensayos de vacunas contra el VIH en una versión accesible a los miembros de las comunidades y documentos sobre el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para ONG y la sociedad civil, con sugerencias para la movilización de las comunidades ante la gran falta de contri-

¹ Declaración de Compromisos en la lucha contra el SIDA acordados durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA en Nueva York del 25 al 27 de junio de 2001.

bución de recursos para financiar las actividades del Fondo. Dichos documentos son sumamente importantes para las ONG y redes de lucha contra el SIDA, en el sentido de que proporcionan herramientas de gestión e implementación de proyectos, elementos clave para la movilización comunitaria y la respuesta social y cultural.

No está de más señalar que la plétora de actividades y publicaciones realizadas por LACCASO fueron posibles gracias a la excelente articulación entre sus miembros, así como el financiamiento de ICASO (International Council of AIDS Service Organizations) para la realización de sus talleres de capacitación y la producción de sus materiales impresos, ambos herramientas indispensables de movilización comunitaria dirigida a la promoción y defensa de los derechos humanos.

Otra red que tuvo un papel destacado en el Foro 2003 es la Red Latinoamericana de Personas que Viven con VIH/SIDA —REDLA+— la cual cuenta con una contraparte internacional, la GNP+ (Global Network of People Living with HIV/AIDS). REDLA+ asegura la movilización comunitaria a escala nacional, regional e internacional, a través de la información, comunicación, cabildeo y el desarrollo de habilidades institucionales e individuales. En 2002, REDLA+ desarrolló su Plan Estratégico.

Entre los aportes importantes de REDLA+ al Foro 2003 se cuentan sus presentaciones relacionadas con la gobernabilidad del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en los ámbitos nacionales (Chile, Argentina) así como en varias reuniones de consulta entre ONG a nivel mundial. Durante el Foro 2003, se inició la discusión de la REDLA+ para nominar al sucesor de Javier Hourcade ante el PCB (Program Coordinating Board o Junta de Gobierno) de ONUSIDA en conjunto con las demás redes regionales. Éste es un aspecto novedoso, pues se garantizó la participación de las personas que viven con VIH/SIDA en este foro político mundial de manera institucional y en consulta con las aliadas estratégicas de REDLA+ en la región.

Además de lo anteriormente expuesto, REDLA+ realizó un taller sobre los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y los grupos vulnerables desde el enfoque del estigma y la discriminación, proponiendo la elaboración de instrumentos para detectar dicho estigma y discriminación y poder así contrarrestar sus efectos. Esto fue discutido entre todas las redes, junto con

el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal mediante una iniciativa para la descripción de la situación de derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y los grupos vulnerables a realizar con la colaboración de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Otra red de personas que viven con VIH/SIDA, la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH/SIDA (International Community of Women) —ICW—, fue fundada en 1992 como respuesta a la falta de apoyo e información disponible para la mujer seropositiva a nivel mundial. En el Foro 2003, la ICW tuvo a su cargo varias mesas y negoció con el PNUD y otras agencias de Naciones Unidas apoyo para el desarrollo de sus programas a nivel regional. Su enfoque sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH/SIDA, presentado por Bertha Chete, se comentó anteriormente.

La red conocida como Asociación para Salud Integral y Ciudadanía de América Latina —ASICAL— promueve la inclusión en la agenda y el desarrollo de actividades en prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA en hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, desde la perspectiva de los derechos humanos y el respeto a las diversidades de estos grupos. ASICAL no cuenta con una contraparte a nivel internacional.

Durante el Foro 2003, ASICAL coordinó la elaboración de un taller de resolución de conflictos. Además, trajo a la mesa de discusión en reuniones con el GCTH, las siete redes regionales y ONUSIDA, la falta de resultados producidos por la Task Force en VIH/SIDA para HSH en América Latina, un proyecto que fue impulsado por ASICAL y ONUSIDA desde marzo de 2002. Con el apoyo de las demás redes regionales y del GCTH, ASICAL solicitó a ONUSIDA un informe de las actividades llevadas a cabo por dicho proyecto. Dichas acciones demuestran el accionar conjunto y en alianza estratégica de las redes regionales, una excelente muestra de movilización comunitaria. Además, demuestran el establecimiento de una agenda común con actores de gobierno, otra muestra de que el accionar comunitario sí funciona.

ASICAL también aprovechó el Foro 2003 para hacer la última revisión de su Guía de Incidencia Política en VIH/SIDA, hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, como un ejemplo que puede ser utilizado por las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con estas poblaciones. Di-

cho manual puede proveer de elementos para mejor dirigir las actividades de la Task Force en VIH/SIDA y HSH en América Latina. ASICAL se movilizó como comunidad para explorar las posibilidades de apoyo a su misión con agencias tan variadas como la UNICEF y el Banco Mundial, apoyando sus argumentos más allá de los derechos humanos en fundamentos económicos esbozados por el mismo Banco Mundial previamente. Éste es un ejemplo de movilización comunitaria basada en temas ajenos a los derechos humanos.

Otra red de mujeres que viven con VIH/SIDA, el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres que viven con VIH/SIDA —MLCM+— participó en las actividades específicas de mujeres del Foro 2003 y realizó negociaciones con representantes de ONUSIDA, con el fin de tener actividades de planificación estratégica que le ayuden a definir sus actividades de incidencia política y otras de defensa de sus derechos humanos, con el fin de afinar y definir claramente la dirección de sus actividades de movilización comunitaria. El MLCM+ también está realizando acciones de alianzas estratégicas con las otras seis redes comunitarias regionales. Es la red de más reciente ingreso en este ámbito regional.

La Red Latinoamericana y del Caribe de Reducción de Daños —RELARD— promueve acciones de reducción de daños asociados al uso de drogas, teniendo como prioridad la prevención del VIH/SIDA, observando los principios de salud pública, de derechos humanos y de ciudadanía. En esto, RELARD tiene un enfoque muy similar al de ASICAL y la REDTRABSEXA, las otras dos redes que trabajan con poblaciones altamente estigmatizadas, discriminadas y afectadas por el VIH/SIDA en la región. Durante el Foro 2003, RELARD, de la misma manera que ASICAL y exponentes que hablaron sobre poblaciones móviles y mujeres afectadas por el VIH, mencionaron las raíces del problema del VIH/SIDA como un problema básico de violación de los derechos humanos de estas poblaciones y a la promoción de estos derechos y a la movilización comunitaria como una respuesta esencial.

En la actualidad, las actividades de RELARD se centran en Brasil, Argentina, Uruguay, Paraguay, Bolivia, Chile, Colombia y México. Durante el Foro 2003 fueron discutidos posibles intercambios con las demás redes en cuanto a la reducción de daños como una estrategia válida para la prevención de la transmisión del VIH en diferentes poblaciones.

La Red de Trabajadoras y Trabajadores Sexuales de América Latina y el Caribe —REDTRABSEX— promueve la inclusión en la agenda y el desarrollo de actividades de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA para trabajadoras y trabajadores sexuales de la región, desde la perspectiva de los derechos humanos y el respeto a las diversidades de los y las trabajadoras, desde su propia perspectiva de vida. Esta red cuenta con poco apoyo internacional y algunos de los obstáculos a su trabajo son algunas organizaciones que trabajan en nombre de los trabajadores y trabajadoras del sexo, sin permitirles su libre asociación. Durante el Foro 2003, la REDTRABSEX tuvo una participación protagónica mediante la participación de su máxima representante, Elena Reynaga, en el acto oficial de clausura, especialmente al solicitar un minuto de silencio por las personas muertas, en una protesta por la aplicación de la pena de muerte en el mundo como una violación al derecho a la vida, evocando una comparación con las personas que han fallecido de SIDA.

La Red Centroamericana de Personas que viven con VIH/SIDA (REDCA+) es un ejemplo de funcionamiento de red subregional. La REDCA+ ha movilizó a las sociedades centroamericanas alrededor del tema de la atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA mediante la capacitación de sus integrantes y su planificación estratégica. En el Foro 2003, REDCA+ tuvo una serie de presentaciones sobre la evaluación de sus primer año de funcionamiento, ante sus pares, ante donantes y ante ONUSIDA, siendo esta actividad de suma importancia para visibilizar el trabajo de capacitación, empoderamiento y liderazgo de dicha red. Dicha evaluación resaltó, sin embargo, el trabajo pendiente de movilización comunitaria en cuanto a la exigencia del respeto al derecho a la vida y a la salud de las personas que viven con VIH y SIDA en Centroamérica, como una parte fundamental de su trabajo.

Para la movilización comunitaria es importante definir los procedimientos de toma de decisiones. En general, las siete redes regionales y las subregionales para la toma de decisiones y la formulación de políticas utilizan reuniones de consejo, consultas a miembros o la planificación estratégica. Las subregiones muestran una mayor participación de los países que las componen, pues en cuanto a contactos y puntos focales nacionales, las mismas están presentes en todos los países que integran la subregión. Por ejem-

plo, en el caso de la Red Caribeña de Personas que Viven con VIH/SIDA (RCN+), cuenta con 10 miembros representando a los países francófonos, de habla holandesa, hispanoparlantes, del Caribe Continental, de Territorios Británicos Dependientes y del Caribe Oriental Independiente. Dichas organizaciones tuvieron un espacio de articulación y movilización comunitaria restringido en el Foro 2003.

Movilización comunitaria ampliada mediante el trabajo en alianza de las siete redes regionales y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal

Las siete redes comunitarias participaron en varias reuniones con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, definiendo trabajo conjunto en la elaboración de un informe de derechos humanos para las personas que viven con VIH/SIDA y poblaciones vulnerables, así como un informe sobre el acceso a anti-retrovirales en toda la región. Es en esta alianza estratégica entre sí y con el GCTH que las siete redes demuestran los efectos de la movilización comunitaria concertada entre agrupaciones con agendas aparentemente diferentes.

La agenda común definida por las siete redes y el GCTH es la siguiente:

1. Visualizar y priorizar la epidemia del VIH/SIDA en la región. Establecer nuevos indicadores posibles, respetando las especificidades de cada población, para medir el impacto del SIDA en la región.
2. Realizar incidencia política a nivel regional, nacional, estatal, departamental, municipal, etcétera. Sería importante que las redes, por su lado, y los Programas Nacionales de SIDA (PNS), por el suyo, elaboraran una estrategia para instalar en la agenda de gobierno, desde los más altos niveles de decisión política, el tema del VIH como prioridad de Estado.
3. Monitorear el compromiso político asumido por los Estados miembros en el marco de la UNGASS.
4. Realizar incidencia política a nivel internacional. Se puede lograr a partir de una mayor visualización de la región y estableciendo un nexo entre las Conferencias Internacionales y las de la región.

5. Mirar y proyectar la región basados en nuestra realidad, a través de sus logros, dificultades y desafíos.
6. Evaluación del Foro 2003 y realización del Foro 2005. Definir el país en el que se realizará el próximo foro regional.

Dicha agenda fue la que guió las discusiones entre las siete redes regionales y el GCTH, así como las discusiones con otros actores, como ONUSIDA. De hecho, se ha establecido una serie de principios mediante los cuales la movilización comunitaria regional es complementaria del accionar de los gobiernos. El mejor ejemplo de esto está indicado en la sección que sigue.

Acciones de movilización comunitaria posteriores al Foro 2003

Posteriormente al Foro, las siete redes regionales y algunos otros actores, en un acto de movilización comunitaria para garantizar el respeto a los derechos humanos de todas las personas, elaboraron una declaración repudiando la pena de muerte, por la causa que sea y donde sea que ella ocurra, en razón del fusilamiento de tres cubanos durante el penúltimo día del Foro 2003. Dicha carta fue enviada a los organizadores del evento, junto con una carta que decía en uno de sus párrafos finales: “Sin embargo, notamos que todavía el respeto a los derechos humanos para personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), hombres gays (homosexuales) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales y usuarios de drogas continúa siendo un anhelo difícil de alcanzar, pues el estigma y la discriminación continúan siendo una cruel realidad que no da alternativas acordes con los postulados internacionales para prevenir el VIH o vivir dignamente con VIH/SIDA, ni con los acuerdos y convenios internacionales en materia de derechos humanos.” La independencia de las redes comunitarias y su irrestricto apego a los principios de derechos humanos fue ejemplificada con estas acciones.

Asimismo, en la reunión conjunta entre el GCTH y las siete redes comunitarias de la región, realizada en Quito, Ecuador, en junio de 2003, se confirmó la agenda regional de derechos humanos, solicitándole a la Comisión

Interamericana de Derechos Humanos que realice un estudio sobre la situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y de los grupos vulnerables. El respeto a los derechos humanos se aseguró de esta manera, así como mediante el apoyo resuelto a la revisión del plan de trabajo de la Task Force Regional en VIH/SIDA y HSH. Cabe destacar como un ejemplo particularmente exitoso de movilización comunitaria, el compromiso adquirido por el GCTH de financiar la planificación estratégica de las siete redes regionales en su plan de trabajo de este año. Además, la reunión fue manejada de manera conjunta entre el GCTH y las redes regionales.

Conclusiones

- La participación de ONG en el Foro 2003 de La Habana fue muy amplia y significativa.
- El contexto particular de organización de la sociedad cubana dificultó el plasmar las reivindicaciones específicas y generales en materia de derechos humanos durante el Foro 2003.
- Las vulneraciones a los derechos humanos en América Latina, el Caribe y Cuba continúan siendo hechos comunes que disminuyen las posibilidades de luchar con éxito contra la epidemia.
- Es importante señalar que algunas de las poblaciones más estigmatizadas, discriminadas y negadas en relación con el VIH/SIDA, tales como las personas que hacen trabajo sexual, las personas que usan drogas intravenosas y los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres carecen de protección específica a sus derechos en los diferentes países y no son objeto de convenios internacionales para la protección de los mismos.
- La participación comunitaria activa es la única garantía de que los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA y de los grupos más vulnerables sean protegidos y promovidos.
- La interacción entre las siete redes comunitarias latinoamericanas y caribeñas y entre las redes subregionales y nacionales es un modelo de cooperación muy particular para la región latinoamericana y caribeña y debería ser objeto de una descripción de “práctica óptima”.

- La colaboración entre las siete redes latinoamericanas de trabajo en SIDA con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal también es un modelo único que debería ser objeto de una descripción de “práctica óptima”.
- La planificación estratégica de las siete redes regionales proporcionará una herramienta única de coordinación y formulación de alianzas estratégicas para la movilización comunitaria conjunta.
- Es necesaria la movilización de otros segmentos del sector comunitario organizado en la región latinoamericana y del Caribe para fortalecer la respuesta social y cultural al VIH/SIDA.

Bibliografía

- ASICAL. Guía de Incidencia Política en VIH/SIDA, hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres. Bogotá, Colombia, 2003.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ORGANIZACIONES CON SERVICIO EN SIDA (ICASO). El Impacto de la respuesta comunitaria al VIH-SIDA en América Latina y el Caribe. Caracas, Venezuela, 2002.
- FORO 2003. Memorias II Foro en VIH/SIDA/ITS de América Latina y el Caribe. La Habana, Cuba, 7 a 12 de abril de 2003.
- GCTH. Términos de Referencia preliminar para informe del GCTH y de las redes comunitarias sobre Situación de los Derechos Humanos de Personas Viviendo con VIH/SIDA en América Latina y Caribe (borrador). Brasilia, Brasil, 2003.
- HEALTH NUTRITION AND POPULATION, The World Bank. Optimizing the Allocation of Resources among HIV Prevention Interventions in Honduras. Washington DC, Estados Unidos. 2002.
- ICW. El maletín de la Supervivencia de la Mujer Positiva. Londres, Reino Unido, 1999.
- LACCASO. Informe sobre la situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y acceso a la atención integral y los tratamientos anti-retrovirales (ARV) en América Latina y el Caribe. Washington DC, Estados Unidos, 2002.

- LACCASO. Transición para el futuro 2002–2006, Taller de Planificación Estratégica. Caracas, Venezuela, 2002.
- ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza, 2002.
- ONUSIDA. Resumen de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Nueva York, Estados Unidos, 2001.
- RUBÉN MAYORGA. Minuta de la reunión de las Redes Latinoamericanas y del Caribe de trabajo en VIH/SIDA y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal. México DF, México, 2003.
- RUBÉN MAYORGA. Minuta de la reunión de las Redes Latinoamericanas y del Caribe de trabajo en VIH/SIDA y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal. Quito, Ecuador, 2003.

ESTRATEGIAS FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA Y HOMBRES GAY Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Orlando Montoya Herrera

Contexto

En América Latina se evidencia un incremento sustancial de la transmisión del VIH entre la población heterosexual, pero la epidemia de SIDA se encuentra concentrada en poblaciones específicas, particularmente en aquellas de más vulnerabilidad social, como la población de hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, principalmente.

Es importante reconocer que la transmisión sexual del VIH entre hombres es un fenómeno que desde la perspectiva de las políticas públicas aún dista mucho de reconocimiento oficial, empero la notificación existente de casos en el contexto de toda América Latina, y la cada vez mayor evidencia de altas tasas de seroprevalencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (entre el 20 y el 60%), demostrada en resultados producto de estudios desarrollados en varios países de la región, y en datos comparativos realizados, por ejemplo en México, donde se ha determinado la progresión de la epidemia en HSH.

Los fundamentos sobre la concentración de la epidemia en hombres gay y otros HSH, se basan esencialmente en estudios que “con todas sus imperfecciones, brindan información de mayor calidad [...] que las notificaciones de caso a niveles nacional o local, por lo que dicha información tiene mayor vali-

dez interna, y dependiendo del muestreo, mayor validez externa que el registro de casos”.

Se continúa realizando este tipo de estudios bajo diferentes esquemas, por ejemplo estudios transversales en encuestas serológicas —incluyendo o no encuestas de comportamiento— o bien, bajo el esquema de encuestas centinela. Esta práctica, sin embargo, no ha sido llevada a cabo en todos los países de América Latina y el Caribe, ni en todas las localidades de importancia en la epidemia del VIH/SIDA, pero donde se ha realizado incluso con relación a otras experiencias “similares en otras poblaciones: trabajadoras sexuales mujeres y mujeres en atención pre-natal, sus resultados preliminares [...] indican claramente que la prevalencia de infección por VIH es mayor en los grupos de HSH en estudio que en los de trabajadores comerciales del sexo y en mujeres atendidas en clínicas de atención prenatal en todos los países en los que se cuenta con información para estos tres grupos”.

Incluso, se puede apreciar que en Honduras —siendo un país que se ha caracterizado por tener una epidemia de SIDA “heterosexual” y en proceso de ser “generalizada”— las mujeres trabajadoras del sexo comercial tienen 4.8 veces más probabilidades de vivir con VIH que las mujeres atendidas en algunas clínicas prenatales, y los hombres que tienen sexo con otros hombres tienen 5.6 veces más probabilidades de vivir con VIH que estas últimas.

En otros países se ve una mayor concentración de la posibilidad de vivir con VIH —incluyendo el ser altamente vulnerables— de hombres que tienen sexo con hombres. Por ejemplo, en Guatemala los HSH tienen 23 veces más probabilidades de vivir con VIH que las mujeres bajo estudio; en Panamá, tienen 35 veces más probabilidades (riesgo) que las mujeres.

Evidentemente, estas cifras señalan que existen varias epidemias co-existentes en cada país. Sin embargo, en todos los países en los que se cuenta con información para estas tres poblaciones, el grupo más afectado es el de HSH. Probablemente, estas sub-epidemias estén conectadas entre sí en cada país y región de América Latina.

Todo ello lleva a plantear que la insuficiencia de recursos dedicados a la prevención de la infección por VIH en los grupos en mayor riesgo y con mayor vulnerabilidad a esta epidemia, no sólo implicó un incremento en el número

de personas afectadas dentro de estos grupos, sino también el crecimiento de la epidemia a otros grupos poblacionales”. (1)

Hacia dónde van las políticas públicas

No obstante el sinnúmero de experiencias presentadas sobre el SIDA y la transmisión del VIH entre HSH, la mayoría de las políticas públicas que en la actualidad se implementan en torno a la respuesta a la epidemia, se enfocan de manera prioritaria a la prevención del VIH en mujeres, jóvenes y población infantil consideradas comúnmente como poblaciones vulnerables además de la transmisión vertical del VIH de madre a niño. Estas poblaciones son de relevante importancia que imponen la visión política de que, “la epidemia nos afecta a todos”, pero que en vez de agregarse a las otras poblaciones señaladas de alta vulnerabilidad social dicha visión excluye y deja a la deriva en el contexto de la epidemia aquellos sectores donde se encuentra concentrada la infección por el VIH.

La epidemia de SIDA al interior de la población de HSH no es sólo la consecuencia última de asumir comportamientos sexuales desprotegidos o de una mayor vulnerabilidad probabilística. De alguna manera la relación sexual sin condón es el último eslabón de una cadena de factores que anteceden a la conducta de riesgo. Existen factores sociales y políticos que aceleran, mantienen o disminuyen el curso de la infección en el mundo o en una población determinada.

Un individuo es mayormente vulnerable si no tiene acceso a información o no tiene cómo ganar habilidades para su protección personal. Igualmente, si le son negados los servicios de salud o es sujeto de violación de los derechos humanos. La vulnerabilidad individual a la infección es un hecho allí donde por falta de recursos económicos las personas no pueden percibir el riesgo o donde por falta de representatividad o poder político se carece de herramientas efectivas para la prevención. (2)

La indiferencia oficial por parte de los gobiernos de asumir con responsabilidad su rol protagónico frente a la epidemia del VIH/SIDA, se ha convertido en una política de silencio, de manera particular en relación con la situación

que viven y enfrentan la mayoría de hombres gay y otros HSH de la región, a pesar de los avances sustanciales en cuanto al reconocimiento de sus derechos ciudadanos, lo que permitiría de cierta manera promover campañas de prevención y apoyo eficaces y oportunas, sin embargo, en la mayoría de los casos no llegan a mencionarlos, pese a las persistentes recomendaciones formuladas desde ONUSIDA y a la presión del sector organizado de la sociedad civil GLBTT para que se abran los espacios correspondientes.

Llamado internacional y la respuesta nacional

Peter Piot, Director Ejecutivo del Programa Conjunto de Naciones Unidas —ONUSIDA— en varias oportunidades, tanto en el Foro 2000 sobre VIH/SIDA/ITS, realizado en Río de Janeiro. Brasil, y recientemente en el Foro 2003, en La Habana, hizo varios llamados a los gobiernos a tomar en cuenta la situación y problemática del VIH en hombres que tienen sexo con hombres, a promover y formular los mecanismos necesarios dirigidos a la protección integral de sus derechos humanos, así como la importancia de impulsar acciones para disminuir la vulnerabilidad, el estigma, la discriminación y exclusión social de que son víctimas constantes.

En relación con el interés político sobre el tema del VIH y HSH es evidente el déficit existente por la ausencia de programas dirigidos a estas poblaciones desde las instituciones públicas en la mayoría de los países de la región, así como la contracción en las iniciativas desde la sociedad civil organizada en el diseño y apertura de servicios relacionados con la atención del VIH/SIDA en estas poblaciones, y también sobre el desarrollo de estrategias de prevención enfocadas a estos individuos.

No obstante es importante mencionar que en la región, algunos países como México, Brasil, Chile, República Dominicana, Argentina, constituyen ejemplos a seguir, al contar con programas e intervenciones de apoyo para la prevención de la transmisión sexual del VIH entre hombres que se relacionan sexualmente, creando modelos de prácticas óptimas de intervenciones coyunturalmente ligadas a la participación de los grupos organizados, particularmente de hombres gay y personas transgéneros, comprometidos en la

respuesta frente al SIDA, definiendo de esta manera una respuesta multisectorial que toma en cuenta la inversión de recursos para la cooperación y potencial sustentabilidad de los programas. Otro caso importante que cabe mencionar como modelo de intervención desde la salud pública, es el caso de Cuba, al que hay que mirar tomando en cuenta las particularidades propias de su régimen.

En el resto de países de América Latina, la mirada a la epidemia en el contexto de los hombres gay y otros HSH denota la ausencia de iniciativas estatales en la materia, bajo argumentos de que la epidemia del VIH/SIDA, gracias a la respuesta de las iniciativas organizadas GLBT con trabajo en VIH/SIDA prácticamente se ha controlado en estas poblaciones. Sin embargo, la realidad práctica nos demuestra que el impacto del supuesto “control” consiste en la negación del problema por parte de los gobiernos, y por parte de las comunidades afectadas, el temor al aumento del estigma y a la discriminación al asociarse la transmisión del VIH con las relaciones homo y bisexuales.

Políticas públicas en VIH/SIDA y HSH

Algunas barreras

En el campo de las políticas públicas y los temas relacionados con la transmisión homosexual del VIH en la región no se evidencia evolución mayor, y los llamados de atención tanto a nivel internacional como nacional sobre la materia se reflejan en la casi nula participación estatal en la búsqueda de soluciones de prevención y apoyo sobre VIH/SIDA para lograr la disminución de la alta seroprevalencia en los distintos grupos de hombres.

Cabe mencionar como las principales barreras a superar por los programas de prevención del VIH/SIDA los desafíos que representa reconocer que la epidemia sigue estando esencialmente concentrada en varias poblaciones y que la más significativa sigue siendo en hombres que tienen sexo con hombres, sin detrimento del resto de las poblaciones afectadas, así como vencer la resistencia estatal por el temor potencial de pérdida de rédito político causado por el abordaje público de temas relacionados con el sexo y la homose-

xualidad, por lo que esencialmente enfocan los esfuerzos hacia otras poblaciones consideradas vulnerables como las mujeres y niños, que potencian el rating político.

Otro aspecto a considerar se encuentra en la importancia de analizar con mayor seriedad los aspectos de vulnerabilidad relacionados con la transmisión sexual del VIH más allá del comportamiento específico de riesgo, es decir, los aspectos sociales involucrados que potencian dicha vulnerabilidad como el estigma, la discriminación, la exclusión y la negación del problema.

Estos elementos se constituyen, entonces, en la problemática constante que contribuye a aumentar los niveles de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en hombres gay y otros HSH, aspecto resaltado en el conjunto de presentaciones realizadas durante el Foro 2003, que reiteran los análisis realizados en el anterior Foro, en que “el trabajo con hombres que tienen sexo con hombres ha sido especialmente importante para llamar la atención respecto al papel que desempeñan la discriminación y la violencia en la conformación de la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA”.

En particular el trabajo en hombres gay jóvenes y en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres pero que no se identifican a sí mismos como gay o bisexuales, el impacto de la discriminación y la violencia ha sido identificado como un problema fundamental, y la necesidad de intervenciones estructurales dirigidas a cambiar y ensanchar el contexto social y cultural en relación con la homosexualidad se ha convertido en una prioridad importante. (3)

Escenarios de la respuesta frente al VIH/SIDA y HSH

Se destaca que el gran peso de las acciones de prevención del VIH/SIDA se mantiene en el continuo histórico que han venido jugando las organizaciones conformadas por hombres gay y otras organizaciones no gubernamentales proveedoras de servicios sobre VIH/SIDA en la región. Las primeras en su gran mayoría sumaron el trabajo en VIH/SIDA al conjunto de acciones emprendidas por la defensa y promoción de los derechos humanos, la promoción y gestión políticas dirigidas al reconocimiento legal y la no-discriminación por la orientación sexual. Es allí donde nacen las principales estrategias de preven-

ción del SIDA para hombres gay y otros HSH, y emerge la respuesta comunitaria en los esfuerzos ante la epidemia, ante la cual la gran mayoría de dichas intervenciones se enfrentan a la complejidad social que involucran las dinámicas y relaciones entre los distintos grupos de hombres.

En este contexto, otro de los aspectos importantes que se coloca en el escenario de la prevención del VIH y los HSH es la constatación de que entre sus muchas consecuencias el SIDA ha permitido aproximarnos a las distintas poblaciones de HSH en la región y conocer algo de la diversidad de sus culturas, conductas y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Sin embargo, aún es poco lo que sabemos en torno a sus identidades sexuales, particularidades socioculturales, grados y formas de desarrollo comunitario, y calidad de vida, entre otros temas, así como en torno a la relación entre lo anterior y su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

La vulnerabilidad frente al VIH entre los HSH en América Latina y el Caribe está ligada a aspectos tanto biológicos como sociales (en razón de su marginalidad y las consecuencias de ésta). Comprender la forma en que esta combinación de factores opera en el condicionamiento de una elevada vulnerabilidad de esta población es una meta aún lejana por las limitaciones de la información y de las iniciativas de investigación en la región, pero necesaria si se han de emprender serios esfuerzos para el control de la epidemia entre los HSH latinoamericanos. (4)

Al medir las intervenciones en torno a la problemática del VIH/SIDA y HSH en América Latina y el Caribe, desde las perspectivas de las políticas públicas, el balance deja mucho que desear, matizado por dos grandes excepciones: México y Brasil —en mayor medida—, que cuentan con una respuesta gubernamental eficiente ante la problemática del VIH/SIDA, acompañada de políticas públicas acordes o ajustadas a suplir las necesidades de prevención del VIH en los distintos subgrupos de hombres.

Sin embargo, si bien no se ha cuantificado específicamente el volumen de iniciativas desde el sector comunitario, existe un cúmulo importante de experiencias e intervenciones específicas alrededor del tema de VIH/SIDA y HSH, que más allá de la aplicación de diferentes metodologías educativas e intervenciones entre pares, involucran en los últimos años un número significativo de estudios concentrados a entender las dinámicas de la transmisión del VIH en-

tre hombres, así como análisis de los distintos aspectos de comportamiento de cada uno ellos, también desde el análisis del discurso, la masculinidad y aspectos relacionados con el género.

Buscando políticas públicas

La ausencia de políticas públicas orientadas a facilitar las intervenciones de prevención, apoyo, promoción y defensa de los derechos humanos de hombres gay y otros HSH con relación al SIDA en la región, ha impulsado en el contexto de América Latina un conjunto de acciones de incidencia política generadas principalmente por las redes regionales con trabajo en VIH/SIDA, y en el caso del tema de la transmisión entre HSH, la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía —ASICAL— ha concentrado sus esfuerzos en acciones en la región dirigidas al posicionamiento del tema del VIH y HSH, conjuntamente con organizaciones gay y otras con trabajo en VIH/SIDA a nivel de los países, promoviendo la coordinación con las respuestas nacionales, específicamente los Programas Nacionales y otras instancias como la cooperación y las coordinaciones interpaíses de ONUSIDA, con la finalidad de promover políticas públicas en esta materia a través de la asistencia y el apoyo técnico, así como la investigación.

Existen igualmente otras iniciativas de relevante importancia regional como la Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina, misma que está conformada por investigadores de las ciencias sociales y la salud pública con trabajo en sexualidad, salud sexual y VIH/SIDA, que entre sus acciones recaba información sobre distintas investigaciones realizadas en América Latina sobre HSH y VIH/SIDA (5) y la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe —SIDALAC—, que en este tema contribuye sustancialmente al análisis epidemiológico y del impacto de la epidemia en HSH en América Latina y el Caribe, entre los diferentes temas que aborda.

Estas instancias regionales constituyen espacios que bien aprovechados por los gobiernos podrían contribuir al fortalecimiento y desarrollo de una visión política, metodológica y epidemiológica para la formulación de políticas públicas en VIH/SIDA y HSH, y para el sector no gubernamental en el

aprovechamiento de las herramientas de análisis metodológico y en apoyo para las intervenciones de prevención, así como de promoción y defensa de los derechos, y en la incorporación de los temas relacionados con la transmisión sexual del VIH entre hombres como un factor esencial de las políticas públicas sobre el VIH/SIDA y de articulación de la respuesta nacional frente a la epidemia.

Creando herramientas

En el ámbito regional se encuentra una serie de herramientas metodológicas y investigación y de análisis para el desarrollo de estrategias de intervención en VIH/SIDA y HSH, para la prevención, asistencia y apoyo, proveniente de experiencias propias reconocidas como prácticas óptimas, que requieren ser urgentemente incorporadas por formuladores y tomadores de decisión de políticas públicas, muchas de ellas resultado de la cooperación y producto del financiamiento por parte del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA —ONUSIDA—, así como de otras instancias de cooperación internacional y de asistencia técnica y financiera, que invierten recursos para la investigación, diseño e implementación de programas de prevención y apoyo en las distintas poblaciones de alta vulnerabilidad tanto social como frente al VIH/SIDA.

Entre la numerosa bibliografía disponible que aborda el tema de HSH desde diferentes perspectivas basadas en las experiencias regionales, en herramientas prácticas y en metodologías aplicadas para la prevención, recopilación de investigaciones y enfoques para políticas públicas, tenemos, entre los más destacado con enfoque regional:

- La guía *Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA*, publicada por La Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA y ONUSIDA.
- La publicación *Sida y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción (perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo)* obra que incluye el *Catálogo de investigaciones sobre HSH y VIH/SIDA en América Latina 1987-2001*,

realizada por la Red de Investigación en Sexualidad y VIH/SIDA en América Latina, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y ONUSIDA.

- SIDALAC y ONUSIDA cuentan con literatura de análisis desde la perspectiva de la salud pública sobre el tema de HSH, y
- ASICAL/POLICY han diseñado una *Guía para la incidencia política en VIH/SIDA, hombres gay y HSH*; también ASICAL aporta al contexto regional más de 15 análisis de la situación y respuesta sobre el VIH/SIDA y HSH en 15 países.

Existen otros estudios recientes sobre la prevalencia del VIH/SIDA en HSH en varios países centroamericanos realizados por PASCA; se incluyen los estudios realizados en varios países de la región sudamericana por el NMRCDC de Estados Unidos sobre genotipos del VIH-1, y sobre seroprevalencia del VIH-1 en HSH, con resultados que demuestran el impacto de la epidemia en estos subgrupos de hombres, que se presenta como una característica particular en la región latinoamericana a diferencia de otras regiones del mundo, como lo viene asegurando ONUSIDA.

¿Donde están las políticas públicas?

El tema de políticas públicas y el VIH/SIDA en relación con hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, fue el gran ausente del Foro 2003 en comparación con los más de 50 trabajos calificados y aprobados para las distintas sesiones del Foro 2003, incluyendo las presentaciones realizadas en el programa científico y en el contexto de las reuniones satélites; sin embargo, el Foro se convirtió, una vez más, en el espacio que desde varios ángulos permitió la exploración del tema del VIH/SIDA y HSH —en la mayoría de sus variables y con trabajos desarrollados en los distintos subgrupos de hombres, incluyendo a la población transgénero—.

En las distintas sesiones se coincidió en la necesidad urgente de que los gobiernos deben asumir el liderazgo tanto en la prevención como en la formulación de políticas públicas relacionadas con el tema.

En varios estudios desarrollados en Brasil, por ejemplo, las conclusiones coinciden con “la importancia de la acción gubernamental para garantizar la

mínima y necesaria organización [...] ya que frente a las pocas acciones gubernamentales que existen con vistas a mejorar las condiciones socio-políticas y culturales de esta población, surgirán a partir del apoyo gubernamental”. (6) Lo anterior es un claro ejemplo del rol y el apoyo que los gobiernos deben ofrecer al trabajo impulsado por la sociedad civil, el mismo que tiene que fundamentarse en políticas públicas que contribuyan a la reducción del estigma, la discriminación y la exclusión que viven dichas poblaciones y que son las variables que potencian los riesgos de la transmisión del VIH entre ellos, de tal manera que es necesario un trabajo con “modelos plurales de colaboración que de acuerdo con la experiencia nacional [...] que involucran a la sociedad civil organizada son altamente eficaces en la prevención del VIH/SIDA”. (7)

En el mismo sentido, se hizo clara la necesidad de que “para poder establecer un verdadero y efectivo programa de prevención, es importante profundizar en los conocimientos sobre las poblaciones de hombres gay y otros HSH, sobre la continuidad de dichas acciones, de ahí la importancia reiterada sobre el apoyo de los gobiernos, a través tanto de los ministerios de salud pública, como de las otras instituciones gubernamentales, de tal manera que éstos —los programas— tengan un impacto directo sobre los más vulnerables y afectados”, (8) por lo que resulta de vital importancia la incorporación también de temas relacionados con la representación social de la homosexualidad masculina, sobre el “discurso democrático e igualitario entre hombres [...] y, sobre la importancia de las construcciones de género, particularmente aquellas relacionadas con la masculinidad en la formación de los problemas de salud sexual”. (9)

Algunas características de los trabajos presentados

El estigma, la discriminación y exclusión, asociados con la homofobia fueron los tres factores más analizados en el contexto del Foro, así como otros elementos sustanciales como la exigibilidad de los derechos y la justeza de los mismos, aunque es importante destacar que en sí el 95% de los trabajos presentados se concentraron en explicar metodologías y estrategias de intervención específicas para hombres gay, personas transgéneros, y otros HSH, tocando aspectos relacionados con el trabajo sexual masculino.

La riqueza de los trabajos presentados evidenció lo esencialmente obvio, las investigaciones realizadas demostraron las altas tasas en cuanto a seroprevalencia del VIH, mínimas al 13% y superiores al 60% en la mayoría de los países de la región, como se señala al principio del capítulo; así como en relación con las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los estudios hacen recomendaciones vinculadas, además de a percepciones de riesgo, a aspectos relacionados con el nivel de información de los HSH, y sobre el deficiente uso del condón como una de las prácticas generalizadas en la región. Esto permitió visualizar la necesidad urgente de facilitar el acceso a la información adecuada y ajustada a las realidades de estos hombres, así como a herramientas de prevención como condones y lubricantes, la facilitación de espacios seguros y de ambientes saludables.

Los estudios señalan también las reacciones sociales imperantes y la necesidad de establecer la protección jurídica, particularmente de los hombres gay, las personas transgénero, los hombres que se dedican al comercio sexual y los usuarios de drogas intravenosas.

Se destacaron los avances en cuanto a legislación con relación a la no discriminación por la orientación sexual y el reconocimiento de los derechos sexuales, hechos reseñados en países como México, Brasil, Ecuador, Chile y Colombia, principalmente. No obstante, hay un largo camino por recorrer ya que persisten prácticas de acoso, maltrato y persecución por parte de la fuerza pública contra los distintos grupos de hombres, prácticas esencialmente basadas en el estigma y la discriminación a causa de la orientación sexual, cuyo impacto en la población gay, personas transgénero y otros HSH reedita en el alejamiento de los servicios, planes y programas de prevención, demostrando que dichas poblaciones son inexistentes para el Estado.

Es entonces clave reiterar la importancia de que el “abordaje de prevención del VIH/SIDA debería ser integrado a problemáticas relacionadas con la violencia sexual y policial, discriminación, identidad de género, capacitación de los equipos de salud en la temática de género, estrategias de reducción de daños (por el alto consumo de drogas)” (10), entre otros aspectos importantes a considerar para cualquier política de intervención con poblaciones de mayor vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

Estigma y discriminación

El trabajo de Ricardo Luque* *Vulnerabilidad social de los homosexuales a la infección por VIH/SIDA como consecuencia de la discriminación*, aporta algunas reflexiones sobre el alto costo social que la ausencia de políticas públicas en VIH/SIDA representa en pérdida de vidas humanas. Asegura también que “por otra parte, en un intento de reducir el estigma y el SIDA, se ha dicho que el SIDA puede afectar a otros por igual y se han minimizado las consecuencias devastadoras de la epidemia en la comunidad homosexual. En muchos países [...] esto ha significado que los recursos disponibles para brindar educación, apoyo y servicios a los hombres homosexuales sean insuficientes, o a que las organizaciones de homosexuales, a pesar de ser conscientes del problema, hayan tenido que desviar sus esfuerzos hacia la ‘comunidad general’ para obtener la aprobación social o los recursos necesarios para su supervivencia como organizaciones preventivas”.

Desde esta perspectiva crítica es necesario admitir a través del reconocimiento político que las actitudes discriminatorias, de represión u hostigamiento tan sólo contribuyen a que se expanda la epidemia.

La postura crítica asumida en las distintas sesiones del Foro concentró el análisis de la problemática del VIH/SIDA y HSH en relación con el estigma, la discriminación y exclusión cuyas consecuencias “llevan a muchas personas a resguardarse en la clandestinidad, lo que dificulta sobremanera nuestras acciones de asistencia y prevención”.

Los grupos más frecuentemente sujetos a violaciones de los derechos humanos han sido siempre los más susceptibles a la discriminación y abuso, de ahí que un concepto clave agregado al análisis sobre la vulnerabilidad incorpore también una serie de reivindicaciones como la ciudadanía y el concepto vinculante de que sin “ciudadanía no hay prevención”.

Una manera de entender esta crítica sería conceptualizar el estigma, la discriminación y la exclusión como tres elementos que comparten en sí una fron-

* Médico cirujano de la Universidad Javeriana de Colombia. Coordinador del Grupo de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud Pública de Colombia.

tera común, que son complementarios y que propician la vulneración de los derechos humanos de muchas personas, en particular de aquellas que se encuentran en mayor desventaja social. Cada uno de ellos no solamente transgrede la vida privada y social de las personas, sino que también afecta, consustancialmente, el desarrollo de las mismas desde el punto de vista de lo psicológico, la personalidad, la sexualidad, la vida espiritual, e incluso la existencia armónica con el medio ambiente que le rodea, factores paradójicamente afectados desde el inicio de la epidemia, cuando se formularon las primeras políticas públicas para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en la región.

“La discriminación se define, según el diccionario de la lengua española, como la acción o efecto de discriminar, que a su vez es definido como equivalente de separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra. Otra acepción de la palabra discriminar es dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de salud, de orientación sexual o de cualquier otra índole [...]

“De acuerdo con las definiciones citadas, podemos evidenciar que discriminar no siempre tiene un significado negativo pues diferenciar o separar algo no necesariamente acarrea una noción de desvalorización, sin embargo, cuando esa diferenciación implica un trato de inferioridad a una persona en razón de determinadas características específicas, discriminar tiene, ciertamente, una condición negativa.” (11)

En el mismo sentido *el estigma* se define como las “señales o marcas” que identifican a ciertos individuos, en el caso de la estigmatización, se asocia a “la infamación o censura”, que se centra en la causa de “la deshonra” (12) de los individuos, enfocada en sus particularidades de grupo, mismas que se encaminan a *la exclusión* o separación de las personas ya sea de la sociedad o de grupos de pertenencia social, a los cuales se les da una característica de incompatibilidad.

El marco de la exclusión social se fundamenta en la conculcación de los derechos humanos y los derechos de ciudadanía de muchos individuos, por múltiples causas, por ejemplo, por causa de la salud, etnia, religión, condición social, migración, por la orientación sexual, y en el desconocimiento pleno de las diversidades culturales, sociales y sexuales, entre otras.

“El estigma [...] ocurre en el plano personal y en las relaciones sociales. Si se rebasa esta esfera, es decir, si son las instituciones las que maltratan, entonces se

convierte en discriminación y hay que exigir cuentas. Es por ello, señala la especialista estadounidense Sofía Gruskin, profesora de la Escuela de Salud Pública de Harvard y editora de la revista *Health and Human Rights*, que los gobiernos prefieren el término estigma, que exige de responsabilidades, al de discriminación o violación de derechos humanos, que implica rendición de cuentas.” (13)

En relación con los elementos anteriormente mencionados, en nuestras culturas encontramos rasgos fuertemente discriminatorios que multiplican las causas de la discriminación, el estigma y la exclusión y otros tratos violentos como las ofensas, agresiones y sanciones, las mismas que se han potenciado con la presencia del VIH/SIDA y que han influenciado, incluso, muchas de las intervenciones dirigidas a las poblaciones más vulnerables. Específicamente en el caso de los hombres gay y otros HSH han sido tan comunes que muy pocas personas son capaces de cuestionar este tipo de procedimientos arraigados en los diferentes estratos sociales de nuestros países, incluyendo a las instituciones encargadas de la formulación de políticas como los gobiernos, que culturalmente se encuentran completamente influenciados por este tipo de comportamientos.

De la vulnerabilidad a la vulnerabilización

Temas como la vulnerabilidad y la homofobia fueron centrales en varias mesas de conversación y en otras presentaciones fueron temas transversales. En este contexto se introducen dos enfoques nuevos al análisis de la situación del VIH/SIDA, hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, como la vulnerabilización y la justicia, conceptos de estudio y análisis que incluyen otros como la exigibilidad de los derechos en relación con el VIH desde la situación de discriminación.

Arturo Díaz de *Letra S*, de México, invoca ambos conceptos desde el prisma del impacto de la discriminación y el VIH/SIDA en HSH. Al definir el concepto de vulnerabilización dice: “Se refiere a la condición de una mayor indefensión, desamparo, desventaja, abandono, rechazo u objeto de agresión en la que se puede encontrar una persona, un grupo o una comunidad, causada por factores socioculturales basados en características como son la edad, el género, la

condición de salud, la raza, el origen étnico, la discapacidad, la orientación sexual, la clase social, la constitución física, entre otros.

“[...] En virtud de que la naturaleza de la discriminación tiene que ver con las características de las personas, del grupo o la comunidad, y a que su legitimación histórica hace más evidentes algunas de sus formas, se considera que la vulnerabilización o la discriminación puede tener el carácter de visible o invisible. Las personas o grupos con características de género, discapacidad, edad y origen étnico cuentan con mayores elementos de evidencia vulnerable, por lo que se consideran como sujetos de la Discriminación Visible. Las personas o grupos con características de opción religiosa y preferencia sexual cuentan con menores elementos de evidencia vulnerable, por lo que se les considera sujetos de la Discriminación Invisible.

La vulnerabilización entonces, de los hombres gay y otros HSH con relación al VIH/SIDA, se determina a partir de las siguientes categorías: epidemiológica, socio-cultural y político-gubernamental.” (14)

Escenarios y estrategias

La epidemiología

Tomando en cuenta que “durante la última década se ha prestado menor atención a la epidemia entre los HSH en la región, en comparación con los años iniciales, probablemente por el crecimiento de la misma entre las mujeres y los usuarios de drogas inyectables; esta menor atención a la población de HSH, pese a que el número absoluto de casos diagnosticados anualmente entre ellos no había mostrado claras tendencias decrecientes, puede haber contribuido a que la epidemia se mantuviera en dicha población. Además, dado el efecto ‘puente’ que una parte de la población de HSH —particularmente los varones con comportamientos bisexuales unidos a mujeres— puede tener al constituir un canal de acceso del virus a las mujeres heterosexuales, la ausencia de medidas para disminuir la epidemia en la población HSH puede haber influido también en el crecimiento de la epidemia heterosexual [...]”

En este escenario, “[...] la vigilancia epidemiológica en la región está basada principalmente en la notificación epidemiológica de casos de SIDA, lo cual presenta algunos problemas que limitan la capacidad de evaluar adecuadamente la situación actual del VIH y el SIDA en HSH en América Latina y el Caribe”, (15) a lo que se suman los subregistros existentes, el retardo en las notificaciones, además de un porcentaje significativo de casos clasificados bajo mecanismos de transmisión desconocido. Así mismo, la categorización sobre los mismos mecanismos basada en la “identidad sexual auto-reportada” como homosexual, bisexual, o en los estereotipos fijados por los profesionales de la salud.

La combinación de los factores descritos implica el rediseño de las políticas establecidas para la interpretación de los datos disponibles, de tal manera que permitan una relectura de la información —que incluiría la elaboración de nuevas metodologías más allá de las interpretaciones aplicadas por la OPS/OMS de los datos epidemiológicos disponibles—, ya que dichas interpretaciones se hallan centradas en la población eminentemente con orientación sexual homosexual, dejando de lado un rubro importante de hombres que tienen sexo con hombres que no se reconocen en sí mismos dentro de dichas clasificaciones, y que por diversas circunstancias independientemente de su orientación e identidad sexual se relacionan sexualmente con otros hombres, de ahí la importancia estratégica de establecer parámetros que permitan identificar los “puentes” de transmisión del VIH entre las distintas poblaciones.

La vigilancia epidemiológica en relación con la transmisión sexual del VIH entre hombres debe considerar para el apuntalamiento de sus cifras nuevas variables como que la identidad sexual difiere de los comportamientos sexuales, en nuestro caso se precisa reconocer que muchos hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres no se consideran homosexuales —muchos de ellos en efecto no lo son—, y esto está determinado con relación al rol que asumen las relaciones sexuales.

En América Latina un porcentaje significativo de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, contraen matrimonio o mantienen relaciones regularmente con mujeres, y dichas prácticas no se reconocen oficialmente, incluso son negadas en algunas partes de la región al ser “condenadas por la sociedad, lo que hace que el grado de visibilidad pública de las relaciones sexuales entre varones varíe considerablemente de unos países a otros”. (16) Este

mismo tratamiento se le ha dado al trabajo sexual masculino, generalmente identificado en los travestis trabajadores sexuales, pero al margen existe un creciente mercado sexual masculino heterosexual que ofrece sus servicios tanto a mujeres como a otros hombres.

Por las razones anteriores, visualizar los puentes de transmisión del VIH desde la perspectiva epidemiológica, podría facilitar a los formuladores de políticas públicas en VIH/SIDA ver con mayor claridad en dónde realmente se encuentra concentrada la epidemia, y hacia dónde se deberían dirigir prioritariamente los esfuerzos de la respuesta ante la misma, y en relación con la transmisión vía HSH, reconocer un problema complejo, ya que “la diversidad cultural, conductual y de redes sociales de los HSH guarda estrecha conexión con sus riesgos de infección por VIH, de modo que una mirada futura debería prestar atención a esta diversidad e identificar a los grupos más vulnerables”, (17) de tal manera que les permita, también, superar la deficiencia de estudios de seroprevalencia del VIH específicamente en HSH y superar la desinformación existente sobre las dinámicas y riesgos que exponen a los distintos grupos de hombres frente al VIH.

Investigación

En América Latina existe un conjunto de acciones dirigidas al estudio del comportamiento relacionado con la transmisión sexual en la categoría hombres que tienen sexo con hombres bajo los supuestos lógicos de lo cualitativo y lo cuantitativo, con la finalidad de explorar los distintos aspectos psicológicos, sociales, culturales y económicos, incluyendo la variedad de aspectos relacionados con las condiciones de salud y otros aspectos relativos a las infecciones de transmisión sexual, como variables para entender la dinámica de la transmisión sexual del VIH en las relaciones homosexuales entre varones.

En este sentido, puede asegurarse que en la región existe gran capacidad tanto técnica como científica —especializada en temas relacionados con el VIH y el SIDA y hombres que tienen sexo con hombres—, disponiéndose para el efecto de un sinnúmero de estudios que pueden servir de elementos claves tanto para el diseño de nuevos estudios con mayor muestra poblacional, perfeccio-

namiento de las metodologías y estrategias para la investigación, así como para mejorar la comprensión epidemiológica sobre el VIH en estas poblaciones (muchos de estos estudios han sido inventariados por las distintas iniciativas como las redes regionales existentes en América Latina). (18)

Sin embargo, en este cúmulo de trabajos existentes se evidencia un vacío considerable en relación con las iniciativas de investigación en los temas de VIH/SIDA y HSH por parte de los gobiernos, quienes en su mayoría no han echado una mirada más allá de la información provista por la vigilancia epidemiológica de sus propias instituciones, y salvo las excepciones mencionadas respecto a varios gobiernos de la región, muchos no consideran las investigaciones existentes como aportes para dicha vigilancia, para que la misma guarde “una calidad homogénea”, (19) y en el mismo sentido, se superen las barreras existentes y las potenciales deficiencias que las mismas investigaciones puedan estar presentando en relación con la calidad de los datos obtenidos, ya que en este sentido se describen serias limitaciones en las muestras poblacionales de estudio ya que “lamentablemente la exclusión social de la homosexualidad y la consiguiente autocensura de los HSH, la diversidad de identidades y prácticas, así como la migración y la alta mortalidad, dificultan enormemente la estimación del tamaño de esta población”, (20) pero los mismos estudios existentes demuestran alternativas potenciales para superar dichas limitaciones.

Ahora, quizás más allá de las distintas metodologías y sistemas de investigación en HSH, resulta importante tomar en cuenta algunas consideraciones puesto que “la investigación con poblaciones vulnerables como la de HSH, particularmente en temas como el VIH, implica varias consideraciones bioéticas, que pasan por la necesidad fundamental del consentimiento informado, de la confidencialidad en los procedimientos (obviamente a nivel individual, pero también a nivel de grupo: por ejemplo, publicar información sobre patrones de conducta sexual de los HSH en lugares públicos puede facilitar la represión policial y exponer a la población a mayor discriminación), y en el caso de procedimientos que impliquen la investigación de estatus VIH en HSH que lo desconocen, la necesidad de acceso a consejería adecuada y, entre quienes descubran su estatus VIH positivo, de acceso a estándares adecuados de tratamiento. Dados los recientes avances terapéuticos para el VIH/

SIDA, es posible que a corto plazo se considere en América Latina que tales estándares adecuados para sujetos de investigación deben incluir los tratamientos ARV de última generación”. (21)

Intervenciones

Los trabajos presentados en el Foro 2003 relacionados con las experiencias de intervención, abordaron el tema de hombres gay y otros HSH enfocado principalmente en varios ejes: riesgo/ vulnerabilidad, cambios comportamentales, exigibilidad/justicia, promoción y defensa de los derechos humanos y participación social.

Estos ejes demuestran la complejidad que implica en sí mismo el trabajo en VIH/SIDA con los distintos grupos de hombres, tomando en cuenta la propia diversidad existente entre ellos y que va más allá de los autoidentificados como hombres gay, personas transgénero y bisexuales, ya que en relación con la práctica sexual homosexual el amplio abanico masculino precisamente no homosexual es tan diverso como complejo, además de ser grupos poblaciones difícilmente identificables a simple vista.

La gama de intervenciones puestas a consideración en el Foro 2003 evidenció que el diseño de cada una de las estrategias implementadas privilegia las diferentes subpoblaciones de HSH particularmente de hombres gay, travestís, transgéneros, tomando en cuenta las diferencias socioculturales que existen entre ellas, pero no al resto de las subpoblaciones o al menos no se presentaron estudios con hombres no homosexuales, más allá de aquellos que ejercen el comercio sexual masculino. Esto no significa un descuido intencional, sino que los recursos disponibles, tanto humanos como de inversión económica, impiden de cierta manera la implementación de estrategias de intervención más diferenciadas y específicas para lograr mayores coberturas y alcanzar de esta manera la diversidad de HSH existentes.

En este escenario se analizaron varios aspectos claves relacionados con las estrategias de intervención; uno de ellos fue la clara escenificación de la importancia de las alianzas y la coordinación, de tal manera que la conjunción de ambos espacios, el institucional público y la sociedad civil organi-

zada, requiere del diseño de un plan estratégico con enfoque integral “que tome en cuenta los múltiples aspectos del VIH/SIDA en HSH”.

Otro aspecto fundamental fue la reiteración de que es imprescindible el compromiso de los gobiernos para que las organizaciones no gubernamentales puedan aligerar su carga, de tal manera que con una política pública bien estructurada en VIH/SIDA para HSH, “se adopten las mejores prácticas posibles en materia de información, educación y prestación de servicios de prevención, asistencia y apoyo; la implementación en otros sitios de las estrategias que hayan dado resultados; la formulación y aplicación de nuevas estrategias para responder a las necesidades cambiantes; la incorporación de las actividades contra el VIH/SIDA en otros programas sanitarios y sociales ya en marcha; la promoción y protección de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA; y la prestación de interés especial a los miembros de la sociedad que son más vulnerables a dicha infección”. (22)

Finalmente, las intervenciones convergieron en el análisis crítico del nuevo lenguaje político adoptado por algunos gobiernos sobre el tema HSH, considerado desde la sociedad civil como “políticamente correcto”, que en otras palabras hace referencia al mantenimiento de un compromiso y discurso alejado de la realidad práctica y que no responde eficientemente a las necesidades planteadas para la implementación de estrategias específicas en VIH/SIDA y HSH.

Se reconoce que potencialmente en la región existe al menos una incipiente intencionalidad política para hacer un abordaje del tema, pero es imperativa la necesidad de mantener un diálogo abierto enfocado al reconocimiento político de la problemática del VIH/SIDA y HSH, para “gestionar e involucrar a las autoridades del Estado para que realicen campañas de prevención específicas para HSH”, (23) lo que debería verse reflejado en mayores recursos, en la implementación de sólidos programas de educación principalmente entre el personal de salud con la finalidad de promover actitudes en contra de la discriminación, así como la implementación de servicios de apoyo, asesoramiento y prevención que tomen en cuenta las realidades socio-culturales y jurídicas de estas poblaciones.

La experiencia regional demostró que las estrategias de intervención van más allá de la simple producción de materiales de información y la realización de

talleres de capacitación, que las mismas exigen una comprensión seria y profunda del concepto de vulnerabilidad que se maneja y dónde se coloca a los hombres gay y HSH —en relación con las otras poblaciones consideradas como vulnerables—, y que se requiere de garantías gubernamentales plenas para paliar las situaciones discriminatorias y las condiciones socio-político-culturales de los distintos subgrupos de HSH en la región.

Es destacable la riqueza acumulada en la mayoría de las iniciativas nacionales y regionales con estrategias de intervención diseñadas con visión estratégica, donde la participación de los distintos subgrupos de hombres gay, personas transgénero y otros HSH ha jugado un rol esencial tanto en la planificación estratégica como en el diseño y evaluación de la mayor parte de los programas, incluyendo análisis de las redes institucionales de apoyo y mapeo político.

En la actualidad se encuentra disponible en la región información importante que refleja las condiciones de vulnerabilidad frente al VIH, resultado de los estudios desarrollados, y que además permitiría a los formuladores de políticas el desarrollo de una visión amplia de la diversidad cultural y conductual de las poblaciones gay y de hombres que tienen sexo con hombres en la región, así como sobre las determinantes socio-culturales que obstaculizan las acciones de prevención y el desarrollo de las estrategias adecuadas para disminuir la transmisión del VIH en estas poblaciones.

Son cuantificables los modelos teóricos utilizados en los distintos países de la región que van desde los modelos cognitivos enfocados a profundizar en los cambios de conducta, ver las posibilidades de cambio y como interactúan las distintas variables de riesgo, incluyendo aspectos relacionados con el aprendizaje social, a otros modelos como el de estructura de cambio que involucran aspectos relacionados con los factores del comportamiento, el mercadeo social y la participación en los procesos de planificación y el modelo de empoderamiento colectivo cuyo factores apuntan al fortalecimiento de la autoestima, el desarrollo individual y colectivo, hasta la aplicación de visiones holísticas para promover el cambio y las percepciones sobre el riesgo, incluso el alcance del poder social.

No obstante toda esta riqueza conceptual y pragmática, existen los problemas estructurales que se deben sortear y especialmente los relacionados, como se ha venido insistiendo en el transcurso del presente trabajo, con las políticas

sociales, pues las intervenciones presentadas aún son de baja cobertura y de alcance limitado a grupos restringidos; de igual manera, aún falta por conocer las evaluaciones y mediciones de impacto a mediano y largo plazo una vez ejecutadas las intervenciones, pero lo que sí es destacable es que existen resultados que han aportado al desarrollo de los procesos metodológicos para la intervención; otros como la movilización comunitaria y el activismo se mantienen como un aspecto estructural que está provocando cambios dirigidos a la transformación individual y colectiva de los hombres gay y otros HSH que requieren de políticas públicas de apoyo y al fortalecimiento de los mismos.

Es en función de los requerimientos señalados que la movilización en la búsqueda de respuestas adecuadas frente al VIH/SIDA para la consolidación de políticas sociales que respondan a la misma movilización y a otras exigencias, como la lucha en contra de la discriminación, la exclusión, la protección y defensa de los derechos humanos con relación al VIH y el SIDA, introduce nuevas estrategias de intervención como la gestión y presión política dirigidas a procurar ambientes favorables que faciliten en cada uno de los contextos locales el trabajo de prevención, información, asistencia y apoyo para hombres gay y otros HSH.

Perspectivas y desafíos

- En esta nueva perspectiva, la respuesta en América Latina y el Caribe frente al VIH/SIDA y HSH considera la pertinencia de promover desde los niveles locales, nacionales y en el contexto regional, la revisión de las políticas y prioridades en salud y la necesidad de que la problemática de los hombres gay y otros HSH sea contextualizada en un marco de salud integral con enfoque de calidad y de observancia plena de los derechos humanos.
- La problemática del VIH/SIDA y HSH requiere ser vista por los gobiernos desde un marco conceptual amplio, en la perspectiva de los derechos humanos, como también desde la exploración de las múltiples causas y sus múltiples efectos que el impacto de la epidemia causa en esta diversidad de hombres y en entender los factores tanto sociales, culturales, epidemiológicos y políticos que los ponen en riesgo frente al VIH.

- Se debe reconocer que existe un déficit sustancial de políticas por parte de los gobiernos que coadyuven al desarrollo e implementación de estrategias de prevención, educación, capacitación e información, para la disminución de la transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales entre varones.
- Muchos Estados no consideran o no reconocen la existencia de dichas poblaciones aun en sus políticas actuales de respuesta nacional frente al VIH/SIDA, a pesar de las recomendaciones hechas desde instancias de Naciones Unidas como ONUSIDA, así como de la cooperación internacional.
- La existencia de una multiplicidad de experiencias de intervención en hombres gay y otros HSH contrasta con la relativa indiferencia oficial, de ahí que se debe superar la brecha existente para que se disponga de un “análisis bio-psico-social del estado de salud y del VIH/SIDA entre los HSH, lo que implica profundizar en los elementos ambientales, biológicos y sociales, sino también en un análisis de los sistemas de salud con un perfil específico para HSH”. (24)
- Si bien en la mayoría de los países de la región existen avances sustanciales en materia del reconocimiento de los derechos humanos, sobre la no discriminación por la orientación sexual, el derecho a la salud, etcétera, el estigma, la discriminación y la exclusión son variables estrechamente vinculadas a la homofobia social y política, aspectos que se reflejan en el número reducido de políticas antidiscriminatorias y de protección con relación a la orientación sexual de las personas, como de las personas que viven con el VIH/SIDA.
- También existen serios impedimentos sobre el derecho de asociación de hombres gay y otros HSH que son serios obstáculos para el desarrollo de las iniciativas emergentes para la prevención del VIH/SIDA en estos hombres.
- Potencialmente la postura anterior se identifica como un serio obstáculo a resolver, ya que es indispensable para capitalizar la eficacia de las intervenciones de prevención.
- Tanto de los resultados de las investigaciones sobre VIH/SIDA y HSH como desde las distintas intervenciones emergen recomendaciones sobre la importancia de disponer de los suficientes elementos de análisis para entender la problemática del VIH/SIDA y HSH de tal manera que se pueda

superar el enfoque actual de la lectura de los datos epidemiológicos disponibles, así como la incorporación de otras variables más allá del enfoque unicausal de causa-efecto que se aplica hasta la fecha.

- Las estrategias de incidencia política en la región apuntan a que se formulen políticas públicas que tomen en cuenta las necesidades tanto particulares como colectivas de las personas y grupos afectados por la epidemia, y en el caso de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres se asigne la prioridad y el reconocimiento de la problemática del VIH/SIDA en estas poblaciones, pero también, que coadyuven a la disminución del estigma, la discriminación y la exclusión aún imperantes.

Referencias

- 1) ASICAL/POLICY. Consideraciones Epidemiológicas. Guía para Incidencia en VIH/SIDA, hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, Abril 2003. Pág. 16-17.
- 2) Assesing Vulnerability to HIV Infection and AIDS. AIDS in the World. Harvard University Press. 1992.
- 3) Richard Parker, Luís Felipe Ríos, Veriano Terto Jr, Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina. Políticas Públicas y Prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. SIDALAC. 1ª. Edición, 2001. México. Pags 156-157.
- 4) Henry Ardila, Jeffrey Stanton, Luis Gauthier. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA/Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Bogotá 1999, pag. 71.
- 5) Cáceres, Carlos F.; Pecheny, Mario; Terto Júnior, Veriano (Editores) Brito, Alejandro; Frasca, Tim; Guajardo, Gabriel; Manzelli, Hernán, Toro-Alfonso, José. Sida y Sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción-Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. UPCH/ONUSIDA, 2002.

- 6) Alessandro Soares da Silva, Renato Barboza. Exclusión Social y Conciencia Política: Un estudio con travestis en Sao Paulo-Brasil. Foro 2003 sobre VIH/SIDA/ITS la Habana, Cuba. Abril 2003.
- 7) Carlos Magis, Sonia Morales. Prevención de la infección del VIH en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. La Experiencia Mexicana. CENSIDA. México.D.F 2002. Foro 2003 sobre VIH/SIDA/ITS, La Habana, Cuba. Abril 2003.
- 8) Medina Jesús, Parra Henry, Sequera César, Duran Carlos, Grillet Rigal. Primera aproximación integral a la comunidad gay y de otros hombres que tiene sexo con hombres venezolanos, para disminuir la transmisión del VIH y otras ITS. Alianza Lambda Venezuela. Caracas. Foro 2003 sobre VIH/SIDA/ITS, La Habana, Cuba. Abril 2003.
- 9) Percy Fernández, Carlos Cáceres, Ana M Rosasco, Ximena Salazar, Peter Aggleton. Masculinidades en el Perú: discursos no reflejan la práctica. Lima-Perú. Foro 2003 sobre VIH/SIDA/ITS, La Habana, Cuba. Abril 2003.
- 10) Victoria Barreda, Graciela Alarcón, Virginia Isnardi, Evelina Carrizo. Prevención y Travestismo: un problemático abordaje. Foro 2003 sobre VIH/SIDA/ITS, La Habana, Cuba. Abril 2003.
- 11) Patricio Benalcázar. María Judith Salgado. Diversidad ¿sinónimo de discriminación?. Serie investigación No. 4, INREDH. Primera edición, Quito. Marzo del 2001, p.18.
- 12) Ramón García-Pelayo y Gross. Pequeño Larousse Ilustrado. Círculo de Lectores. Madrid 1992.
- 13) Alejandro Brito. "Derechos Humanos, el lenguaje temido por los gobiernos. Suplemento Notiese. 6 de marzo 2003.
- 14) Arturo Díaz, Por la Salud y los derechos de los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres. Foro 2003 sobre VIH/SIDA/ITS, La Habana, Cuba. Abril 2003.
- 15) Henry Ardila, Jeffrey Stanton, Luis Gauthier. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA/Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Bogotá 1999, pag. 66-67.
- 16) ONUSIDA Actualización técnica. El Sida y las relaciones sexuales entre varones. Colección prácticas óptimas de ONUSIDA. Mayo 2000.

- 17) Henry Ardila, Jeffrey Stanton, Luis Gauthier. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA/Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Bogotá 1999, pag. 70.
- 18) Pueden servir como referencias: El Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Trabajo en VIH/SIDA —LACCASO—; la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina —ASICAL—; la de Red Investigación en Sexualidades y el VIH/SIDA en América Latina y la Iniciativa Regional sobre el SIDA para América Latina —SIDALAC.
- 19) Cáceres, Carlos F.; Pecheny, Mario; Tertó Júnior, Veriano (Editores) Brito, Alejandro; Frasca, Tim; Guajardo, Gabriel; Manzelli, Hernán, Toro-Alfonso, José. Sida y Sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción-Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. UPCH/ONUSIDA, 2002. Pág. 29.
- 20) *Ibid.* Pág 48.
- 21) *Ibid.* 4, pág 138.
- 22) *Ibid.* 15, pág 103.
- 23) Saavedra del Moral Carlos, Palma Guzmán Hugo, Gómez Tinoco Guadalupe. Reclutamiento y adiestramiento de pares para la prevención del VIH/SIDA en población de hombres que tienen sexo con hombres en el Estado de Michoacán. Foro 2003 sobre VIH/SIDA/ITS, La Habana, Cuba. Abril 200.
- 24) *Ibid.* 15, pág 193.

ENFOCANDO LA TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL, INCLUYENDO LA COMERCIAL. EL PAPEL DEL GÉNERO Y EL TRABAJO CON JÓVENES

Guillermo Egremy Mendivil

Situación actual de la epidemia

Las epidemias en América Latina están bien reconocidas. Si no se refuerzan las respuestas, existe el peligro de que puedan propagarse de forma más rápida y más extensa. Se calcula que en la región hay 1.9 millones de adultos y niños que viven con el VIH; esta cifra incluye 210 mil personas que, según las estimaciones, contrajeron el virus en 2002. (1)

Doce países de esta región (incluidos la República Dominicana y Haití; algunos países de América Central, como Belice, Honduras, Guyana y Suriname) tienen una prevalencia cercana o superior al 1% del VIH en mujeres embarazadas. En varios países caribeños, las tasas de prevalencia del VIH en adultos sólo van a la zaga de las existentes en África subsahariana, lo que convierte a esta región en la segunda más afectada del mundo. En algunos de esos países, el VIH/SIDA es actualmente una de las principales causas de mortalidad. Haití sigue siendo el país más afectado (con una prevalencia nacional estimada del VIH en adultos superior al 6%), junto con las Bahamas (donde la prevalencia es del 3.5%). (2)

Conviene señalar, sin embargo, que la calidad de los sistemas de vigilancia varían ampliamente entre los países, lo que suscita la posibilidad de que no se estén detectando epidemias graves y localizadas en ciertas partes de la región. Los datos de vigilancia centinela entre 1991 y 2001 sugieren que la prevalen-

cia del VIH en mujeres embarazadas se ha estabilizado o quizás ha empezado a disminuir en la República Dominicana (donde la prevalencia estimada del VIH en adultos era del 2.5% en 2001). Estos hallazgos parecen correlacionarse con la evidencia de un mayor uso de condones entre las profesionales del sexo y una reducción del número de parejas sexuales entre los hombres. (3)

Durante la pasada década, la relación entre hombres infectados por el VIH y mujeres infectadas por el VIH se ha estrechado considerablemente, hasta 3:1 en América Latina y 2:1 en el Caribe. Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) parecen desempeñar un papel importante en la creciente “feminización” de la epidemia: algunas investigaciones recientes han demostrado que una gran proporción de los hombres que tienen sexo con otros hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres. Aunque son fundamentales los programas sobre el VIH/SIDA enfocados a HSH, las identidades sexuales son más etéreas de lo que a menudo se supone. En esta región (como en muchas partes de Asia), los esfuerzos de prevención tienen que adaptarse a comportamientos bisexuales aparentemente generalizados, aunque ocultos. (4)

Se estima que hay 560 mil personas jóvenes, entre 15 y 24 años de edad, viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe; el 69% de los infectados son hombres y el 31% son mujeres (UNICEF/ONUSIDA/OMS, 2002). Las últimas tendencias indican que las personas jóvenes se ven más afectadas por el VIH/SIDA, y alrededor de la mitad de todas las infecciones nuevas de VIH se producen en personas entre 15 y 24 años, una edad en que la mayoría de las personas inician su vida sexual. Las personas jóvenes son particularmente vulnerables a infectarse de VIH, debido a sus conductas de riesgo y a la falta de información y de servicios para jóvenes. Además, los jóvenes cargan con el peso de cuidar a los miembros de la familia que viven con VIH/SIDA, o se ven forzados a vivir sin sus padres si se quedan huérfanos por causa del SIDA. El estigma de vivir con SIDA o de tener un miembro de la familia afectado por el VIH/SIDA esta dañando a los jóvenes, ya que éstos se encuentran en una etapa de desarrollo en la que están tratando de consolidar su identidad y definir sus roles. (5)

El Caribe y América Central presentan tasas de infección significativamente más alta. La transmisión es fundamentalmente heterosexual, y existe una marcada diferencia en los porcentajes de infección entre las poblaciones de alto y bajo riesgo (ONUSIDA/OMS/OPS, 2001). (6)

En general, los hombres tienden a usar más el condón en relaciones casuales que las mujeres. La evidencia muestra que aunque los jóvenes pueden tener más parejas, los jóvenes sexualmente activos usan más el condón con su pareja casual reciente que los grupos de mayor edad. El uso de condón en las relaciones sexuales de riesgo también aumenta con el nivel de educación en todos los países analizados (ONUSIDA/OMS/OPS, 2001). (7)

La mayoría de los países de la región han emprendido programas de prevención orientados a HSH. Sin embargo, su calidad varía considerablemente, y a menudo depende de los contextos jurídicos de los países y del nivel de implicación de una amplia gama de sectores sociales. (8)

Trabajos presentados en el II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe

Una gran parte de la mayoría de los trabajos enfocados a la transmisión heterosexual, incluyendo la comercial, así como el papel del género y el trabajo con jóvenes, forman parte de los 566 trabajos que fueron aprobados en la temática de prevención en sus diferentes modalidades de conferencias plenarias, mesas de conversación, sesión de presentaciones orales y posters dialogados.

Es así como desde las conferencias especiales, el doctor Damodar Peña Penton, Ministro de Salud Pública en Cuba, se refirió a “La voluntad política para priorizar y destinar los recursos necesarios, permitió crear un Sistema Nacional de Salud, accesible y gratuito para toda la población sin importar sexo, raza, religión, militancia política o poder adquisitivo. Es por eso que se pudo iniciar tempranamente un programa muy completo para la prevención y control del VIH/SIDA”. (9)

De igual forma, el doctor Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, pronunció un discurso en la sesión inaugural refiriéndose entre otros puntos a “El estigma y la discriminación que experimentan las poblaciones vulnerables, incluidos profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con otros hombres”. (10) Asimismo se refirió a los éxitos obtenidos en prevención y tratamiento en América Latina y el Caribe.

En el mismo tenor, el Primer Comandante en Jefe de Cuba, Fidel Castro, con su presencia en la ceremonia de clausura resaltó en repetidas ocasiones la importancia de realizar y fortalecer acciones de prevención a través de los medios de comunicación para prevenir el VIH/SIDA.

En la Declaración de La Habana 2003, las Redes Comunitarias Regionales, PVVs, ONGs y las OBCs consideraron “Que en el actual estado de la epidemia existen indicios de que la misma no sólo es un problema de salud pública, sino que tiene implicaciones en ámbitos relacionados con la libertad, derechos humanos, género, pobreza, desarrollo, cultura, educación y justicia, entre otros.” “Que ese múltiple impacto no está teniendo las respuestas necesarias desde esos diversos sectores, ya que sólo las instancias de salud pública en medio de sus limitaciones han dado respuestas muy precarias, en prevención y atención. Que la discriminación, el estigma y la exclusión social son obstáculos determinantes para las labores de prevención sobre todo en las poblaciones más vulneradas, tales como hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, usuarias (os) de drogas y sus parejas, trabajadoras (es) sexuales y sus clientes.” (11)

Respecto a los determinantes socioculturales, Arachu Castro de la Universidad de Harvard, señaló en una parte de su presentación, refiriéndose a un estudio de casos y controles de SIDA en mujeres del Haití rural, 1980-1990, “estas mujeres jóvenes fueron a Puerto Príncipe en un intento de escapar de una vida mísera. Una vez en la ciudad, muchas de ellas trabajaron como sirvientas domésticas. Ninguna de ellas consiguió la seguridad económica imposible en el campo. Y muchas de ellas admitieron con claridad que su actividad sexual no fue voluntaria, ya que sabían que la pobreza las había forzado a establecer uniones que podían asegurarles una fuente estable de ingresos, sobre todo si sus parejas eran soldados o camioneros. La violencia estructural, al disminuir el margen de autonomía personal para tomar decisiones, abre el camino de la transmisión del VIH a las mujeres pobres”. Como escribió una investigadora de Zimbabwe: “En contextos con una alta prevalencia de VIH, donde el estigma y la negación siguen caracterizando la respuesta a la infección de VIH, debemos concluir que las mujeres tienen muy buenas razones para no conocer su seroestatus. En el cálculo trágico de quizás salvar a su hijo o hija sin nacer versus el costo social de saber que se es seropositiva, el costo de saberse portadora de VIH es más alto.” (Basset 2001) (12)

En la *Situación de la epidemia en América Latina y el Caribe*, informe presentado por Paloma Cuchi de ONUSIDA/OPS, “referente a los temas de transmisión madre-hijo comentó la falta de atención prenatal, así como la alta prevalencia de comportamientos de riesgo en contactos sexuales sin protección, múltiples parejas, comienzo temprano de las relaciones sexuales, movilidad de la población, bajo uso de condón y falta de percepción de riesgo”. (13)

Patricia Uribe de México, como Secretaria Técnica del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, se refirió “a la resistencia para el abordaje de hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras (es) del sexo comercial, usuarios de drogas inyectables, condón, derechos sexuales, salud sexual. Falta de sistemas de información estratégica (niveles de estigma y discriminación, comportamientos, actividades comunitarias, etcétera)”. (14)

Mario Bronfman del Instituto Nacional de Salud Pública y del Centro de Investigación en Sistemas de Salud de México, presentó “la situación actual de la movilidad poblacional, haciendo un recorrido sobre las consecuencias e impactos, la relación movilidad y SIDA, las etapas por las que han cursado de ser grupos de riesgo, prácticas de riesgo, situaciones de riesgo hasta los contextos de riesgo, los cuales llevan a la vulnerabilidad. De igual manera, analizó los procesos de movilidad en la mujer migrante y el SIDA, refiriéndose específicamente al trabajo sexual y vulnerabilidad, para concluir con la reflexión de que “los problemas regionales exigen soluciones regionales.” (15)

Irma Palma de la Universidad de Chile, respecto al tema de VIH/SIDA, prevención y sexualidad señaló, “deben realizarse conexiones de legislación sobre derechos de PVVs y derechos sexuales y reproductivos, así como la cuestión de la responsabilidad y del derecho en la política pública, tomando en cuenta la sobremarca de la responsabilidad y que la sexualidad es responsable en la misma medida que libre. Instó a que la cuestión de los derechos requiere ser instalada, ya que los derechos fundan responsabilidades y no viceversa.” (16)

La transmisión heterosexual

Dentro de los trabajos presentados, los relativos a enfocar la prevención heterosexual señalaron la importancia de utilizar la educación preventiva y la edu-

cación en salud recurriendo a las teorías del aprendizaje, aun en centros de alfabetización y destacando la necesidad de incluir a las personas con capacidades especiales. De igual manera destacaron la utilización de estrategias de alcance comunitario, específicamente las dirigidas a incrementar el uso del condón femenino y masculino, enfatizando los métodos de prevención bajo el control femenino, apoyándose en los servicios de orientación telefónica existentes.

En algunas de las presentaciones se mencionó que es a través del coito vaginal y anal sin protección entre hombre y mujer, o a través del coito anal entre hombres, como puede darse la transmisión sexual del VIH. El coito vaginal y anal son las prácticas más comunes y frecuentes prácticamente en todas las culturas.

De acuerdo a varios estudios las parejas heterosexuales practican la penetración anal con la misma frecuencia que los hombres homosexuales. (17) Según un estudio realizado en los Estados Unidos, los hombres bisexuales practican el coito anal con compañeros masculinos como femeninos con mayor frecuencia que los homosexuales entre sí, y utilizan menos el condón con las mujeres que con otros hombres. (18) Entre las adolescentes sexualmente activas existe la práctica tanto del coito vaginal como del coito anal, y la práctica del coito anal aumenta con la edad. Estas jóvenes tienen mayores probabilidades de no utilizar condones durante la penetración anal que durante la vaginal. (19) Quizás sea porque estén menos enteradas de los riesgos o que consideren el coito anal como parte del preludeo al acto sexual. Puede que les resulte más difícil pedir que se utilicen condones o que piensen que son innecesarios, ya que frecuentemente se utiliza el coito anal como método anticonceptivo. En algunas culturas, la penetración anal resulta una práctica común para conservar la virginidad antes del matrimonio y cuando la infibulación hace imposible el coito vaginal.

La falta de seguridad en las relaciones sexuales se debe principalmente al desequilibrio de poder económico, social y físico entre el hombre y la mujer. El papel que por su sexo tiene la mujer afecta al matrimonio, a las relaciones no maritales y al sexo comercial. Las mujeres están educadas para ser el sexo débil y son tratadas como tal por sus familias, religiones, colegios, patrones y políticas gubernamentales. (20)

El trabajo sexual comercial

Bajo este rubro los trabajos se refirieron a los resultados de estrategias sobre el uso del condón femenino, así como al uso del condón masculino entre los clientes. Sin embargo, el tamaño de las poblaciones en su mayoría era reducido o se referían a experiencias locales. Asimismo, de manera muy reducida se presentaron estrategias de prevención con trabajadores sexuales masculinos, la mayoría travestís, enfocadas a la percepción del riesgo. Quizás se deba a que existe poca información sobre el comercio sexual masculino, ya que la mayor parte de la información está relacionada con las mujeres, existiendo una relación estrecha con el manejo de la sexualidad y del género. A partir de los setenta con las movilizaciones sociales y la expresión de diferentes grupos homosexuales en el mundo, se ha observado el reconocimiento de la sociedad de este fenómeno, aunque todavía no existe un marco conceptual o investigaciones al respecto. Algunas de las características que se han relacionado con el comercio sexual masculino son:

- El trabajo sexual masculino está frecuentemente relacionado con la homosexualidad.
- Se ha observado que existe un alto grado de violencia, incluso mayor que en la femenina.
- Generalmente son hombres vestidos de mujeres (travestís o “vestidas”), que dan servicio a clientes que buscan penetrar a otro hombre.
- También existen hombres vestidos masculinamente que dan servicio tanto a mujeres como a hombres.
- Generalmente no se encuentran organizados como sucede con el trabajo sexual femenino ni existen acuerdos con las autoridades. (21)

Sin embargo, tal y como lo señala ONUSIDA, las circunstancias vitales que empujan a las personas al trabajo sexual, a cualquier edad, suelen ser las mismas circunstancias que contribuyen a su falta general de poder de decisión; no obstante, dicho poder de decisión es esencial para negociar el uso del condón y otras prácticas sexuales seguras. La pobreza y las oportunidades económicas limitadas, en concreto para las mujeres y los jóvenes, son los factores funda-

mentales para ingresar en el trabajo sexual, ya sea por voluntad propia o bajo coacción. Algunos individuos pueden elegir el trabajo sexual aunque tengan otras opciones igual de rentables, pero la inmensa mayoría tiene pocas fuentes de recursos, a menudo porque su educación y aptitudes comerciales son limitadas. Los individuos que tienen empleos con sueldos bajos u otras fuentes de apoyo parcial pueden complementar sus ingresos con el trabajo sexual a tiempo parcial o a corto plazo. Teniendo en cuenta que pueden no identificarse a sí mismas como profesionales del sexo, puede ser especialmente difícil establecer contacto con estas personas. Las desigualdades basadas en el género contribuyen a que las mujeres ingresen en el trabajo sexual. La explotación sexual, incluida la trata de personas son condiciones fundamentales que contribuyen al ingreso en el trabajo sexual. Las prácticas y creencias culturales y/o tradicionales también pueden aumentar la vulnerabilidad a ingresar en el trabajo sexual, así como aumentar la dependencia de los hombres de las profesionales del sexo. (22)

Dentro de los factores que aumentan la vulnerabilidad de los profesionales del sexo a la infección por el VIH se encuentra la estigmatización y la marginación que a menudo están vinculadas a ellos, aunque no necesariamente a sus clientes o terceros implicados en el trabajo sexual. La falta de legislación y políticas protectoras, la falta de acceso a los servicios de salud, sociales y jurídicos, limita las opciones de los profesionales del sexo con miras a cuidar su salud, protegerse del VIH y las ITS y obtener la asistencia que ellos o sus familias pueden necesitar para abordar aspectos sociales o jurídicos. La limitación de información, aptitudes, poder de negociación y acceso a los medios de prevención puede conducir directamente a un comportamiento que suponga un riesgo de infección por el VIH para los profesionales del sexo y sus clientes. Los factores asociados al estilo de vida también pueden incrementar el riesgo de los profesionales del sexo y sus clientes de contraer la infección por el VIH. El aumento de la movilidad ha desempeñado un papel fundamental en la propagación del VIH en todo el mundo. Los profesionales del sexo que se infectan por el VIH pueden sentirse doblemente estigmatizados —por una parte por su profesión y por la otra por su estado de salud—, lo que les hace especialmente vulnerables a las violaciones de los derechos humanos que se asocian al VIH/SIDA. La atención de los profesionales del

sexo que viven con el VIH/SIDA no debería separarse de los programas de atención generales para todas las PVVs. (23)

No es posible elaborar una respuesta firme y duradera al VIH en el contexto del trabajo sexual sólo con un enfoque limitado de los aspectos de las ITS y el VIH. Un enfoque más amplio basado en el concepto del fomento de la salud permite que los grupos vulnerables tengan más control sobre su salud. La carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (24) ofrece los siguientes cinco principios rectores pertinentes para los programas dirigidos a profesionales del sexo:

- Desarrollo de las aptitudes personales.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de las acciones comunitarias.
- Elaboración de una política pública sanitaria.
- Creación de entornos de apoyo.

En general, la respuesta actual al VIH/SIDA en el trabajo sexual se ha centrado en abordar comportamiento sexual e infecciones en el sistema reproductor por medio de la distribución de condones y los servicios de atención de ITS. Abordar las necesidades psicológicas y emocionales de los profesionales del sexo, al mismo tiempo que se procura influir en el contexto sociocultural y económico en que trabajan, es la excepción antes que la norma. (25)

El papel del género

Es bastante alentador haber visto el incremento en el número de trabajos que sobre la temática de género fueron presentados. La temática giró alrededor de la mujer, aunque también, con sus honrosas excepciones, se enfocaron al análisis de las masculinidades. Asimismo, fueron presentados temas relacionados con el estigma y la discriminación, movilización social contra la violencia resaltando la participación de las mujeres, las relaciones de género y su influencia en las prácticas sexuales, así como una serie de estrategias dirigidas al uso del condón, talleres de sexo seguro, autoestima, poder y sexualidad.

Si bien es cierto que “las diferencias sexuales son la base sobre la que se asienta una determinada distribución de papeles sociales”, esta asignación no se desprende “naturalmente” de la biología, “sino que es un hecho social.” (26)

El papel del género lo entendemos como el conjunto de normas, prescripciones y representaciones culturales que dicta una sociedad sobre el comportamiento femenino o masculino. Éstas varían según las épocas, las sociedades y las clases sociales, pero marcan siempre una diferencia entre lo que se espera de los hombres y lo que se espera de las mujeres, y tienden a establecer estereotipos y patrones de moral diferentes para cada sexo. (27)

Las desigualdades en función del sexo constituyen un factor importante que impulsa la epidemia del SIDA. Los diferentes atributos y papeles que las sociedades asignan a los hombres y mujeres influyen profundamente en su capacidad para protegerse contra el VIH/SIDA y afrontar sus consecuencias. Para contener la propagación del VIH es necesario, pues, que se comprendan los derechos de las mujeres y que éstas pasen a ocupar un lugar más preeminente en todas las esferas de la vida. Las desigualdades basadas en el sexo se solapan con otras desigualdades sociales, culturales, económicas y políticas, y afectan a las mujeres y hombres de todas las edades. Diversos factores incrementan la vulnerabilidad al VIH de las mujeres y muchachas jóvenes. Entre ellos cabe citar las normas sociales que niegan a las mujeres los conocimientos sobre salud sexual, así como las prácticas que les impiden controlar su cuerpo o decidir los términos en los que llevan a cabo sus relaciones sexuales. Otro elemento que agrava la vulnerabilidad de las mujeres es su acceso limitado a oportunidades e independencia económicas, junto con las múltiples tareas con las que se las carga tanto en el hogar como en la comunidad. Los hombres y especialmente los muchachos jóvenes, también son vulnerables. Las normas sociales refuerzan su desconocimiento sobre cuestiones de salud sexual y, al mismo tiempo ensalzan la multiplicidad de parejas. Esta vulnerabilidad aumenta todavía más a causa de la posibilidad de que empiecen a abusar de sustancias (como alcohol y otras drogas) u opten por tipos de trabajos que impliquen desplazamientos o ruptura familiar (por ejemplo, mano de obra migratoria o reclutas en el ejército). (28)

La ideología con respecto a lo que significa la masculinidad es el mayor obstáculo para que los hombres asuman un papel mucho más activo en el

cuidado de su salud y en la promoción de servicios hacia las mujeres y ellos mismos, en especial aquéllos cuyas identidades de género, sexo u orientación sexual parecen romper con el “deber ser” socializado de lo que se espera del hombre macho, masculino, falocrático y heterosexual; a pesar de ello, son precisamente algunos de estos hombres transgresores quienes han venido vivenciando de manera diferente las relaciones de poder y realizando los estudios sobre la masculinidad, y como resultado demostrando que la masculinidad y las relaciones pueden experimentarse, sentirse y explicarse de manera distinta.

De acuerdo con Peter Piot, Director Ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), “Para contener el impulso de la propagación del VIH se necesitan cambios importantes en las relaciones entre el varón y la mujer” ya que, “las desigualdades entre los sexos son una fuerza impulsora fundamental de la epidemia de SIDA y por consiguiente deben abordarse como un elemento central en la respuesta a la epidemia”, entonces se hace necesario, “estimular al varón y la mujer para que analicen sus propias percepciones de los papeles sexuales y reconozcan los posibles aspectos opresivos de los estereotipos de la masculinidad y la feminidad”. (29)

Los hombres aprenden por la tradición que ellos ostentan el poder y en la vida cotidiana, en la escuela y por ellos mismos a ejercer poder sobre las mujeres, a no tenerlas en cuenta en la toma de decisiones, a no reconocer sus emociones, deseos, apreciaciones, necesidades. Reconocen a la mujer como objeto sexual y no como persona; es decir, como alguien que se emociona, tiene una manera particular de entender, comprender, explicar y vivenciar el mundo, por tanto no se la reconoce como Sujeta de derechos. Han aprendido a relacionarse en un mundo que plantea relaciones verticales con las mujeres, las y los menores y aquellos otros hombres que así se lo permiten. (30)

Sin embargo, los hombres pueden, por ejemplo, establecer relaciones diferentes, para ello tienen que darse cuenta que el género se aprende, se vive y verbaliza, y que por tanto se puede desaprender, sentir de manera diferente y verbalizar reconociendo a las mujeres, a las y los menores y a aquellos otros hombres que se asumen diferentes como seres con quienes se puede experimentar la cotidianidad en una convivencia que traspase lo patriarcal y lo matriarcal, que afecta sus relaciones cotidianas transformándolas en vínculos democráticos, hacia una convivencia circular y solidaria. (31)

Estos cambios generan emergencias que minan las relaciones de poder patriarcal, posibilitando el encuentro en que se asume al otra u otro como un(a) verdadera otra u otro. Movilizando así las relaciones sexistas, homo y lesbofóbicas, para convertirlas en relaciones no excluyentes, de acompañamiento y respeto, reconocedoras de la particularidad y la diversidad de todo orden. (32)

El reconocimiento en las relaciones interpersonales de las PVVs y del riesgo en quienes aún no viven con el SIDA, como personas valiosas para la sociedad, productivas, sujetos y objetos de afecto, no generarán automáticamente el cambio social, cultural y político, pero sí posibilitarán un cambio personal y una reflexión sobre la emergencia de nuevas relaciones menos sexistas y más equitativas entre hombres y mujeres y entre los mismos hombres y las mismas mujeres, y una experiencia más enriquecedora de la salud. (33)

El SIDA es una oportunidad para experimentar una vivencia diferente de lo cotidiano, para ser solidario con quienes se asumen o son asumidos como marginales, para establecer vínculos, coaliciones y alianzas grupales y colectivas con hombres y mujeres, que posibiliten tanto el crecimiento particular que nos afecte a nosotros mismos, a las y los demás y al entorno social de tal forma que se coadyuve a promover el diálogo por encima de las diferencias, la creación de alianzas y la política de coalición, como también la retroalimentación y redirección en pos de una convivencia más armónica, solidaria y democrática. (34)

Las mejores expectativas para frenar la epidemia radican en programas integrales de prevención y asistencia que tengan en cuenta una amplia gama de factores sociales, económicos, culturales y políticos. Tales programas deberían caracterizarse por un compromiso político de alto nivel para abordar de diferentes formas la dimensión de género de la epidemia. Estos programas también deberían garantizar la mejora de la información, asistencia y demás servicios de salud, así como su suministro a través de cauces culturalmente apropiados y sensibles a las diferencias de género. Igualmente importante es el desarrollo de una información sobre el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual que sea específica para cada sexo, esté equilibrada en función del género y se dirija a diferentes audiencias en distintos contextos. Se requieren actividades innovadoras enfocadas a las muchachas y los muchachos con el fin de promover actitudes y comportamientos más equitativos y mutuamente respetuosos, especialmente en las relaciones sexuales. (35)

Trabajo con jóvenes

Las presentaciones enfocadas a jóvenes fue un tema ampliamente tratado desde varias aristas, especialmente las que se refieren a las estrategias de educación formal y no formal, preventivas dirigidas a jóvenes en situación de calle, de multiservicios (culturales, artísticas y deportivas), así como la estrategia de pares o iguales, fomentada en forma creciente no sólo en esta población sino también en trabajo sexual comercial, HSH y mujeres, la promoción del condón y de la salud sexual, abarcando también la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y la feminización de la epidemia.

Otra de las estrategias presentadas fue el enfoque basado en la comunidad, con la participación directa de los jóvenes y otros protagonistas cruciales. “Un enfoque preventivo combinado (en las palabras de Peter Piot), se utiliza típicamente en estos programas. Esto incluye estrategias múltiples en un medio ambiente propicio para el cambio. Además, existe evidencia de que los programas diseñados e implementados adecuadamente de educación sexual no llevan a un incremento de la actividad sexual, sino que reducen significativamente los riesgos. Aun en las circunstancias difíciles, las estrategias realizadas para reducir los daños entre la población que utiliza drogas inyectables, son vistas como un componente clave en los esfuerzos por prevenir el SIDA.” (36)

La prevención es la clave para reducir las tasas de infección y, en última instancia, vencer al SIDA. Las estrategias deben responder a las condiciones locales. Y, en particular, deben ajustarse a las diferencias entre muchachas y muchachos, entre jóvenes que viven en zonas urbanas y rurales, entre niños, casados y solteros. Los responsables de formular políticas tienen que reconocer que hay que proteger los derechos de los jóvenes, particularmente de las muchachas. Los esfuerzos de prevención del VIH también deben reconocer las necesidades inmediatas de los jóvenes, como la vivienda y los alimentos, así como su necesidad de obtener ingresos de forma segura y sin explotación. Los gobiernos pueden contener la epidemia a un costo relativamente bajo si invierten en prevención antes de que el VIH/SIDA pase a ser un problema de salud importante, proporcionando a los jóvenes que corren un riesgo particularmente alto de contraer el VIH la información y el apoyo que necesitan para prevenir la infección.

El informe *Los jóvenes y el VIH/SIDA* recomienda una estrategia de diez pasos para prevenir el VIH/SIDA. Esos pasos se refuerzan mutuamente y los países pueden adaptarlos según sus recursos y las fases de sus epidemias. (37)

Poner fin al silencio, el estigma y la vergüenza. El miedo al estigma y la discriminación profundamente arraigada hace que los jóvenes tengan menos posibilidades de adoptar estrategias preventivas, como la utilización de condones, la realización de las pruebas de VIH y de otras ITS, la observancia del tratamiento o la revelación de su estado serológico con respecto al VIH a sus parejas sexuales.

Dar información y conocimientos a los jóvenes. Los jóvenes no pueden protegerse si no conocen los hechos básicos sobre el VIH/SIDA. Los adolescentes deben conocerlos antes de que sean sexualmente activos y la información debe reforzarse y actualizarse con regularidad, tanto dentro como fuera del aula. Es fundamental que se disponga de una educación básica de buena calidad para todos los niños que les proporcione conocimientos adecuados sobre la sexualidad y el VIH.

Preparar a los jóvenes con habilidades para la vida a fin de poner en práctica los conocimientos adquiridos. El comportamiento no se cambia sólo con el conocimiento. Los jóvenes necesitan habilidades para poner en práctica lo que aprenden. Las habilidades para la vida (habilidades para negociar, resolver conflictos, tener opiniones críticas, tomar decisiones y saber comunicarse) son fundamentales para los jóvenes. Pueden ayudar a los muchachos y las muchachas a aprender a relacionarse entre sí como iguales, trabajar en grupo, aumentar la autoestima, solucionar los desacuerdos pacíficamente y resistir tanto la presión de sus pares como la de los adultos para correr riesgos innecesarios. Las habilidades para la vida pueden enseñarse de muchas maneras creativas e innovadoras, tanto dentro como fuera de la escuela.

Facilitar servicios de salud respetuosos con la juventud. Los servicios de salud respetuosos con la juventud pueden ser tanto dispensarios independientes como estar vinculados a centros recreativos o dispensarios existentes. De forma ideal, ofrecen una amplia variedad de servicios e información a los jóvenes, son acogedores, confidenciales, asequibles y están bien ubicados. El personal no es condescendiente con los jóvenes ni los sermonea, y les da el tiempo que necesitan para hablar. Los servicios para ayudar a prevenir el VIH y las ITS inclu-

yen el acceso a los preservativos y el asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias. Los dispensarios dan información y servicios a las jóvenes embarazadas VIH-positivas para impedir que transmitan el VIH a sus hijos.

Promover el asesoramiento y las pruebas voluntarias y confidenciales del VIH. Nueve de cada diez personas que viven con el VIH/SIDA no saben que están infectadas. Sin embargo, los estudios demuestran que los jóvenes tienen gran interés en conocer su estado serológico con respecto al VIH. El asesoramiento y las pruebas del VIH voluntarias y confidenciales (APV) son una herramienta importante para la prevención del VIH. El APV permite a los adolescentes evaluar su comportamiento y las consecuencias del mismo.

Trabajar con los jóvenes y fomentar su participación. Los jóvenes, con su energía, entusiasmo y creatividad, son un recurso enorme en todos los aspectos de la prevención y atención del VIH. Su aporte es incalculable en la elaboración y divulgación de un programa y asegura que los esfuerzos de prevención y atención sean significativos para los jóvenes, que la información se comuniqué a través de canales eficaces y que los mensajes que se transmitan guarden relación con su vida cotidiana. La participación de los jóvenes en los esfuerzos de prevención los educa acerca del VIH y les da una sensación de responsabilidad y orgullo. Pueden ser mensajeros de lo más eficaces si poseen las habilidades adecuadas. Ya tienen los contactos con sus propios compañeros y hablan el mismo “idioma” que la gente a la que tratan de llegar.

Comprometer a los jóvenes que viven con el VIH/SIDA. Un problema grave en la prevención del VIH es convencer a los jóvenes de que el VIH/SIDA puede afectar realmente a cualquier persona. Una de las formas más eficaces de hacerlo es procurando que los jóvenes que viven con el VIH/SIDA compartan sus experiencias. Los jóvenes que viven con el VIH/SIDA están en una posición estratégica para reforzar el mensaje sobre la necesidad de adoptar y mantener comportamientos seguros. Más que cualquier otra persona, son ellos quienes pueden difundir la idea de que hay que esforzarnos al máximo para asegurar que nadie más contraiga el VIH a través de ellos. Pueden reducir el estigma social asociado al VIH demostrando que el virus puede infectar a cualquiera. Pueden ser unos claros ejemplos de conducta de la forma de vivir una vida sana y productiva con el VIH. También pueden hacer aportaciones importantes a la preparación y realización de iniciativas de prevención y atención.

Crear entornos seguros y favorables. Dar información y desarrollar las habilidades de los jóvenes sin asegurar que se sientan seguros y apoyados en el hogar, la escuela y la comunidad limita seriamente su capacidad de protegerse del VIH. Hay que dotar a los padres, las escuelas y las instituciones sociales de los conocimientos y habilidades para crear un entorno en el que las muchachas y los muchachos se sientan libres de peligro, atendidos por igual y tratados con respeto. Es preciso que las escuelas y las comunidades condenen inequívocamente la violencia, el abuso y la explotación sexual, especialmente hacia los niños y adolescentes. Los gobiernos deben condenar enérgicamente la violencia sexual promulgando y haciendo cumplir leyes que protejan a los jóvenes de ambos sexos de toda forma de violencia sexual, dentro y fuera del matrimonio, de imponer sanciones penales contra los abusadores.

Llegar a los jóvenes más expuestos al riesgo. Se trata de un desafío especialmente difícil, pero fundamental, para impedir que las epidemias concentradas se propaguen a la población general. Los jóvenes particularmente expuestos al riesgo de contraer el VIH —los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los niños que viven en la calle, los niños soldados, los jóvenes refugiados, los niños huérfanos por el SIDA, los consumidores de drogas intravenosas, los jóvenes que son víctimas de la explotación sexual— suelen estar en la periferia de la corriente principal de la sociedad y tienen enormes dificultades para obtener ayuda.

Fortalecer a las asociaciones y vigilar los progresos realizados. Proteger a los jóvenes del VIH es un trabajo demasiado grande para un solo sector de la sociedad. Para influir de una manera auténtica y duradera, es preciso movilizar y coordinar el compromiso y los recursos de todos los sectores y encauzarlos hacia las familias y las comunidades. Es fundamental que exista un compromiso para reunir a la gente a cada nivel —comunitario, nacional, regional y mundial— para invertir en los jóvenes. Los asociados deben incluir a las organizaciones no gubernamentales y las de la sociedad civil, sin olvidar a las organizaciones religiosas y el sector privado; los gobiernos; los jóvenes; las instituciones académicas y de investigación; las fundaciones privadas; los organismos donantes bilaterales; las Naciones Unidas y otros organismos multilaterales. Para vencer al VIH/SIDA también será preciso hacer un seguimiento de los cambios

tanto en las tasas de infección como en los conocimientos, la sensibilización y los comportamientos de los jóvenes. La recopilación de información sobre sus conocimientos y comportamientos no sólo nos ayudará a avanzar hacia las metas fijadas en junio de 2001 en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, sino también a identificar qué programas tienen éxito y por qué.

Estrategias de prevención en VIH: estableciendo prioridades para la asignación de recursos

En América Latina y el Caribe como en la mayoría de países en desarrollo, la distribución desigual de ingresos, una desordenada urbanización, la migración de trabajadores y la modernización cultural, son factores que aumentan la vulnerabilidad de la población para contraer el VIH/SIDA. En un contexto de recursos limitados en general para el tema de VIH/SIDA y en particular para las acciones de prevención, se vuelve necesario proponer las acciones de prevención que tengan el mayor impacto sobre la epidemia, es decir, las que eviten el mayor número de nuevas infecciones.

Es por ello urgente, como una estrategia regional, fortalecer las acciones de prevención destinadas a reducir los riesgos especialmente en aquellas poblaciones que por sus prácticas y/o contextos de mayor vulnerabilidad están más expuestas a contraer y a transmitir el virus.

Hasta hoy, estas poblaciones no están siendo alcanzadas en gran escala y de manera efectiva por los esfuerzos de prevención. Los recursos para la prevención se han asignado en función de las posibilidades de los Programas Nacionales de VIH/SIDA sin tomar como base a la población en donde se están generando las nuevas infecciones por VIH.

Por esta razón es necesario mejorar el monitoreo de la epidemia, modificar la distribución de los recursos de prevención y la manera en que las actividades son conducidas y priorizadas. Asimismo, con la finalidad de facilitar el acceso a estas poblaciones, es preciso alentar la interacción entre los sectores público y las organizaciones de la sociedad civil en la promoción de nuevas herramientas y modelos de prevención.

Existen estrategias que han demostrado ser las de menor costo y mayor efectividad. En este sentido, se presenta el siguiente paquete de estrategias para países en desarrollo propuesto por ONUSIDA (38) para el establecimiento de prioridades de las acciones de prevención.

Es importante diferenciar las acciones de atención y apoyo a las cuales se requiere seguir destinando recursos suficientes para asegurar la atención integral y de calidad para las personas con VIH/SIDA, lo cual sin lugar a dudas tendrá impacto en la mortalidad por SIDA en la población de 25 a 44 años de edad. Sin embargo, ninguna de estas acciones dará como resultado la prevención de nuevas infecciones, objetivo de las estrategias preventivas.

Asimismo, es necesario trabajar no sólo con modelos de enfoque de riesgo, sino también utilizar aquellos modelos que toman en cuenta la vulnerabilidad y los contextos.

El trabajo bajo el esquema de coordinación multisectorial y multidisciplinaria implica la participación de todos los organismos de los gobiernos involucrados y de la sociedad para encaminar las acciones preventivas hacia las poblaciones más vulnerables.

Acciones de prevención (39)

1. Educación sobre SIDA en las escuelas y de pares para jóvenes fuera de las escuelas.
2. Programas para Trabajadoras del Sexo Comercial (TSC) y sus clientes.
3. Promoción y distribución de condones por el sector público.
4. Mercadeo social de condones.
5. Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
6. Consejería y detección voluntaria.
7. Programas preventivos en el lugar de trabajo.
8. Prevención de la transmisión madre-hijo.
9. Campañas en medios masivos.
10. Programas de reducción de daños para UDI.

11. Programas comunitarios para hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
12. Control de sangre segura.

Acciones de atención y apoyo

1. Atención paliativa.
2. Tratamiento de infecciones oportunistas.
3. Diagnóstico de VIH.
4. Profilaxis de infecciones oportunistas.
5. Tratamiento anti-retroviral altamente activo.
6. Pruebas para vigilar el tratamiento ARV.
7. Atención a huérfanos.
8. Apoyo comunitario para los huérfanos.
9. Apoyo escolar gratuito para huérfanos.

En la Declaración de Compromiso de la Sesión Especial sobre VIH/SIDA (UNGASS) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, firmada por los países de la región, se proponen estas mismas acciones específicas de prevención.

La priorización de las acciones, debe basarse en la situación de la epidemia en cada país, focalizando en localidades y poblaciones más afectadas y considerando el monto de los recursos disponibles; tomando en cuenta que en lugares de baja prevalencia y/o aquellos en donde no se han iniciado las acciones preventivas no se requiere una cobertura del 100% de la población objetivo.

El Banco Mundial ha establecido también como estrategias claves: promover las medidas de prevención entre las personas que están más expuestas a contraer y transmitir inadvertidamente el virus, incrementar el uso del condón, impulsar programas de mitigación del daño por uso de drogas inyectables, interrumpir la transmisión vertical y aumentar el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de las ITS. (40)

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que “tanto el VIH como el SIDA siempre han sido temas delicados desde el punto de vista político. El VIH se transmite por comportamientos que, en un principio, se veían relacionados con

grupos marginados de la sociedad. Aun cuando ya se vio claramente que la infección se transmitía predominantemente por contacto heterosexual en la mayoría de los países más afectados por el VIH, los políticos todavía dudaron en tomar medidas. A pesar de que las relaciones sexuales con parejas que no ejercen la monogamia es un hecho común, públicamente se les desaprueba. Muchos gobiernos, ante el temor de perder el apoyo de los sectores religiosos o conservadores, no querían reconocer francamente los problemas del VIH ni comprometer recursos para responder a ellos.

“Sin embargo, la experiencia acumulada por décadas en relación con otros temas muy politizados, como planificación familiar, ha demostrado que el apoyo político decidido es indispensable para el éxito de este tipo de programa.

“En muchos países no es necesario convencer al personal del programa de SIDA e incluso del ministerios de salud de la importancia de llevar a cabo acciones para prevenir el VIH y dar atención tanto a las personas infectadas como las afectadas. No obstante, ese compromiso a menudo no se extiende a otros sectores gubernamentales, por lo cual los gerentes de los programas de SIDA frecuentemente se dedican a generar tal compromiso.

“Una de las metas de las instituciones externas y los gerentes de programa es convencer a las personas en los cargos de decisión más altos, de la necesidad de reconocer y entender la naturaleza y magnitud del problema y, cuando se justifique, de incluir con firmeza el tema en la agenda política nacional. Para ello se deben comprometer los recursos financieros y de otro tipo para responder a la epidemia y pasar de la retórica a la práctica en relación con el trabajo multisectorial. También habrá que romper el silencio en torno a la epidemia y estimular la atención de la ciudadanía para que contribuya en su medida al control de la epidemia y su impacto.

“El aumento del apoyo político para lidiar con el VIH definitivamente genera una respuesta nacional más fuerte y recursos para hacer frente de diversas maneras a la epidemia y su atención. A su vez, esta respuesta nacional fortalecida tendrá más actividades que habrá que monitorear y evaluar. El registro de los cambios en el compromiso político puede servir para verificar otras actividades de monitoreo y evaluación, que si tal compromiso es leve y no tiene miras de mejorar, es ser demasiado optimista el esperar un impacto masivo del resto de la respuesta nacional a la epidemia.” (41)

La OMS ha estimado que las acciones de respuestas expandidas en prevención (sin dejar de lado el énfasis en la provisión de recursos y trabajo con poblaciones en situación de vulnerabilidad en países con epidemias concentradas en estas poblaciones) alcanzan cierto porcentaje de cobertura para el 2005, como se muestra en el siguiente cuadro, se verá claramente reflejado en el número de nuevas infecciones evitadas. (42)

Cuadro 1

Actividad	Cobertura 2005
Capacitación a maestros y educación entre pares.	10 a 33% maestros de primaria; 2 a 12% maestros de secundaria; 10 a 50% jóvenes no escolarizados.
Condomes femeninos y masculinos en trabajo sexual (TSC)	60% de TSC; 60 a 80% uso de condón en la población alcanzada; incluir 5% de condón femenino
Promoción del condón	20 a 60% de sexo casual
Mercadeo social del condón	10 a 20% de los condones distribuidos, deben ser a través del mercadeo social; 10% condones femeninos.
Tratamiento de ITS	60 a 100% de los casos sintomáticos, con acceso a atención en salud.
Consejería y detección voluntaria	El doble del número de VIH+, con acceso a servicios de salud.
Lugar de trabajo: promoción del condón y tratamiento de ITS	3 a 50% por consejería de pares; tratamiento del 70% de ITS sintomáticas.
Tamizaje de sangre.	Análisis del 100% de las unidades.

continúa

Actividad	Cobertura 2005
Prevención de la transmisión perinatal.	Detección de VIH en 10 a 50% de las mujeres que acuden a control prenatal; Tx del 90% de las mujeres VIH y 50% con reemplazo de lactancia.
Campañas en medios de comunicación	2 a 6 campañas por año.
Programas de reducción del daño	25 a 75% de UDI's.
Consejería entre pares	60% por HSH alcanzado por consejería; 60 a 80% uso de condón en esta población.

La categoría de transmisión predominante (heterosexual, homosexual o por uso de drogas intravenosas) y la prevalencia (muy baja, baja, media o alta) determinan la cobertura mínima indispensable de las estrategias preventivas a implementar, como se aprecia en el Cuadro 2.

Es necesario tener en cuenta que existen acciones preventivas, que al desarrollarse de manera aislada y fuera de contexto resultan poco efectivas, por lo tanto, su uso de esta manera no se recomienda. Aun cuando se reporten y se destinen recursos para su realización, no podrán ser tomadas en cuenta como acciones de prevención.

Dentro de estas acciones poco efectivas se encuentran:

- Pláticas y capacitaciones aisladas.
- Distribución de condones sin información.
- Pruebas de detección de VIH como requisito prematrimonial, laboral y de ingreso escolar.
- Pruebas de detección de VIH obligatorias y periódicas a trabajadoras del sexo comercial (TSC).
- Cierre de lugares de encuentro (cantinas, bares, prostíbulos, cuartos oscuros, etcétera).

Cuadro 2
**Metas de cobertura factibles y necesarias en los servicios de prevención
para el 2005 de acuerdo con la prevalencia del VIH (43)**

Estrategias	Nivel de la prevalencia en adultos			
	Muy baja Menor al 0.5%	Baja Entre 0.5 y el 1%	Media Del 1 al 5%	Alta Mayor al 5%
Estrategias con jóvenes				
Porcentaje de estudiantes de secundaria	16	32	64	100
Porcentaje de jóvenes fuera de escuelas alcanzado	10	20	30	50
Estrategias focalizadas en TSC y sus clientes				
Porcentaje de TS alcanzados por estrategia por año	60	60	60	60
Promedio en la consistencia del uso del condón	70	70	80	80
Incremento en la provisión de condones por parte del sector público				
Porcentaje de actos sexuales casuales protegidos	20	40	60	60
Proveer tratamiento a ITS				
Porcentaje de hombres sintomáticos a ITS tratados en clínicas	75	75	75	75
Porcentaje de mujeres sintomáticas a ITS tratadas en clínicas	75	75	75	75

continúa

	Nivel de la prevalencia en adultos			
	Muy baja Menor al 0.5%	Baja Entre 0.5 y el 1%	Media Del 1 al 5%	Alta Mayor al 5%
Estrategias				
Consejería y prueba voluntaria				
Porcentaje de población adulta con acceso a los servicios de consejería y prueba por año	0.1	0.3	1	4
Estrategias en los lugares de trabajo				
Porcentaje de las y los trabajadores del sector formal con acceso a los servicios de prevención en los lugares de trabajo	3	3	25	50
Unidades de sangre segura				
Porcentaje de unidades transfusionales tamizadas	100	100	100	100
Prevención de la transmisión perinatal				
Porcentaje de embarazadas que reciben tratamiento profiláctico	10	50	50	50
Medios masivos				
Número de campañas por año	2	4	5	6
Estrategias de prevención en usuarios de drogas inyectables				
Proporción de usuarios/as de drogas inyectables alcanzados por las estrategias	25	25	50	75
Estrategias para hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)				
Porcentaje de HSH alcanzados por estrategia educativa por año	60	60	60	60

- Despido de personas infectadas por el VIH.
- Aislamiento de personas infectadas por el VIH.
- Rechazo de escuelas a niñas y niños infectados o hijas e hijos de madres y padres VIH+.

En lugares de baja prevalencia, la prevención presenta problemas únicos y difíciles, pero al mismo tiempo existe la enorme oportunidad de contener la epidemia. Las pruebas demuestran que es posible prevenir el VIH, si se seleccionan las estrategias correctas con base en la prevalencia y/o la incidencia del VIH, y los comportamientos de quienes presentan mayor riesgo. Las experiencias en el mundo confirman que la forma más económica y costo-efectiva de mantener la prevalencia del VIH baja consiste en desarrollar estrategias de prevención dirigidas a la población con prácticas de riesgo en una etapa temprana de la epidemia.

Es necesario hablar y educar sobre sexualidad, promoviendo todas las alternativas de prevención existentes, incluyendo el uso del condón, y combinar estrategias que permitan reducir la vulnerabilidad de las personas, tomando en cuenta los factores sociales y económicos que dificultan el acceso a la información o servicios, para disminuir el estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos de los grupos vulnerables y de las personas que viven con VIH/SIDA.

Simultáneamente, es necesario mantener el llamado a generar suficiente apoyo político y público para obtener el máximo impacto posible de estas estrategias.

Conclusiones

El cambio de comportamiento como resultado de las acciones de prevención constituye la única forma eficaz de contener la propagación del VIH en mayor escala. No obstante, no todos los cambios de comportamiento tienen la misma eficacia, especialmente cuando la prevalencia es baja.

Si bien prácticamente todos los grupos de población de una sociedad tienen algún grado de riesgo, algunos grupos vulnerables pueden contraer la in-

fección por VIH tempranamente debido a que tienen más comportamientos de riesgo, mayor exposición al virus y poca capacidad de tomar decisiones que afecten la adopción de comportamientos que los protejan de la infección. Tales grupos incluyen a los trabajadores sexuales y sus clientes, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con otros hombres.

A menudo se señala que cuando la prevalencia es baja se cuenta con la oportunidad de realizar programas de comunicación eficaces, con estrategias adecuadamente realizadas, que promuevan el cambio de comportamiento y se dirijan a grupos de población con riesgo más alto. Así se puede disminuir la propagación del VIH a un grupo de población más grande. Este tipo de estrategias dirigidas a grupos de población específicos son una necesidad clara en los lugares donde la prevalencia del VIH es baja, y a menudo constituyen los primeros pasos de un programa de VIH y SIDA. Estas campañas dirigidas deben utilizar tecnología de punta, comenzando con un análisis de la audiencia que permita obtener una adecuada comprensión del riesgo, las barreras que interfieren con el comportamiento seguro y protegido y la motivación con potencial de generar cambios.

En los lugares donde la prevalencia es baja y todavía la población en general no tiene riesgo de infectarse con el VIH, las estrategias dirigidas a grupos específicos de la población deben crearse y ponerse en práctica con la colaboración de las comunidades afectadas. Las estrategias de comunicación deben tener como pilar la investigación participativa. Asimismo, habrá que realizar encuestas antes de aplicarlas e involucrar a comunicadores que cuenten con la garantía de seguridad necesaria y apoyo oficial.

La prevención real es compleja y toma tiempo. Desarrollar la capacidad necesaria toma tiempo, al igual que realizar las pruebas piloto de los programas para adecuarlos a las necesidades locales. Extender estos programas y producir cambios de comportamiento en gran escala también toma mucho tiempo. Muchos programas de VIH/SIDA han estado trabajando con la mentalidad de urgencia o crisis por varios años, pero en los países de baja prevalencia es mejor ver las cosas a largo plazo.

Referencias

- 1) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. ONUSIDA/02.46 S (versión española). Ginebra, Suiza 2002. 6: 21-23.
- 2) *Idem.*
- 3) *Idem.*
- 4) *Idem.*
- 5) Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, D.C. 2003; 16-18.
- 6) *Idem.*
- 7) *Idem.*
- 8) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. ONUSIDA/02.46 S /versión española). Ginebra, Suiza 2002. 6: 21-23.
- 9) www.foro2003.sld.cu. Presentaciones Centrales. Conferencias Especiales. La Habana, Cuba; abril 2003.
- 10) www.unaids.org. Hoja Informativa para los Medios de Comunicación. Conferencia capital sobre el VIH/SIDA. La Habana, Cuba; abril 7, 2003.
- 11) Redes Comunitarias Regionales, PVVs, ONGs y las OBCs. Declaración de La Habana 2003. La Habana, Cuba; abril 2003.
- 12) Castro, A. Determinantes socio-políticas de la infección por VIH: Violencia estructural y culpabilización de la víctima. Universidad de Harvard. La Habana, Cuba; abril 2003.
- 13) Cuchi, P. Situación de la epidemia en América Latina y el Caribe. La Habana, Cuba; abril 2003.
- 14) Uribe, P. ¿Dónde estamos en América Latina y el Caribe en VIH/SIDA e ITS?, La Habana, Cuba; abril 2003.
- 15) Bronfman, M. Enfrentando las raíces de la epidemia en grupos específicos: El caso de las poblaciones móviles. La Habana, Cuba; abril 2003.

- 16) Palma, I. VIH/SIDA, prevención y sexualidad. Universidad de Chile. La Habana, Cuba; abril 2003.
- 17) Fitzpatrick, R y colb. Heterosexual sexual behaviour in a sample of homosexually active men. *Genitourinary Medicine*. 1989. 65:259-262.
- 18) Bartholow, Brad y colb. Contrasting HIV risk behaviour, attitudes and beliefs among exclusively homosexual and behaviorally bisexual men. VII Conferencia Internacional sobre SIDA. Florencia 1991. Resumen No. M.D. 4014.
- 19) Jaffe, Leslie R y colb. Anal intercourse and knowledge of AIDS among minority-group female adolescents. *Journal of Pediatrics*. 1988. 112(6):1005-7.
- 20) Cruz, A., Aida, I. La violencia contra la mujer y el SIDA. Casa Pensamiento de Mujer del Centro. Puerto Rico. 1991.
- 21) Uribe, P. La comercialización del erotismo: La prostitución en Antología de la Sexualidad Humana. Consejo Nacional de Población. México 1994.
- 22) ONUSIDA. Trabajo sexual y VIH/SIDA. Ginebra, Suiza; marzo 2003.
- 23) *Idem*.
- 24) ONUSIDA. Sexual behaviour change for HIV: Where have theories taken us?. Ginebra, Suiza; 1999.
- 25) ONUSIDA. Trabajo sexual y VIH/SIDA. Ginebra, Suiza; marzo 2003.
- 26) Lamas, M. La antropología feminista y la categoría de género. *Nueva Antropología*. México 1986:173-194.
- 27) Liguori, A.L. Relaciones de género y apoderamiento femenino. Enfoques de investigación sobre VIH/SIDA en Salud Reproductiva. *Perspectivas en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 1995.
- 28) ONUSIDA. Género y VIH/SIDA. Nota Informativa. Ginebra, Suiza. 2003.
- 29) Velandia Mora, M.A. Género, masculinidad y salud: Una visión desde los sistemas, las emociones y el lenguaje. Fundación Apoyémonos. La Habana, Cuba 2003.
- 30) *Idem*.
- 31) *Idem*.
- 32) *Idem*.
- 33) *Idem*.
- 34) *Idem*.
- 35) ONUSIDA. Género y VIH/SIDA. Nota Informativa. Ginebra, Suiza. 2003.

- 36) Liguori, A.L. Ciencias Sociales y del Comportamiento. Salud Pública de México. Vol. 41, no. 3, mayo-junio 1999.
- 37) ONUSIDA. Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial. Ginebra, Suiza. 2002.
- 38) World Health Organization. Coverage of selected health services for HIV/AIDS prevention and care in less developed countries in 2001. November, 2002.
- 39) John Stover, et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?, The Lancet. Vol. 360, July 2002. www.thelancet.com.
- 40) Secretaría de Salud. Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). México 2002, 10.
- 41) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Programas Nacionales de SIDA: Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra, Suiza. 2000, 29.
- 42) John Stover, et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?, The Lancet. Vol. 360, July 2002. www.thelancet.com.
- 43) Schwärtlander B et al. (Adaptación de Resources needs for HIV/AIDS). Science, 2001, 292:2434-2436. Publicado en "Coverage of selected health services for HIV/AIDS prevention and care in less developed countries in 2001" Organización Mundial de la Salud, noviembre-2002.

EL ABORDAJE DE OTRAS DIMENSIONES DE EXCLUSIÓN Y VULNERABILIDAD: USO DE DROGAS, POBREZA, CONDICIÓN DE MINORÍA ÉTNICA, MIGRANTES Y PRIVADOS DE LIBERTAD

Mirtha Sendic Sudbrack

Introducción

La epidemia de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe inicia su tercera década y una simple mirada a la información epidemiológica revela una realidad que nos dice que la epidemia sigue avanzando y que las respuestas a ella deben ser cada vez mas fuertes e integradas.

Mas de un millón ochocientos mil adultos y niños de América Latina y el Caribe se encuentran hoy viviendo con VIH. En la región, como se sabe, se registran importantes diferencias en cuanto a los niveles de la epidemia y a las tendencias de transmisión del virus, tanto entre los distintos países como al interior de los mismos.

En 2002, 42 millones de personas (40 millones en 2001), de los cuales 38.6 millones de adultos (19.2 millones de mujeres) y 3.2 millones de niños con menos de 15 años en todo el mundo tenían SIDA. En ese mismo año 5 millones de personas fueron infectadas por el virus, siendo 4.2 millones de adultos (2 millones de mujeres) y 800 mil niños con menos de 15 años. Es de conocimiento general que, actualmente más del 90% de la pandemia está concentrada en los países en vías de desarrollo, mientras que la gran mayoría de los recursos destinados a enfrentar la epidemia se concentran en los países desarrollados.

La pandemia es responsable del mayor número de muertes de personas adultas por enfermedades infecciosas en el mundo. Causó casi 3 millones de

mueritos en 2001 (ONUSIDA 2002a). También se sabe que más del 90% de las defunciones y de las infecciones nuevas ocurren en los países pobres, donde menos del 5% de las personas que necesitan tratamiento anti-retroviral pueden tener acceso a esta terapia, la mitad de los cuales están en Brasil (OMS 2002:8). Esta cifra sería en realidad menor al 1% en África subsahariana, el continente más afectado (ONUSIDA 2002b).

El Caribe, con una prevalencia de VIH en la población adulta del 2.2% tiene la segunda tasa más alta de infección de VIH en el mundo, situándose sólo después de África subsahariana. Haití tiene la prevalencia mayor con más del 6%, mientras que Cuba contiene la epidemia con una tasa de prevalencia adulta de 0.03% (ONUSIDA 2002a).

Recordemos también que el 75% de la población mundial que gana menos de US\$1 por día, vive en el campo. La Relatoría de la ONU divulgada el 30 de junio del este año, considera como necesidad urgente que los gobiernos adopten políticas serias para los trabajadores rurales pues, de lo contrario, no llegarán nunca a superar las secuelas profundas que está dejando la pobreza. La precariedad de aquellos que viven en el campo es terrible, principalmente en las cuestiones relacionadas con la salud y educación. El SIDA, por ejemplo, ya mató a cerca de 7 millones de trabajadores rurales en 25 países africanos. Hasta 2020 la previsión es que otros 16 millones de personas que viven en el medio rural africano no sobrevivirán al SIDA.

Dicho esto, recordemos también que la infección por el VIH/SIDA ha producido un impacto en todos los aspectos de la vida humana. Irrumpió en la década de los ochenta y trajo consigo no sólo un problema de salud pública, sino también un complejo problema social que se instaló en el mundo sin reconocer fronteras geográficas, políticas, culturales o étnicas. Y como en otros tiempos, como ocurrió con otras epidemias a lo largo de la historia de la humanidad, el poder dominante satanizó el VIH/SIDA, también como una forma más de dominación y control social, respaldando, de esta forma, el surgimiento de la discriminación e intolerancia hacia las personas afectadas por la epidemia.

Sin embargo, muchos no se sometieron al yugo de esa estigmatización, principalmente aquellos que han sido directamente afectados por la epidemia.

Haciendo un diagnóstico retrospectivo, observamos una larga lucha por parte de las personas afectadas, así como de su entorno social. Buscando resguardar

su protagonismo como actores sociales, alcanzaron significativas conquistas en el área de los derechos humanos y ciudadanos. Organizándose en importantes movimientos desde los diversos sectores de la sociedad civil, también consiguieron que los gobiernos (en sus diferentes instancias) se movilizaran y se comprometieran implantando medidas individuales y colectivas de reducción de daños a la salud de los portadores y enfermos y ejecutando programas de prevención.

En definitiva, la lucha se centró en integrar a las personas afectadas con toda su capacidad, ejerciendo sus plenos derechos ciudadanos al trabajo, asistencia a la salud, vivienda, educación, etcétera.

Sin embargo, transcurridos ya más de 20 años de la aparición de los primeros casos de SIDA, la intolerancia social, la discriminación y la estigmatización de las personas afectadas por la epidemia están presentes cotidianamente en gran número de comunidades de América Latina y el Caribe, como del resto del mundo. Parafraseando a Richard Parker y Peter Aggleton (2001), mientras el mundo lucha por dar respuestas a la epidemia del VIH/SIDA, el estigma, la discriminación y la negación colectiva de la epidemia son algunos de los dilemas más mal entendidos y más persistentes que precisan ser enfrentados, con mucha entereza, por los programas de salud y educación públicos.

Sin lugar a dudas, el SIDA ha sido y es mucho más que una enfermedad infecciosa. Trajo consigo la posibilidad de retroalimentar las ideologías clasistas y clasificadoras de las sociedades capitalistas y neoliberales, donde lo normal y lo patológico, el bien y el mal, fundamentan la separación entre los hombres, para que unos pocos puedan mantener sus privilegios justificando la violencia y la dominación ejercida sobre muchos. Análisis sociológicos recientes sobre discriminación (Parker & Aggleton, 2001, p. 10) afirman que ésta se concentra en patrones de dominación y opresión y es expresión de búsqueda de poder y privilegio.

Para la autora Arachu Castro (2003) el estigma del SIDA tuvo, desde el principio, una connotación culpabilizante. Una de las características de la discriminación asociada con el SIDA es que desde el inicio de la epidemia se vinculó al VIH/SIDA con modos de vida que la sociedad atribuye, con poca evidencia, a “actos voluntarios”.

En América y Europa, donde en los años ochenta la epidemia arraigó en grupos de homosexuales y heroinómanos, hubo muy poca solidaridad hacia las personas infectadas porque se culpabilizaba a éstas mismas de haber optado por prácticas sexuales o de drogadicción cuestionadas por la sociedad y consideradas inmorales. Por extensión, el estigma que ya existía hacia estos grupos de personas se amplió (Altman 1986) y se fue transfiriendo a otros grupos de personas vulnerables, como las mujeres pobres, por ejemplo.

La violencia estructural de la sociedad capitalista no reconoce las diferencias que animan a grupos e individuos. Impone a todos la misma normatividad, sin aceptar la existencia de casos singulares que obligan a reconocer modos de vida y convivencia distintos. La arrogancia homogeneizadora de las clases dominantes, desconoce, como bien nos lo recuerda Luis Carlos Restrepo (1994) el mayor patrimonio con que cuenta la vida y la cultura que es, precisamente, su impresionante y nutrido abanico de diferencias.

Este capítulo hace referencia a grupos sociales de América Latina y el Caribe que carecen aún de elementos que les permitan abordar los riesgos de su salud, ya sea por falta de información, habilidades, destrezas, ya sea por cuestiones relacionadas con la propia vulnerabilidad social y cultural que padecen, ya sea por el fuerte estigma que históricamente los acompaña.

Estos ciudadanos permanecen excluidos de las políticas de salud pública y más específicamente de los programas de asistencia y prevención del VIH/SIDA, por pertenecer a grupos desposeídos y marginados socialmente, ya sea por su situación de privación de libertad, o por sus condiciones de minoría étnica, por ser migrantes, por estar expuestos a situaciones de extrema pobreza o por estar completamente desafiados socialmente debido al uso/abuso legal o ilegal de sustancias psicoactivas.

Evidentemente, no es nuestra intención agotar aquí la temática, considerando que esta población puede ser examinada a través de múltiples perspectivas, sobre todo teniendo presente que en América Latina y el Caribe la investigación sobre VIH/SIDA todavía no ha cubierto suficientemente algunos temas de relevancia como éstos y que, particularmente, los estudios socioculturales han tenido una posición periférica para responder científicamente sobre la epidemia del SIDA.

Por lo tanto, este capítulo pretende sintetizar en un solo texto los puntos más importantes presentados en el Foro 2003, celebrado en la ciudad de La Habana, Cuba, entre el 7 y el 12 de abril de 2003, hacer una revisión del estado actual del conocimiento sobre el tema y las lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe, sin dejar de abordar aquéllas aprendidas en otras regiones geográficas.

Dejemos claro que hablar sobre “otras dimensiones de exclusión y vulnerabilidad” significa abordar la epidemia desde el lugar de poblaciones que se tornan cada vez más frágiles frente a la epidemia del VIH/SIDA debido a políticas prohibicionistas, discriminatorias y al impacto de los complejos procesos de globalización y reestructuración económica del mundo, como es el caso de las poblaciones aquí abordadas.

Los capítulos anteriores han hecho referencia a otras poblaciones específicas, que también merecen toda la atención de la sociedad civil organizada y de los gobiernos locales, nacionales y organismos internacionales, dentro del marco de la responsabilidad en el control de la epidemia del SIDA.

Esperamos que el presente capítulo pueda aportar reflexiones importantes para contribuir a profundizar cada vez más en este tema.

Algunas premisas como punto de partida

Las ideas presentes en este capítulo parten de algunas premisas que se exponen a continuación:

- La epidemia del VIH/SIDA continúa avanzando.
- Prospera en una dimensión plural de “epidemias”, ya que las situaciones y contextos que afectan a los diferentes pueblos y comunidades se entrelazan singularmente para moldear la infección del VIH/SIDA de forma específica, de acuerdo con el contexto y la sociedad o nación que la abriga.
- La epidemia está viva, pero mudó su espacio social, afectando hoy de forma mucho más intensa a los sectores marginados de la sociedad en situaciones caracterizadas por las diversas maneras de violencia estructural debido a la pobreza, al racismo, a las desigualdades de género, a la opresión sexual y a la exclusión social.

Citando a Richard Parker (2000, p. 101), “La epidemia del VIH/SIDA se instala cada vez más en la polarización creciente entre los ricos y los que viven en situaciones de extrema pobreza, en la exclusión de sectores enteros de la sociedad y en la integración perversa de otros en economías criminales como lo son el tráfico internacional de drogas, de armas, de órganos, etcétera [...] Es en este contexto que la epidemia del VIH/SIDA hoy prospera y crece, en gran medida desapercibida, no porque sea imposible verla sino porque nuestras sociedades dejan de mirarla”.

Atención a las raíces del problema

La vulnerabilidad de la pobreza, de la marginación, de la inequidad y de la exclusión social

El ser relegado a los márgenes sociales genera vulnerabilidad. La exclusión y marginación en que la sociedad coloca a los hombres que tienen sexo con hombres, a los usuarios de drogas, a las mujeres, a los jóvenes, a los trabajadores sexuales, a los migrantes, a las minorías étnicas, a las personas privadas de libertad, etcétera, marcan el camino hacia la enfermedad y la carencia. Parafraseando a José Toro-Alfonso (In: Cáceres, C.F. *et al.*, 2002, p. 91) las investigaciones recientes han demostrado que, más allá de la fragilidad individual, son la percepción de aislamiento social, la ausencia de apoyo social, y la fragilidad o inexistencia de organización política y empoderamiento social, lo que genera la vulnerabilidad. “Si no hay espacio público, lo privado se devalúa.” (Corporación Chilena de Prevención del SIDA, 1997, p. 42).

El concepto de vulnerabilidad es oriundo del área de los derechos humanos, designando originariamente a grupos o individuos fragilizados, jurídica o políticamente, en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía.

Desde que existe la epidemia del SIDA, diversas fueron las construcciones explicativas elaboradas por la sociedad y la ciencia en su intento de comprenderla, y el concepto de “vulnerabilidad social” es una de las construcciones más recientes. Según Mann J. y Tarántola D.J.M. (1996) son tres, básicamente, los modelos explicativos hasta ahora construidos: la idea de “grupos de riesgo”

(entre 1981 y 1984); la idea de “comportamientos de riesgo” (entre 1985 y 1988) y la noción de “vulnerabilidad” (desde 1989 hasta hoy).

La idea de “grupos de riesgo” parte de un concepto epidemiológico que percibe la enfermedad como restringida a grupos que normalmente presentan atributos visibles de identificación, como por ejemplo, características corporales o de comportamiento. Los primeros grupos identificados en la epidemia de SIDA como “grupos de riesgo” fueron los llamados “de las cuatro H (haches)”: homosexuales, hemofílicos, haitianos y heroinómanos.

Esta forma de identificar a los “responsables” de la epidemia trajo graves consecuencias para el estímulo de la estigmatización, además de ser una categoría totalmente insuficiente para el análisis de la epidemia. Por otro lado, la idea de “comportamiento de riesgo” surge cuando las estadísticas del SIDA comienzan a mostrar que la infección también afecta a individuos “fuera” de los grupos de riesgo tradicionales, lo que hizo pensar que el SIDA era de “todos nosotros” y por lo tanto una enfermedad “democrática” que alcanzaba a todos aquellos que adoptaban comportamientos de riesgo. Considerando la forma anterior de interpretar la epidemia, ésta que hace referencia al comportamiento de riesgo trae consigo algunos avances. Sin embargo, también tiene sus limitaciones, al tener una óptica individualista y culpabilizante (la “culpa” es de aquella persona que tuvo un “comportamiento de riesgo”) y al no considerar que algunos sujetos podrán ser más vulnerables que otros si se tienen en cuenta los diferentes contextos en que están insertos. El SIDA no es una enfermedad de “todos nosotros” ya que no todos estamos en la misma posición social frente a ella.

De cualquier forma, como expresa Parker (2002, p. 102), decir que la epidemia es de todos, que todos estamos igualmente expuestos a la infección, es una “ficción necesaria”. “Necesaria” porque era indispensable romper, de una vez por todas, con la complacencia generalizada de los que se consideraban a salvo del riesgo. Al mismo tiempo, una “ficción” en la medida en que dejaba de explicitar adecuadamente las verdaderas circunstancias socioculturales y político-económicas que estructuran los contornos de la epidemia en sus más diversos escenarios.

De esta forma y tratando de romper con esa noción de la epidemia enraizada en comportamientos individuales como es la concepción de “grupos y com-

portamientos de riesgo”, se pasa a un análisis de la epidemia dentro de una configuración social y más colectiva haciendo uso del concepto de “vulnerabilidad”. Sin negar que todo ser humano pueda ser biológicamente susceptible a la infección por el VIH o que la transmisión ocurra mediante comportamientos de individuos específicos, el concepto de vulnerabilidad trae consigo un nuevo paradigma que deja de individualizar el origen de la epidemia y la coloca en un escenario concreto, definido por los diferentes factores sociales que hacen que algunos individuos y grupos caigan en situación de mayor fragilidad. Se comienza a analizar el avance de la epidemia a partir de coordenadas histórico-sociales concretas como la desigualdad e injusticia, los prejuicios y la discriminación, la opresión, la explotación y la violencia.

El concepto de vulnerabilidad, ofrece, por lo tanto, la posibilidad de redireccionar nuestras formas de analizar la epidemia. Auxiliándonos a percibir la actuación de las fuerzas históricas y estructurales junto a los aspectos subjetivos e individuales, nos alerta para la co-responsabilidad de todos éstos en el momento de determinar el grado de vulnerabilidad al VIH/SIDA de los diferentes individuos y comunidades. El concepto de vulnerabilidad representa una tentativa de analizar la epidemia integrando factores de orden individual —relacionados con la subjetividad y autoestima de cada uno—, social —ligados a las raíces socioculturales y político-económicas—, y programático —relacionado con la infraestructura de salud pública que contemple la promoción, la prevención, la protección y la asistencia a la salud en cada situación. Comprender la vulnerabilidad de un individuo o grupo social es fruto de la articulación de esos tres grupos de factores en un modelo tridimensional, donde a cada momento algún grupo puede pesar más que los otros.

Bastos & Szwarcwald (2001) utilizan los conceptos de Pierre Bourdieu (1982) “bienes materiales” y “simbólicos” para explicar la vulnerabilidad a la infección por el VIH. O sea, toda situación de salud que se caracterice por desigualdades colectivas y que puedan resultar en posibilidades diferenciadas en cuanto al usufructo de bienes y servicios, tanto materiales (alimentación, habitación, tratamiento médico, etcétera), como simbólicos (información y poder de autodeterminación) generan situaciones de fuerte vulnerabilidad. O sea, la vulnerabilidad se refiere a los diferentes grados de fragilidad de individuos y

colectividades frente a la infección del VIH/SIDA, según la particularidad de la situación vivida y de acuerdo al conjunto integrado de aspectos sociales, programáticos e individuales que los coloca en menor o mayor riesgo frente al problema.

La epidemia de VIH/SIDA exige, de forma urgente, que se recupere de los márgenes sociales a las poblaciones más vulnerables para que ellas mismas puedan hacerse cargo de su salud y de sus vidas. Las bases de la vulnerabilidad de la infección por VIH están cimentadas sobre la exclusión y el estigma. Recordemos que la exclusión social es entendida como impedimento del pleno ejercicio de la ciudadanía, expresada ésta como un conjunto de derechos y deberes relativos a las condiciones materiales, físicas, psíquicas, políticas y sociales que definen la autonomía del individuo en un contexto de vida en sociedad.

Una política pública necesita tener como principal elemento la inclusión social, donde los derechos sociales estén garantizados en su plenitud, siendo expresión de una integralidad de los derechos políticos como garantes de los derechos sociales universales y equitativos. Es decir, la situación de exclusión social tiene íntima relación con el binomio equidad/inequidad social. La equidad social debe ser un principio de las políticas públicas que define funciones distributivas, las cuales tienen el objetivo de superar las desigualdades existentes y consideradas socialmente injustas. La equidad tiene una orientación ética social, que no admite diferencias de oportunidades que resulten en diferentes condiciones sociales de vida. Exige una mirada no igualitaria en la asignación de los recursos para la salud pública y demás políticas sociales. Exige tensionar para alcanzar equivalentes para todos los ciudadanos, intentando reducir las distancias entre los grupos y los individuos. La equidad se expresa en dos dimensiones: una horizontal (dar respuestas iguales a necesidades equivalentes) y otra vertical (dar respuestas diferentes para necesidades diferentes).

La relación entre vulnerabilidad a la infección del VIH/SIDA e inequidad social es estudiada de forma bastante extensa por la literatura internacional. Aun así, es importante destacar que en virtud de la singularidad de los diversos contextos socio-políticos y culturales en los que el tema ha sido investigado, es bastante difícil extraer de todos esos estudios conclusiones generalizadoras. En su totalidad son estudios observacionales y tienen una evidente disparidad en

relación con los marcos conceptuales utilizados por los diferentes autores. De cualquier forma ellos han llegado a importantes constataciones, algunas de las cuales analizaremos a continuación.

Es común que las comunidades donde se concentran las poblaciones más pobres sean áreas que conjugan innumerables factores adversos para la salud de sus habitantes. No ofrecen, con absoluta frecuencia, ni oportunidades de empleo, ni una buena atención de las demandas de su población en relación con la educación, la salud y la habitación. O sea, se congregan en un mismo espacio geográfico personas pobres y/o en situación de miseria que, por las circunstancias de la vida, tienen un conjunto de comportamientos que los hacen aún más vulnerables a la infección del VIH. Son episodios frecuentes en la vida de estas personas el consumo de alcohol y otras drogas, altos niveles de violencia y alta prevalencia de infecciones transmitidas sexualmente (ITS). Rodrick Wallace *et al.* (1997), han demostrado en diversos estudios el carácter sinérgico de estos problemas sociales, situación que fue denominada por Singer (1994) como sindemia. O sea, este conjunto de factores actúan al unísono y se entretienen de forma tan compleja que es imposible llegar a medir la intensidad con que cada uno de ellos interviene. Es decir, en estos segmentos más pobres interactúan de forma sinérgica, problemas de diversos órdenes, combinando diferentes efectos adversos. Es lo que hoy se llama “sinergia de plagas” o “el SIDA como sindemia”. Los efectos negativos de una gama de diferentes problemas sociales, interactúan sinérgicamente para crear vulnerabilidad aumentada al VIH/SIDA (Wallace, 1988).

De forma semejante Merrill Singer, en su trabajo sobre la crisis de la salud enfrentada por la población pobre de las áreas urbanas en los EUA, habla del VIH/SIDA como de una especie de sindemia que interactúa negativamente con los demás problemas de salud, produciendo niveles más altos de vulnerabilidad. Por lo tanto, según la bibliografía examinada, la pobreza funciona, en casi todas las circunstancias, en conjunción con una variedad de factores sociales y culturales que van conformando complejas situaciones de vulnerabilidad al VIH/SIDA.

En los estudios de Friedman *et al.* y Szwarcwald *et al.* vemos cómo se da esa sinergia entre los usuarios de drogas inyectables (UDI), por ejemplo, pertenecientes a los estratos más pobres de la sociedad norteamericana, los cuales o se

envuelven en la práctica del sexo comercial, o se insertan en el tráfico de drogas para poder financiar sus hábitos de consumo. A estas situaciones se suman los efectos adversos de las políticas de control de drogas, los procesos sociales estigmatizantes con respecto a estas personas y la precariedad de la inclusión de las mismas en el mercado formal de trabajo. Esto hace, sin ninguna duda, que estos segmentos de la población sean más vulnerables frente a la epidemia y que, como consecuencia, identifiquemos una difusión selectiva del VIH en estos estratos más pobres.

Pocos autores han analizado el tema de la vulnerabilidad social y la consecuente pauperización de la epidemia desde el punto de vista macroeconómico y macropolítico.

El pionero fue, sin duda, Jonathan Mann tanto en el antiguo Programa Global de SIDA (1987) como en los últimos años en la Universidad de Harvard (1996).

También los trabajos de Paul Farmer (1996, 1997) se encuadran en esta categoría. Este autor incorpora una dimensión de ecología social a los modernos estudios sobre la ecología de las enfermedades infecciosas y según él, las formas selectivas en que los patógenos intervienen en un organismo no se deben sólo a atributos de la biología evolucionista y de la ecología de los agentes infecciosos, sino también al impacto de la inequidad social y de la violencia estructural (con esta expresión se refiere a cualquier violación de los derechos humanos). O sea, las variables socio-económicas determinarían alteraciones en la ecología de las enfermedades infecciosas. Los estratos de la población menos asistida y más pobres se tornan más vulnerables a los agentes patógenos, por razones biológicas (peor inmunidad) y por razones sociales (imposibilidad de ver sus demandas atendidas, residir en lugares con infraestructura precaria, etcétera) las cuales se manifiestan de forma simultánea.

Tawil *et al.* (1995) hacen referencia a que estos segmentos sociales también tienen barreras estructurales que les imposibilitan los cambios de comportamiento para minimizar los riesgos de infectarse, como por ejemplo, en el caso de no tener recursos esenciales para la prevención (condones, agujas y jeringas esterilizadas), de poseer extrema precariedad para acceder a los servicios de prevención y tratamiento, de poseer fuertes barreras culturales, de tener bajo nivel de escolaridad y poco dominio de la lengua escrita, lo que les acarrea dificultad en el acceso a informaciones actualizadas.

Todos los aspectos hasta aquí presentados nos hacen rescatar el concepto creado por Farmer & Castro (2001, 2002) de “violencia estructural”, quienes trabajaron aportando servicios médicos y sociales en el Haití rural. Haití es el país más pobre de América y uno de los más pobres del mundo. Es también el país americano más afectado por la pandemia.

Son las situaciones de precariedad en las que viven millones de personas las que favorecen la transmisión del VIH y las que impiden que las personas con VIH conozcan su seroestatus. Este proceso está asimismo relacionado con el círculo vicioso en que viven los países pobres, endeudados y con la necesidad de endeudarse cada día más, sin poder ofrecer atención en salud con calidad.

“La violencia estructural está inextricablemente relacionada con las enfermedades infecciosas. O mejor, fuerzas sociales tales como la pobreza se incorporan en el organismo y hacen presa de la enfermedad a las personas más vulnerables.” (Castro, 2003)

Las enfermedades infecciosas están cada vez más concentradas entre los pobres, quienes viven bajo el peso de la violencia estructural y para quienes sus derechos sociales y económicos se violan constantemente. En el África subsahariana, donde la epidemia es de gran magnitud y los recursos son escasos para las acciones básicas en salud, ocurre un proceso real de pauperización de las dos epidemias (VIH y SIDA). Más casos de la infección son registrados entre los estratos más pobres de los países más pobres, evolucionando en cuadros clínicos más graves y en más decesos. Esta situación también está dramáticamente ilustrada por las epidemias recientes en diversas regiones de la India y en los antiguos enclaves étnicos de África del Sur.

En relación con este asunto también encontramos en la literatura académica uno de los puntos tal vez más polémicos, que es la idea sugerida en el trabajo de Lurie *et al.* (1995). Los autores identifican como factores fundamentales en la diseminación del VIH/SIDA lo que ellos llaman “ajustes estructurales”. Son los ajustes impuestos por organismos internacionales para el financiamiento de los programas nacionales de control de las ITS y SIDA en los países en vías de desarrollo. En general son restricciones de los gastos públicos que frecuentemente no están de acuerdo con las necesidades y demandas locales. De esta forma, los “ajustes estructurales” también actuarían sinérgicamente con los demás factores en la violencia estructural.

Hechas estas ponderaciones, nos parece interesante abordar los resultados de otros trabajos académicos que con el propósito de entender la evolución global de la epidemia y las causas de la violencia estructural, analizan la transformación, también a nivel global, de la economía internacional. Las décadas finales del siglo XX se caracterizaron por complejos procesos de globalización y de reestructuración económica, que trajeron como consecuencia una serie de transformaciones en las estructuras de las sociedades, comunidades y familias.

Castells (1999) describe como “capitalismo informacional” ese nuevo modo dominante de desarrollo económico alrededor del mundo. Y sin tener la pretensión de entrar en detalles con respecto a todos los aspectos de esta nueva forma de organización económica capitalista, nos gustaría sólo destacar algunos aspectos a partir de una perspectiva antropológica y sociológica.

Parker y Camargo (2000) dicen que tal vez la consecuencia central de este conjunto de transformaciones económicas sea la amplitud con que, aparentemente, las élites se conectan alrededor del mundo, al tiempo que se crean nuevas formas de exclusión y desigualdades sociales, diferencias salariales más acentuadas, pobreza y miseria en todas las sociedades, de Norte a Sur.

Como dice Castells, va surgiendo un “cuarto mundo” donde las divisiones entre Norte y Sur, Primer y Tercer Mundos, están siendo demolidas y donde segmentos poblacionales (inclusive continentes enteros como es el caso de África subsahariana) comienzan a tornarse irrelevantes en términos de producción, y de consumo para el sistema del capital informacional. Esta fase reciente de globalización se caracteriza por una profunda acentuación de procesos de diferenciación social. Crece la polarización entre pobres y ricos, los ricos se vuelven cada vez más ricos y los pobres cada vez más pobres, con una clase intermedia (la clase media) que va desapareciendo gradualmente. Al mismo tiempo, la diferenciación social en las relaciones de producción se caracteriza por la creciente individualización del trabajo (decadencia de los sindicatos y crecimiento de la economía informal), superexplotación de trabajadores (ejemplificada por el crecimiento del trabajo infantil), exclusión de ciertos grupos de la población del mercado de trabajo (jóvenes del sexo masculino, por ejemplo), integración perversa de estos mismos sectores en el mundo paralelo de la economía criminal (Castells 1998). Estas tendencias básicas aparecen a escala planetaria, independientemente de si el país es desarrollado o

está en vías de desarrollo y están mancomunadas con la progresiva feminización de la pobreza y la miseria. Las mujeres están cada vez más excluidas, no sólo por la opresión basada en clase y etnia, sino también por la opresión basada en el género.

Toda esta situación se refuerza por la transformación del Estado en un Estado mínimo, por la rápida reducción de los programas de salud, educación y protección social. Tales transformaciones han impactado desproporcionalmente la vida de las mujeres, por ejemplo, a pesar de algunos avances importantes en relación con el feminismo y la conquista de derechos civiles políticos adicionales.

Por lo tanto, el nuevo orden mundial ha traído grandes desafíos a la humanidad, entre ellos el de una epidemia como la del VIH/SIDA, para la cual la salud pública aún no ha dado una respuesta contundente, a pesar del monto considerable de recursos movilizados.

El hecho de que el Estado se consolide cada vez más en un Estado mínimo hace que el mismo se fortalezca como especialista en mecanismos de exclusión. Hay un desmantelamiento de las políticas públicas y una despontecialización del Estado democrático facilitando el surgimiento de una nueva configuración de la pobreza y de la marginación.

Los nuevos mecanismos económicos van simplemente desechando para su pleno funcionamiento la existencia de contingentes inmensos de seres humanos, que se tornan literalmente superfluos, innecesarios, obsoletos, descartables. Es una existencia social incompatible con los propios objetivos del capitalismo informacional, quedando marginados del proceso de desarrollo de su país. O sea, el proceso de vulnerabilidad social cambió. Estamos hablando de personas que son descartables para la sociedad pues nunca llegan a aproximarse a lo que pueda ser considerado útil para el nuevo orden económico vigente. Es lo que algunos autores denominan la “exclusión de los irrelevantes”.

Hay una deconstrucción cada vez más clara del Estado como protector de esa población. Y un discurso dominante de que la pobreza es natural se disemina.

De esta forma, contamos hoy con una violencia estructural del sistema que usa mecanismos simbólicos para reproducir situaciones que continúan asegurando la hegemonía de un orden global mundial. Esa violencia estructural es generadora de extrema pobreza, desigualdades y opresiones, enfermedades de

la pobreza y del pasado, epidemias que se esparcen entre los más desposeídos.

Por lo tanto, el hecho de que la pandemia del VIH/SIDA haya emergido durante el mismo período histórico en que estos cambios sociales y económicos han ocurrido, puede haber sido originariamente un accidente histórico. Sin embargo, la relación entre la evolución de la epidemia y las consecuencias diseminadas de estos cambios históricos no es en forma alguna una mera coincidencia. Los impactos negativos de la globalización generan, como dice Castells (1998) una “integración perversa”: la producción de la marginalidad y de la criminalidad como parte integrante del nuevo orden capitalista mundial. O sea, la marginalidad y la criminalidad no son nuevos desvíos o accidentes, son ingredientes estructurales de la producción de susceptibilidades crecientes frente a la infección. Son factores determinantes en la vulnerabilidad.

Estigma, discriminación y SIDA

Hechas estas consideraciones es importante resaltar que la epidemia de SIDA tuvo, desde su aparición hasta el día de hoy, un fuerte y persistente tinte de estigma y discriminación. En 1987, Jonathan Mann, siendo Director Fundador del Programa Global de SIDA de la OMS, se dirigió a la Asamblea General de las Naciones Unidas subrayando con intensidad esta problemática que ha favorecido la diseminación de la pandemia con más facilidad y de forma mucho más explosiva. En 1995, el Programa Global fue sustituido por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) que reúne a seis órganos diferentes de las Naciones Unidas. En el año 2000, Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, en la 10ª Reunión del Grupo de Coordinación de Programas de este órgano insiste en hablar sobre un desafío permanente para la comunidad mundial: “el esfuerzo renovado para combatir el estigma”. Y continuó enfatizando: “El combate efectivo al estigma removerá lo que todavía es un bloque de piedra” en el desarrollo y enfrentamiento de la pandemia (Piot, 2000).

Varios años separan las declaraciones de Mann y Piot, y en ese espacio de tiempo un gran monto de recursos fue movilizado para controlar la epidemia. Aún así el estigma permanece en el centro de la lucha contra la pandemia glo-

bal del SIDA. Lo que hace con que algunos autores digan que la complejidad del VIH palidece en comparación con la complicada situación de la producción y reproducción del estigma y la discriminación como procesos sociales en relación con el VIH/SIDA.

Mann (1987) distingue tres momentos diferentes en la epidemia de SIDA en cualquier comunidad que son identificados por él como tres diferentes epidemias. Un primer momento —epidemia del VIH— donde la epidemia entra en todas las comunidades de forma silenciosa y sin ser notada; un segundo momento —epidemia del SIDA— cuando ésta es realmente percibida, y, un tercer momento, el llamado también de “tercera epidemia” —epidemia del estigma, discriminación y negación colectiva— que se convierte en el momento potencialmente más explosivo y extremadamente actual.

Las discusiones sobre estigma, particularmente en relación con el VIH/SIDA tienen su punto de partida en el estudio de Erving Goffman (1988). Con base en la experiencia de investigación con personas que sufren enfermedades mentales, deformaciones físicas o que tienen comportamientos percibidos como socialmente desviados (como el homosexualismo o el comportamiento criminal). Goffman observa que el individuo estigmatizado es visto como una persona que posee “una diferencia indeseable”, lo que lo lleva a una “identidad deteriorada” (la persona es colocada en aquel lugar y ella misma se ve allí). El estigma está basado en la ideología del “desvío” y es aplicado por la sociedad a través de reglas y sanciones. El estigma, como un atributo negativo, es mapeado sobre las personas que no se ajustan a esas reglas y sanciones. El estigmatizado en virtud de su diferencia se autoidentifica como algo negativo para la sociedad. Sin embargo, según Goffman, el estigma no es una actitud estática y sí un proceso social en constante mutación. Por eso la importancia de comprender esta problemática de forma más precisa para poder pensar en intervenciones que deconstruyan los mapeamientos estigmatizantes que la sociedad hace.

Para Parker & Aggleton (2001) estigmatización y discriminación son construcciones sociales que solamente pueden ser entendidas en relación con nociones más amplias de poder y dominación. Estos autores tienen la visión de que el estigma tiene un papel central en la producción y reproducción de las relaciones de poder y control en todos los sistemas sociales. Como consecuencia, esto hace que algunos grupos sean desvalorizados y otros se sientan, de

alguna forma, superiores; en síntesis, se está hablando de desigualdad social. Por lo tanto, para entender correctamente las cuestiones relacionadas a estigmatización y discriminación en relación con el VIH/SIDA o con cualquier otra situación, es necesario que pensemos de forma más amplia sobre cómo algunos individuos son socialmente excluidos.

Analizaremos a continuación la situación —frente a la infección del VIH/SIDA— de algunas poblaciones específicas, cada vez más vulnerables a causa de la estigmatización y discriminación sociales y/o por la situación de pobreza y miseria que han sido causadas por las políticas macro-económicas marginadoras.

La vulnerabilidad de poblaciones específicas. Estado actual del conocimiento

Haremos a continuación un análisis del estado actual del conocimiento en relación con ciertas poblaciones específicas involucradas en la epidemia, como las minorías étnicas, migrantes, usuarios de drogas y privados de libertad. Lo haremos a través de la revisión de algunas publicaciones internacionales y de algunos trabajos presentados en el Foro 2003.

A partir de estos estudios algunas constataciones se tornan cada vez más evidentes, lo que sugiere nuevos paradigmas para repensar nuestras prácticas y para la formulación de políticas públicas .

Los capítulos anteriores han hecho referencia a otras poblaciones específicas y en las páginas anteriores de este capítulo hemos enfatizado con frecuencia, inclusive haciendo referencia también a investigaciones existentes, la relación entre vulnerabilidad —a la infección del VIH— pobreza, subdesarrollo, inequidades y marginación social. Aquí no será diferente. Cuando nos detengamos en investigaciones puntualmente dirigidas a las poblaciones específicas, veremos que ellas documentan influencias de factores estructurales en la transmisión del VIH y que la epidemia se concentra en áreas geográficas con ciertas singularidades y en poblaciones identificadas como más vulnerables (Ayres, 1994; Sweat & Denison, 1995; Taiwil *et al.*, 1995; Turshen, 1995; Aggleton, 1996; Caraël *et al.*, 1997; Singer, 1998, entre otras). Parker y Camargo, en la publicación “SIDA y pobreza” (2000) hacen una detallada revisión bibliográfica de los estudios dis-

ponibles en África, Asia, América del Norte y América Latina y el Caribe. Muestran que, a pesar de las características singulares de cada epidemia local, la transmisión del VIH/SIDA viene concentrándose en determinadas poblaciones y regiones, donde la pobreza es el marco fundamental.

Poblaciones flotantes, migrantes y poblaciones de fronteras

El propio proceso de subdesarrollo crea, con mucha frecuencia, formas de desplazamiento de las poblaciones por razones políticas o económicas (migración, trabajo estacional, convulsión social en razón de guerras y de inestabilidad política), las cuales a su vez producen acciones y prácticas sociales que aumentan el riesgo de infección por el VIH.

Existen varios ejemplos en el mundo como el relatado por Joseph Decosas (1996) que muestra las consecuencias no intencionales del desarrollo económico en el aumento de la incidencia del VIH/SIDA en poblaciones migrantes. En dicho estudio relata cómo la construcción de la represa y central hidroeléctrica de Akosombo en Ghana (África) durante los años 60/70, trajo como consecuencia una cierta desintegración de las estructuras socio-económicas tradicionales (de base agrícola en esta región) y una acentuada contribución al aumento de la epidemia en el pueblo Krobo, habitantes de la región. Durante la construcción de la represa los hombres se trasladaron a lo largo del río Volta para trabajar en las canteras de las obras, mientras que las mujeres pasaron a proveer intercambios económico-sexuales.

Más adelante, cuando las aguas invadieron las tierras donde se formó el Lago Volta, se destruyó la base agrícola del pueblo Krobo y un número considerable de estas mujeres (y más tarde sus hijas) se dedicaron al trabajo sexual. Por lo tanto, la construcción de la represa trajo, por un lado, el desarrollo económico para la región, aumentando la producción de energía. Por otro lado, contribuyó en la diseminación de la epidemia a través de los cambios de comportamiento que produjo en la población.

Paul Farmer (1992) documenta en forma similar cómo los desplazamientos de poblaciones en Haití, también por el desarrollo económico, impulsaron el aumento de la infección por VIH. En efecto, la misma pobreza de los pueblos

hace, con que muchas veces precisen trasladarse aunque sea temporalmente, de una región para otra, en busca de empleo y mejores condiciones de vida.

Un número significativo de investigaciones ha asociado la pobreza con la migración y movilidad de las poblaciones, sugiriendo que éstas poseen una mayor incidencia de vulnerabilidad al VIH por exponerse a diferentes situaciones en una variedad de contextos y lugares, como en el caso de los trabajadores estacionales en el sur de África (Romero-Daza & Himmelgreen, 1998) y África Occidental (Decosas *et al.*, 1995); los migrantes de la República Dominicana en los EUA (Kreniske, 1997); los migrantes de áreas rurales hacia áreas urbanas en Haití (Farmer, 1992, 1999); los filipinos que trabajan por temporadas en el exterior (Tan, 1993); las trabajadoras sexuales en Tailandia (Archavanitkul & Guest, 1994), así como los trabajadores sexuales y otros HSH en Brasil (Larvie, 1997; Parker, 1993, 1997).

Según Mario Bronfman (2003) la movilidad poblacional debe ser analizada en tres ejes: la magnitud del problema, las causas de la migración y los tipos de poblaciones móviles.

En referencia a la magnitud del problema este autor destaca algunos datos extremadamente significativos y que nos dan idea de la magnitud de la problemática en relación con el aumento de la vulnerabilidad de estas poblaciones. Considerando, por ejemplo, las cifras presentadas por ONUSIDA en 1998, 100 millones de personas se mueven al interior y entre las naciones cada año (OIM, 1998), lo que genera a estas poblaciones móviles y a sus anfitriones una vulnerabilidad aumentada, considerando los aspectos sociales y relacionales, muchas veces transitorios y extremadamente variables que pueden caracterizar una vida con hábitos más fluctuantes. Recordemos aquí la idea de “sinergia de plagas” de Wallace, que destaca la interacción de varios factores sociales (o problemas sociales) para generar riesgos ampliados de exposición a la infección por VIH/SIDA.

Otras cifras presentadas por Bronfman son asimismo bastante preocupantes considerándolas desde el punto de vista de la salud pública y de la incapacidad de ésta para conceder atención y asistencia a personas que transitan de un lugar a otro, sin tener una referencia domiciliaria fija, muchas veces con dificultades para hablar el idioma local y con una situación ilegal de permanencia en el país que en ese momento, legal o ilegalmente, lo alberga. Ciento

cincuenta millones de personas viven temporal o permanentemente fuera de sus países (OIM 2002), dos millones de centroamericanos han emigrado de su país en el 2000 (CEPAL 2002) y se dan, aproximadamente, trescientos millones de cruces por año en la frontera México-Estados Unidos (CONAPO, 2000).

Las causas de la movilidad y los tipos de poblaciones flotantes son dos categorías inseparables, razón por la cual las analizamos juntas. Existen poblaciones cuya movilidad tiene una duración prolongada con el objetivo de realizar actividades laborales. También existen los desplazamientos estacionales de trabajadores agrícolas, en general en flujos rural-rural.

Otro perfil de población móvil está representado por personas que realizan actividades de transporte, como por ejemplo, los camioneros. En Brasil bajo el financiamiento del Programa Nacional de ETS/SIDA están realizándose varias investigaciones en fronteras, puertos secos y puertos marítimos donde los camioneros permanecen varios días estacionados hasta cargar o descargar su mercadería; investigaciones que paulatinamente van constatando la fragilidad acentuada de estas poblaciones frente a la vulnerabilidad de la infección por el VIH/SIDA.

También dentro de esta categoría de poblaciones móviles están las poblaciones fronterizas ya que los movimientos cotidianos de residentes fronterizos (ida y vuelta) y los desplazamientos de personas que realizan labores en núcleos fronterizos, como las empleadas domésticas o las sexoservidoras, pueden tener sin sombra de duda una vulnerabilidad ampliada para la epidemia.

En general, las fronteras internacionales son áreas donde hay mucha movilidad de poblaciones, donde se concretan más fácilmente las economías ilegales, el tráfico de drogas, los altos índices de prostitución (inclusive la infantil), tráfico de mujeres, y donde frecuentemente hay un acceso limitado a los servicios de salud.

Brasil, por ejemplo, país que tiene fronteras con casi la totalidad de los países sudamericanos, enfrenta un serio problema de diseminación del VIH/SIDA en estos escenarios geográficos (Galvan, 2002). Hay actualmente un gran movimiento nacional para formular políticas públicas en alianza con los países limítrofes con el objetivo de dar mayor protección desde la salud pública a dichas poblaciones. Algunos otros países, viéndose en una situación semejan-

te a la de Brasil se han dedicado a adoptar leyes y políticas que tratan de restringir la libertad de movimiento de personas con VIH/SIDA, creando legislaciones restrictivas para viajes y migraciones. Estas políticas fueron supuestamente creadas para proteger las fronteras internacionales, lo que representa, muchas veces, una profunda incongruencia con las políticas locales más liberales, que pretenden impedir la discriminación de las personas afectadas y una violación de los derechos humanos explícitos en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y de los Ciudadanos (Malcolm *et al.*, 1998).

Por último no podemos dejar de considerar el flujo de migrantes de paso, usualmente no autorizados o indocumentados que, por estar en situación ilegal, tienen menos facilidad de ser beneficiados por los servicios de salud pública.

Para terminar, queremos destacar que existen fuertes determinantes de la vulnerabilidad para las poblaciones móviles y que los nexos causales subyacentes a la conexión entre movilidad y VIH son muy complejos. Escasas redes de apoyo, escaso acceso a programas de prevención, escaso acceso a servicios médicos, interacciones sexuales y relacionales con diferentes grupos, son determinantes de la vulnerabilidad presente en la vida de estas poblaciones.

El Instituto Nacional de Salud Pública de México desarrolló, a partir de mayo de 1999, el proyecto “Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Mesoamérica” (Bronfman, M., *et al.* 2003) con el propósito de analizar en once estaciones de paso de Centroamérica y México los contextos socioeconómicos, culturales y políticos en que se da la migración y su relación con la vulnerabilidad de las poblaciones móviles a las ITS/VIH/SIDA. Todo con el fin de identificar, desarrollar, implementar y evaluar estrategias y modelos de respuesta integral apropiados a cada uno de los contextos.

En las estaciones de paso se entrevistaron a diferentes actores sociales: habitantes de las diferentes localidades, informantes claves (curas, maestros, médicos, propietarios de bares, cantinas y prostíbulos, representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y trabajadoras sexuales) y dependiendo de las características de la estación de paso se entrevistaron a diferentes grupos flotantes y migrantes.

Los elementos centrales de este proyecto fueron la búsqueda de respuestas al VIH/SIDA apropiadas a las condiciones sociales, políticas y culturales de los países de la región mesoamericana, entender la intensa movilidad poblacional

al interior y entre países, comprender que el VIH/SIDA no está delimitado por fronteras políticas y la necesidad de contar con información de calidad sobre las condiciones estructurales y las interacciones sociales en las diversas estaciones de paso.

Una de las conclusiones de este proyecto es la necesidad de tomar en cuenta la existencia de diferentes contextos de vulnerabilidad interfronterizos: si es una frontera entre países (necesidad de una cooperación binacional), fronteras en el interior de un mismo país y estaciones de paso ubicadas en puertos con elevada movilidad poblacional.

El modelo de cooperación técnica desarrollado en este proyecto puede representar una forma innovadora para la colaboración entre países, donde sus capacidades científicas, técnicas y operativas pueden desarrollar respuestas apropiadas a los contextos nacionales y regionales.

Es necesario reconocer que hay muy pocas experiencias en América Latina y el Caribe de organizaciones de la sociedad civil que defiendan los derechos de estas personas.

Hay una ausencia casi total de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que reciban y/o demanden garantías de los derechos humanos y calidad de vida para estas poblaciones. Lo que hace que uno de los principales desafíos para disminuir la vulnerabilidad de esta gente sea la responsabilidad de los gobiernos locales de dar soluciones regionales a problemas regionales. Buscar alianzas estratégicas con gobiernos vecinos, sociedad civil y otras instituciones que contribuyan a la creación y consolidación de verdaderas redes de bienes públicos regionales, eliminando barreras geográficas, lingüísticas, culturales y otras que restrinjan el acceso de esta población a los servicios. Es indispensable que la provisión de estos servicios sea competente, que los usuarios perciban que los servicios atañen a sus problemas, les ayuden a lograr los resultados deseados y se sientan cómodos.

Minorías étnicas y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA

Recordemos que Castells (1998) cuando habla de la globalización del capitalismo informacional nos dice que la polarización de las desigualdades sociales

se está dando, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en los denominados desarrollados.

Según el Plan Estratégico de Prevención del VIH hasta el 2005, del CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades-EUA), en 1999 en los EUA fueron reportados con SIDA más afroestadounidenses que cualquier otro grupo racial/étnico: 63% en las mujeres y 42% en los hombres.

Los niños afroestadounidenses representaron casi las dos terceras partes de todos los casos pediátricos. Se estima que las mujeres afroestadounidenses representan el 64% de las nuevas infecciones por VIH.

Por otra parte, también en 1999 los hispanos representaban el 13% de la población de los EUA, pero constituían el 19% del número total de casos nuevos de SIDA reportados ese año. Estimaciones entre las mujeres muestran que las mujeres hispanas representan el 18% de las infecciones nuevas por VIH. Entre los hombres, se estima que los hombres hispanos constituyen el 20% de las infecciones nuevas por VIH.

En la producción académica que estudia raza/origen étnico y SIDA, las investigaciones nos dicen que tanto en las áreas internas de las grandes ciudades de los países desarrollados y en vías de desarrollo como en el África subdesarrollada, se percibe la concentración de la pobreza en ciertas comunidades con identidad étnica/racial. Y, asociados a la pobreza, surgió un conjunto de problemas como el de la diseminación de la infección por el VIH/SIDA.

A finales de la década de los ochenta, autores como Rodrick Wallace, Deborah Wallace, Mindy Fullilove, Robert Fullilove y Peter Gould trataron de estudiar la interacción de una serie de problemas sociales que afectaban a comunidades donde vivían minorías étnicas en las áreas internas (“inner city”) de las grandes ciudades de los EUA. Ellos focalizaron en particular el impacto que tuvo en la calidad de vida de estas poblaciones la reducción de un conjunto de servicios esenciales, y documentaron los modos en los cuales las alteraciones en la provisión de estos servicios llevaron a estas comunidades a niveles crecientes de “desertificación urbana” (transformación de una región en desierto).

La desertificación urbana se caracteriza, por ejemplo, por habitaciones incendiadas o demolidas para dar paso a la construcción futura de vías rápidas, lo que hace que los habitantes vecinos a ellas y que tienen condiciones finan-

cieras, abandonen esa región de la ciudad, dando paso libre a los más desposeídos, creando efectivamente una “tierra de nadie”, en la cual los aspectos regulares del orden social (seguridad policiaca, escuelas, centros de salud, etcétera) funcionen precariamente o no existan, y donde los niveles extremadamente elevados de mortalidad por violencia, tráfico de drogas, mortalidad infantil e infección por el VIH han sido documentados.

Situaciones semejantes aparecen en otras ciudades de América Latina. Mariela Rossi *et al.* (2003) de la Fundación Habitar (Argentina) presentó en el Foro 2003 la experiencia sobre la Villa 15, “Ciudad Oculta”, perteneciente al complejo barrial Lugano Soldati, situado en el Cordón Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se trata de una subregión de pobreza urbana crítica, de alto riesgo sanitario y social cuya tasa de mortalidad en SIDA alcanza al 17.7% del total de la Ciudad de Buenos Aires, donde el 41.7% de la población entre 15 y 19 años no tiene instrucción y el 75.4% tiene secundaria incompleta (1998). Se desprende que los casos de SIDA informados se correlacionan positiva y fuertemente con los grupos etáreos juveniles de 19 a 30 años.

Se observan también altas tasas de desocupación y precariedad laboral, ausencia de espacios de inclusión social, ruptura de lazos y alta incidencia de muertes violentas en el agrupamiento juvenil (20 muertos menores de 20 años en el año 2000, en la Villa 15), cifra que se mantiene en la actualidad.

La “Ciudad Oculta” surgió en las décadas de los cuarenta y cincuenta con el proceso de industrialización de los centros urbanos, atrayendo a poblaciones rurales pobres del norte argentino donde predominaban los indígenas o sus descendientes. En aquella época, los alcances de las políticas estatales beneficiaban el crecimiento económico y social de estos sectores, pero es a partir de los años setenta cuando comienza la desindustrialización progresiva y violenta del país y consecuentemente el deterioro de los niveles de vida, hasta llegar hoy a la pauperización degradante de las condiciones de subsistencia. Es un ejemplo de lo que Wallace *et al.* opinan con relación a la “sinergia de plagas”.

En otro trabajo también presentado en el Foro 2003, Ivo Brito (2003) nos muestra la situación actual de los pueblos indígenas de Brasil donde viven 370 mil indios distribuidos de la siguiente forma: 55% en la Región Norte, 17% en el Centro Oeste, 18% en el Noreste, 2% en el Sureste y 8% en el Sur, con 587

tierras reconocidas oficialmente, 215 sociedades y culturas diferenciadas y 180 lenguas. En las áreas urbanas viven 50 mil indios.

El primer caso de SIDA notificado entre esta población fue en el año 1988 y actualmente la notificación alcanza a 54 casos. Según este trabajo la epidemia crece y se expande entre los indios residentes en áreas urbanas, pero que mantienen contactos frecuentes con las aldeas.

La mayor vulnerabilidad se da entre la población joven, representando cerca del 68% de los casos en el grupo etáreo que va de los 14 a los 34 años, siendo el 65.3% entre los hombres y el 79.2% entre las mujeres. La mayor vulnerabilidad entre las mujeres jóvenes está asociada a varios factores, tales como la iniciación sexual precoz, arreglos sexuales diferenciados de un grupo étnico a otro, contactos interétnicos y baja escolaridad, por eso es que la relación de infección entre los sexos es de 1/1.

Ya vimos anteriormente las consecuencias de la migración de personas de una región a otra y las repercusiones en las estructuras sociales. Entre los indígenas brasileños los grandes proyectos de desarrollo aumentan los contactos y conflictos interétnicos, provocando el surgimiento de enfermedades emergentes que traen una especie de desorden cultural y la interacción de factores patógenos con la ruptura de las diferencias entre lo local y lo global.

En estos pueblos, la comprensión de la cultura como una tela de significados no se da por la vía de la ciencia experimental en busca de leyes, pero sí por la interpretación y comprensión de los significados. Por esta razón el proceso salud/enfermedad es vivenciado y construido socialmente y cada grupo indígena tiene una interpretación particular sobre este binomio y sus diferentes formas de manifestación. Entonces, en estas sociedades indígenas la concepción de que un virus es el que causa el SIDA es insuficiente, pues el proceso salud/enfermedad se ve como el deterioro de las relaciones entre el cuerpo, las personas y la sociedad y no como algo sólo externo a ellos. Los fluidos como vehículos de transmisión tampoco son suficientes para explicar la transmisión sexual del SIDA, porque para ellos estos fluidos están directamente relacionados con la identidad individual y las relaciones sociales. Al mismo tiempo que la sexualidad tampoco está relacionada con el comportamiento, pero sí con un conjunto de reglas y arreglos socioculturales, ritos de pasaje y mitos.

Brito propone la adopción de algunas estrategias de prevención que pasarían por la legitimación de las formas culturales propias de los pueblos indígenas para enfrentar la enfermedad, sus causas y las estrategias de intervención adoptadas. También sugiere proporcionar a los profesionales de la salud que actúan directamente con la población indígena, capacitación específica en antropología de la salud para que puedan comprender los contextos socioculturales. Simultáneamente es necesario capacitar a los agentes de salud indígenas a partir de la realidad sociocultural y epidemiológica del grupo, estableciendo mecanismos para intercambiar experiencias. Finalmente, el autor sugiere otras propuestas: identificar los sistemas de interacción con la sociedad no indígena; comprender las formas de los arreglos sexuales de los diferentes grupos y analizar las vulnerabilidades; dimensionar el impacto interétnico de los grandes proyectos de desarrollo.

Usuarios de drogas, reducción de daños y vulnerabilidad social

Los usuarios de drogas y en especial los que tienen un consumo inyectable, son considerados uno de los grupos más expuestos a la adquisición del VIH. El hábito de compartir materiales de inyección constituye uno de los medios más eficientes de transmisión del VIH y demás patógenos de transmisión sanguínea.

Si nos detenemos en las cifras provenientes de algunos países de América Latina y otras regiones del mundo, veremos que es una población en la cual la epidemia se ha propagado muy fuertemente.

En Brasil, el 25% de los casos de SIDA está relacionado directa o indirectamente con el uso de drogas inyectables, el 38.2 % de las mujeres con SIDA contrajeron el virus compartiendo jeringas o con la pareja UDI y el 36% de los casos de SIDA pediátrico apuntan a la madre o a compañero sexual como UDI. Según la Pesquisa Ayude Brasil I (UFMG/CN DST/AIDS-1998, realizada en 5 proyectos de reducción de daños) la aplicación es realizada normalmente en lugares apartados, gran parte de las veces en pésimas condiciones de higiene. En su mayoría son hombres, 82% no tienen empleo y 70% estuvieron presos

al menos una vez. El 85% de los UDIs relatan el uso de drogas en grupo y los índices de compartir jeringas varían del 56% al 85%. Según la misma investigación el grupo etéreo es predominantemente de 18 a 30 años.

Según el Boletín Epidemiológico del Programa Nacional (2002), en Argentina a fines de marzo de 2001 había aproximadamente 130 mil personas viviendo con VIH/SIDA. De los casi 20 mil casos notificados en mayores de 12 años, el 42% del total y el 46% de los hombres tenían como antecedente ser usuarios de drogas inyectables (UDI). En la Ciudad de Buenos Aires los UDIs son actualmente el colectivo más afectado por la epidemia (Goltzman, 2003).

También Uruguay viene presentando en los últimos años cifras alarmantes de VIH/SIDA en UDIs, afectando a sus parejas e incidiendo consecuentemente en la transmisión perinatal. Actualmente el 25% de todos los casos de VIH+ notificados son UDIs, siendo que el 45% de estos casos pertenecen al grupo etéreo de 15 a 24 años.

En EUA los UDIs, sus parejas y sus hijos constituyen por lo menos el 36% de todos los casos de SIDA reportados hasta 1999 y el 31% de los casos informados para ese año. Además, la mayoría de los casos asociados con UDIs son entre hombres usuarios de drogas inyectables: el 52% son entre hombres heterosexuales, otro 13% son entre HSH. Las mujeres UDIs constituyen el 21% de los casos reportados. El 13% de los casos asociados con UDIs mujeres son entre parejas heterosexuales donde también el hombre es UDI. Un 1% adicional de casos es de niños infectados por contagio perinatal de estas mujeres.

El consumo de drogas constituye el único hábito/comportamiento relacionado con el riesgo de infección por el VIH que no es solamente objeto de estigmatización, sino también de criminalización. En gran parte de los países de América Latina y del Caribe no se provee de material desechable gratuito y se criminaliza el uso de la droga. Esto significa que la mayoría de las personas que consumen drogas ilícitas tienen que hacerlo ocultamente en lugares improvisados, donde las condiciones de higiene son deplorables, lo que aumenta su vulnerabilidad. En general aquellos UDIs más expuestos a situaciones generadoras de mayores daños pertenecen a los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

En la epidemia norteamericana y brasileña se evidenció desde el principio el hecho de que los UDIs en situaciones de mayor vulnerabilidad, pertenecían

a estratos económicos más bajos, contribuyendo de forma importante a la pauperización de la epidemia como un todo, en la medida en que un número creciente de SIDA fue siendo registrado entre UDIs y sus compañeros sexuales. (Friedman *et al.*, 1987).

Al ser hombres, jóvenes, sexualmente activos y con el uso de condones bastante reducido, los UDIs norteamericanos y brasileños desempeñan un papel relevante en la diseminación de la infección para sus compañeras y prole. Cuando sus compañeras también son UDIs, Friedman *et al.* muestran en sus estudios que ellas hacen uso compartido de los equipos de inyección con sus compañeros.

Las investigaciones también hablan de que en los países donde se ejerce una mayor represión, los aspectos adversos del uso de drogas se intensifican más.

El hecho de criminalizarse —en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe— la conducta de posesión de drogas para el consumo personal, condiciona el contacto del usuario de drogas con las instituciones de salud en razón de la posibilidad cierta de ser detenido. De esta forma esta población aparece privada en gran medida, no solamente de la acción terapéutica que pudiera necesitar en relación al consumo, sino también de la atención médica que necesitan otras patologías transmitidas por vía sanguínea (hepatitis, SIDA, endocarditis, embolias, etcétera) y de la posibilidad de recibir información acerca de cómo evitarlas (por ejemplo en relación con el virus del VIH, el uso de preservativos, descontaminación de jeringas, accesibilidad a equipos de inyección estériles, etcétera).

En países como Argentina y Brasil se ha emprendido una lucha a partir de ciertos sectores de la sociedad civil organizada y de profesionales de la salud y afines para presionar al Estado a adoptar una política respetuosa de los derechos humanos, descriminalizando a los usuarios de drogas. Libres de persecuciones penales éstos podrán acceder a mayores ofertas de ayuda y a la igualdad legal con respecto a los consumidores de drogas legales, para que puedan —independientemente del consumo de sustancias ilegales— integrarse a un sistema de protección.

Ya es una fuerte constatación científica que aquellos países que adoptaron programas de reducción de riesgos y daños (PRD) para UDIs como estrategia de salud pública, disminuyeron los índices de infección del VIH en esta población (Des Jarlais & Friedman, 1988). La reducción de daños (RD) es una es-

trategia de prevención del VIH que reconoce que la abstinencia del uso de drogas es mejor, pero no siempre puede lograrse de inmediato con todos los UDIs. Por lo tanto, la RD está dirigida a reducir el daño potencial asociado con el uso de drogas entre los UDIs que no pueden o no desean dejar de usarlas.

Los PRD parten de la idea de que la diseminación del SIDA representa una amenaza mayor para la salud de los individuos y para la salud pública, que el consumo de drogas. Desde el punto de vista de la prevención es importante recordar que una jeringa contaminada determina un mayor riesgo de infección del VIH que una relación sexual sin preservativo. Por lo tanto, estrategias de Reducción de Daños sirven para disminuir los efectos nocivos y los riesgos relacionados con algunas actividades o comportamientos, orientando a los UDIs a no compartir jeringas y agujas para que se protejan de la adquisición de muchas enfermedades. El uso compartido de jeringas entre UDIs puede representar el riesgo de la transmisión de más de veinte enfermedades entre las cuales está el SIDA, las hepatitis B y C, sífilis, cardiopatías, trombosis, infecciones pulmonares y muchas otras.

El Ministerio de la Salud de Brasil y el Programa de las Naciones Unidas para el Control Internacional de Drogas (UNDCP) vienen apoyando la implementación de Programas de Reducción de Daños asociados al uso de drogas inyectables en varios estados y municipios brasileños (existen cerca de doscientos programas en todo Brasil).

Argentina ha implantado también algunos programas a través de organizaciones no gubernamentales de la ciudad de Buenos Aires (como por ejemplo intercambios, ver Goltzman, P. *et al.*, 2003; el Retoño, etcétera) y ciudades del interior del país como Rosario (Inchaurraga, S. & Hurtado, G., 2003). Actualmente a través del gobierno de la ciudad de Buenos Aires se está iniciando un proyecto en alianza con algunas organizaciones que actúan en la capital para extender los programas que se desarrollan puntualmente en algunos barrios marginales hacia otras regiones de la ciudad.

Uruguay también desarrolla algunas intervenciones en este sentido a través de organizaciones no gubernamentales como el IDES (Instituto de Investigación y Desarrollo Social, ver Scarlatta, 2003) y Grupo de Cavia (delta@chasque.apc.org).

Esta intervención de RD orientada al UDI y su entorno social, que gran parte de los Estados de Brasil tienen como política pública y que más débilmente

vemos en otros países de América Latina y el Caribe, tiene como primer eje la entrega de preservativos para la práctica de un sexo seguro y la entrega de jeringas junto con toda la parafernalia para el consumo inyectable. Pero no es sólo eso. Entre las medidas específicas desarrolladas por los programas de RD pueden incluirse también: sensibilización de los usuarios con relación a los daños determinados por el uso de drogas; consejería individual y colectiva relacionadas con el uso/abuso de drogas; estímulo a la realización del test para el VIH y VHC; estímulo del vínculo del UDI con el servicio de salud; identificación de la red de usuarios, sus hábitos y lugares relacionados con el uso con vistas a efectuar la prevención; estímulo a la adopción de prácticas sexuales seguras y distribución de condones; estímulo al auto cuidado y utilización de técnicas procurando el uso no compartido de agujas y jeringas; canje de equipos de inyección (jeringas y agujas) en la proporción “me devuelves una usada te entrego una nueva”; recolección, acondicionamiento y descarte adecuado de los residuos del material punzocortante.

O sea, es una estrategia que no se preocupa sólo por la distribución de condones y del canje de material punzocortante sino también tiene una preocupación fundamental con el protagonismo de los usuarios y su organización y con la construcción de la identidad de éstos, desde otro parámetro, para trabajar su autoestima y su legitimidad social, recorriendo el largo proceso de reconstruir una identidad propia que les permita reconocerse en la igualdad de los derechos ciudadanos y en la diferencia personal y cultural (defendiendo así su intimidad e individualizándose).

Para finalizar recordemos el impulso que han tenido en estos últimos años las Asociaciones de Usuarios de Drogas, de Reductores de Daños y de profesionales que trabajan en el tema en los diferentes países.

La RELARD (Red Latino-Americana de Reducción de Daños) es una de esas organizaciones que tiene como misión: promover acciones de RD asociadas al uso de drogas, teniendo como prioridad la prevención del VIH/SIDA en el marco de la salud pública, de los derechos humanos y la ciudadanía. Una Red como ésta tiene también la intención de apoyar la diseminación de programas en los diferentes países de América Latina y el Caribe con el objetivo de: a) prever el uso indebido de drogas y las infecciones por el VIH y otros agentes de transmisión sexual y sanguínea; b) reducir o estabilizar la transmisión del VIH y de

otras enfermedades de transmisión sexual y sanguínea entre UDIs; c) incentivar el protagonismo del usuario y su organización. Hoy son parte de la RELARD redes nacionales de Bolivia, Paraguay, Chile, Brasil, Uruguay, Argentina y América Central y el Caribe (más recientemente).

El VIH/SIDA y las poblaciones privadas de libertad

La prevalencia e incidencia de infectados y enfermos de VIH/SIDA en el medio penitenciario es especialmente significativa en todos los países del mundo. En este medio, las prácticas de riesgo más importantes para la transmisión del virus son el uso compartido de material de inyección para el consumo de drogas y las relaciones sexuales desprotegidas, tanto aquellas mantenidas dentro de la institución como las mantenidas a través de las visitas íntimas.

Desde el inicio de la epidemia se previó que las poblaciones privadas de libertad se tornarían preferencialmente vulnerables al VIH por la alta frecuencia de prácticas de riesgo y las condiciones institucionales desfavorables para la adopción de conductas más seguras.

La previsión se confirmó. Poco tiempo después de los primeros casos de VIH, ya se registraban en varios estudios realizados en presidios de los EUA, Francia, España, Italia y otros países, niveles de infección con valores que oscilaban entre el 10 y el 20%. En Brasil, a pesar de la imposibilidad ética y metodológica (no se permite el test sin consentimiento de la persona) de establecer un índice de infección de los detenidos del país, algunos estudios resultaron con valores bastante variables que llegaron a alcanzar el 20% en las cárceles de las grandes metrópolis. Según una investigación hecha por la Universidad de Sao Paulo, los mayores índices de infección por el virus se encontraban en los presidios de la región Sudeste, área que incluye a Sao Paulo y su enorme población de reclusos, donde el índice se acercó al 30%.

En general los estudios muestran que la prevención de la transmisión del VIH entre poblaciones privadas de libertad es aún un importante y difícil problema que permanece sin solución efectiva. El uso de drogas inyectables y la práctica de sexo homosexual son comportamientos de alta prevalencia entre detenidos de varios países, al igual que los crímenes contra la propiedad esti-

mulados por la necesidad de tener dinero para poder adquirir la droga son los responsables de la prisión de un número importante de UDIs. Esto hace que el número de UDIs presos sea considerablemente alto creando condiciones para la transmisión del VIH y de las hepatitis en las prisiones.

En rigor, en la mayoría de los países no se conoce el número exacto de infectados en el sistema penal. Sin embargo las informaciones disponibles permiten hacer un cálculo y afirmar que son muy altos los índices de prevalencia del virus del SIDA y que el fenómeno está vinculado al origen socio-económico, baja escolaridad, ruptura con las estructuras familiares y comunitarias, frecuencia de comportamientos y de prácticas de riesgo como el uso de drogas y múltiples relaciones sexuales sin protección.

A estos determinantes sociales podemos sumarles las condiciones institucionales desfavorables y, principalmente, la falta de servicios que proporcionen asistencia, prevención y promoción de la salud. En el caso de existir algún programa de prevención y asistencia, generalmente no tiene continuidad y/o existen pocos profesionales para ejecutarlo. Es importante también enfatizar la movilidad que los reclusos tienen entre las diferentes instituciones carcelarias, por cambios de regímenes, progresión de la pena, transferencias constantes, etcétera. Tornando más aguda la situación de la epidemia considerando que el sujeto se vincula con diferentes personas en diferentes lugares.

Es importante aclarar la escasez de trabajos presentados sobre este tema en el Foro 2003, así como la dificultad para hallar material estadístico y de investigación en América Latina y el Caribe. Aun así existen algunas recomendaciones de organismos internacionales que definen como indispensables los siguientes principios de actuación para el control de la epidemia entre esta población.

1. Evidenciar la movilidad de las poblaciones reclusas, rescatando la importancia que tiene en el mantenimiento y diseminación de la epidemia misma entre la población en general.
2. Considerar las condiciones precarias de asistencia a la salud de los reclusos infectados o enfermos, facilitando la mejoría de estos servicios.
3. Contemplar las relaciones familiares de los reclusos como objeto de acciones de prevención.

4. Garantizar indistintamente la distribución de condones para toda la población reclusa, rompiendo con el concepto del derecho sexual restringido a los reclusos heterosexuales o a los que tienen parejas fijas.
5. Garantizar programas de reducción de daños que trabajen en la prevención y/o el uso responsable de drogas.
6. Estimular los proyectos con las organizaciones no gubernamentales, garantizando que ocurran en consonancia con los órganos gubernamentales responsables.
7. Capacitar técnicos y reclusos buscando la prevención de las ITS/VIH/SIDA y la mejoría en la calidad de la asistencia.
8. Sensibilizar sobre las cuestiones relacionadas con la salud, por medio de talleres y seminarios a los responsables del sistema penitenciario, jueces de ejecución, promotores de justicia y otras autoridades.
9. Considerar a los funcionarios del sistema penitenciario también como población objeto de las acciones de prevención.
10. Estimular acciones que aumenten la interrelación entre las unidades penitenciarias y otras instituciones de la comunidad.
11. Incluir a las instituciones destinadas a adolescentes infractores o abandonados en sus prioridades.

Retos al futuro: remontando la exclusión y accediendo a la salud como derecho

El desproporcionado impacto de la epidemia en las poblaciones más excluidas y vulnerables no debe ser visto como algo “natural”, pero sí como algo que tiene íntima relación con una mayor vulnerabilidad de esta población frente a este problema de salud pública.

La reducción de dicha vulnerabilidad no puede ocurrir sólo a través de cambios de conducta individual, sino que depende en una medida importante de la modificación de las condiciones de exclusión social que afectan la calidad y cantidad de vida de estos grupos. Ellos también deben tener el derecho asegurado de acceder a servicios de prevención y atención a la salud en el marco de un pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Creemos necesario insistir en el hecho de que los Estados y la sociedad en su conjunto tienen el deber de actuar frente a la severa infección por VIH en las poblaciones más excluidas y pauperizadas, de tal manera que respondan tanto a prácticas efectivas de salud pública como a estándares adecuados de atención a sus derechos humanos. Cobra importancia el examen de los factores estructurales que producen, aumentan o inciden en la vulnerabilidad de ciertas comunidades. Se advierte que una de las dimensiones fundamentales es la pobreza. En muchos países en donde la epidemia ha impactado desproporcionadamente a poblaciones en situación de mayor exclusión y vulnerabilidad, se observa una clara relación del incremento de la epidemia con variables como mayores niveles de pobreza, el limitado acceso a información y servicios de salud y la prevalencia del comercio sexual.

Es indispensable que una actuación eficaz de combate a la epidemia dé respuestas pautadas en la ciencia, en la política y en la ética. Es decir, es un gran desafío para todos aquellos que trabajamos con la epidemia y que somos profesionales de esta área no depender sólo de las soluciones técnicas.

De cualquier forma, no tenemos dudas, que el desarrollo de nuevas tecnologías para la prevención y el tratamiento serán siempre prioridades. Pero una respuesta técnica no puede estar distanciada de una respuesta política y ética.

Sin realizar cambios a largo plazo en la estructura de la sociedad, en las relaciones de poder que someten a ciertas poblaciones a mayor vulnerabilidad (al mismo tiempo que protegen a otras), no podemos tener la expectativa de frenar la epidemia.

Reconocer la necesidad de un cambio a largo plazo como única respuesta realmente efectiva no quiere decir, de manera alguna, que nada puede ser hecho a corto plazo. De cualquier forma, las políticas e intervenciones que pretenden ofrecer una respuesta a corto plazo para la epidemia solamente serán efectivas en la medida en que sean planeadas y articuladas conscientemente dentro de una visión más amplia de cambio social.

En último análisis, ni la ciencia ni la política son concebibles, fuera o separadamente, de una visión ética más amplia, enraizada en una filosofía moral capaz de dar significado a nuestro trabajo y capaz de respetar —al mismo tiempo que sobrepasar— las particularidades y diferencias que nos definen.

Dentro de una perspectiva más amplia, cabe reconocer el derecho a la salud como uno de los derechos más fundamentales de los seres humanos y entender que no es posible promover la salud sin condiciones mínimas de nutrición, habitación, educación y empleo como garantías. O sea, es exactamente por no garantizar estos derechos y por la violación sistemática de los mismos que se engendran cuadros de desigualdades, de asimetrías profundas en la dinámica de la epidemia y en el acceso a recursos preventivos y terapéuticos.

El gran reto para el futuro es trabajar juntos para vencer la opresión, discriminación y violencia que se encuentran en todo lugar detrás de la forma y estructura aparentes de la epidemia. De esta forma, el enfrentamiento de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe tiene que pasar por transformaciones sociales de fondo para responder a las inequidades de forma correspondientes a la dimensión de las necesidades de los más vulnerables. Por lo tanto, se hace imperativo que los gobiernos y la sociedad civil establezcan planes de desarrollo social y económico en los que se considere prioritariamente a los sectores más vulnerables de nuestra sociedad en relación con la epidemia. Éste es un reto ineludible para enfrentar responsablemente la epidemia del VIH/SIDA.

Bibliografía

- ALTMAN, D., 1986. AIDS in the mind of America. In: *Doubleday*, Garden City, New York.
- ANARFI, J., 1993. Sexuality, migration and AIDS in Ghana: A socio-behavioral study. In: *Health Transition Review*, 3 (Sup.):45-67.
- ARCHAVANITKUL, K. & GUEST, P., 1994. Migration and the commercial sex sector in Thailand. *Health Transition Review*, 4 (Sup.):273-295.
- AYRES, J. R. C. M., 1996. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ter: A vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas de abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: *Papel de Educação na Ação Preventiva ao Abuso de Drogas e às DST/AIDS* (D. A. Tozzi, N. L. Santos, C. M. Amaraó, E. Almeida, E. J. Silva & M. L. Pereira, eds.), pp. 15-24, São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação.

- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA Jr., I.; CALAZANS, G. J. & SALETTI FILHO, H. C., 1999. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: *Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder* (R. M. Barbosa & R. Parker, eds.), pp. 49-72, São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BASTOS, F. I., 1996. Ruína & Reconstrução: AIDS e Drogas Injetáveis na Cena Contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ.
- BASTOS, F. I. & SZWARCOWALD, C. L., 2002. AIDS e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. In: *Cadernos de Saúde Pública v.16 supl.1*, Rio de Janeiro.
- BOURDIEU, P. & PASSERON, J.-C., 1982. A Reprodução. Elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- BRONFMAN, M., 2003. Enfrentando las raíces de la epidemia em grupos específicos: el caso de las poblaciones móviles. Conferencia presentada en el Foro 2003, La Habana, Cuba.
- BRONFMAN, M., LEYVA-FLORES, R., NEGRONI, M., 1999. Proyecto Poblacionales Moviles y VIH/SIDA en Mesoamerica. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Trabajo presentado en el Foro 2003, La Habana, Cuba.
- CACERES, C. F.; TORO-ALFONSO, J., 2002. SIDA y sexo entre hombres en América Latina, Cáceres et al. Editores.
- CASTELLS, M., 1999. A Era da Informação. In: *A Sociedade em Rede*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- CASTELLS, M., 1998. The Information Age, III: End of Millenium. Oxford: Blackwell.
- CASTRO, A.; FARMER, P., 2003. El SIDA y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. In: *Cuadernos de Antropología Social*, en prensa. 1.
- CASTRO, A.; 2003. Determinantes sócio-políticos de la infección por el VIH: violència estructural y culpabilización de la victima. Conferencia presentada em el Foro 2003, La Habana, Cuba.
- CHIRIBOGA, C. R., 1997. Introducción. Mujer y SIDA: Conceptos sobre el tema. In: *Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina* (B. Rico, S. Vandale, B. Allen & A. L. Liguori, eds.), p. 22, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- CONNELL, R.W., 1987. Gender and power. Cambridge, MA: Polity.

- CORPORACIÓN CHILENA DE PREVENCIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA, 1997. De amores y sombras: poblaciones y culturas homo y bisexuales en hombres de Santiago. Santiago, Chile: Autor.
- DANIEL, H. & PARKER, R., 1991. AIDS: A Terceira Epidemia. São Paulo: Iglu.
- DECOSAS, J., 1996. HIV and development. In: *AIDS*, 10 (Sup. 3):S69-S74.
- DES JARLAIS, D. C.; FRIEDMAN, S.; CHOOPANYA, K.; VANICHSENI, S. & WARD, T. P., 1992. International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users. In: *AIDS*, 6:1.053-1.068.
- FARMER, P., 1992. AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame. Berkeley: University of California Press.
- FARMER, P., 1999. Infections and Inequalities. Berkeley: University of California Press.
- FARMER, P., 1995. Culture, poverty and the dynamics of HIV transmission in rural Haiti. In: *Culture and Sexual Risk: Anthropological Perspectives on AIDS* (H. Brummelhuis & G. Herdt, eds.), pp. 3-28, New York: Gordon & Breach.
- FONSECA, M. G. P. & CASTILHO, E. A., 1997. Os casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1980-1997. In: *Boletim Epidemiológico-AIDS*, X:6-14.
- FRIEDMAN, S. R.; SOTHERAN, J. L.; ABDUL-QUADER, A.; PRIMM, B. J.; DES JARLAIS, D. C.; KLEINMAN, P.; MAUGE, C.; GOLDSMITH, D. S.; EL-SADR, W. & MASLANSKY, R., 1987. The AIDS epidemic among blacks and Hispanics. In: *Milbank Quarterly*, 65 (Sup. 2):455-499.
- FRIEDMAN, S. R.; JOSE, B.; DEREN, S.; DES JARLAIS, D. C. & NEAIGUS, A., 1995. Risk factors for human immunodeficiency virus seroconversion among out-of-treatment drug injectors in high and low seroprevalence cities. The National AIDS Research Consortium. In: *American Journal of Epidemiology*, 142:864-874.
- FRIEDMAN, S. R.; FURST, R. T.; JOSE, B.; CURTIS, R.; NEAIGUS, A.; DES JARLAIS, D. C.; GOLDSTEIN, M. F. & ILDEFONSO, G., 1998. Drug scene roles and HIV risk. In: *Addiction*, 93:1403-1416.
- FREIRE, P., 1970. Pedagogia del oprimido. In: *Siglo XXI*, Madrid.
- GALVAN, L. (Org.), 2002. Diagnóstico estratégico da situação da epidemia da Aids e das doenças sexualmente transmissíveis em Municípios Fronteiriços no Brasil (apostila). Population Council/USAID/Ministério da Saúde, Brasília

- GOFFMAN, E., 1961. *Asylums: Essays on the social situation of menthal patients and other inmates*. Anchor Books, Garden City, New York.
- GOFFMAN, E., 1963. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Anchor Books, Garden City, New York.
- GOLTZMAN, P. *et al.*, 2003. Reducción de Daños y Prevención del VIH entre población joven de barrios pobres de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Intecambios Asociación Civil. Trabajo presentado en el Foro 2003, La Habana, Cuba.
- GRANGEIRO, A., 1994. O perfil sócio-econômico da AIDS no Brasil. In: *A AIDS no Brasil* (R. Parker, C. Bastos, J. Galvão & S. Pedrosa, ed.), pp. 91-128, Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Editora Relume-Dumará.
- GRUND, J. P.; STERN, L. S.; KAPLAN, C. D.; ADRIAANS, N. F. & DRUCKER, E., 1992. Drug use contexts and HIV-consequences: The effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx. In: *British Journal of Addiction*, 87:381-392.
- INCHAURRAGA, S. & HURTADO, G., 2003. Un factor clave en la epidemia: La Penalización de la Tenencia de Drogas para consumo personal en Argentina. ARDA. Trabajo presentado en el Foro 2003, La Habana, Cuba.
- KRENISKE, J., 1997. AIDS in the Dominican Republic: Anthropological reflections on the social nature of disease. In: *AIDS in África and the Caribbean* (G. C. Bond, J. Kreniske, I. Susser & J. Vincent, eds.), pp. 33-50, Boulder: Westview Press.
- LARVIE, P., 1997. Homophobia and the ethnoscape of sex work in Rio de Janeiro. In: *Sexual Culture and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives* (G. Herdt, ed.), pp. 143-164, Oxford: Clarendon.
- LURIE, P.; HINTZEN, P. & LOWE, R. A., 1995. Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: The roles of the International Monetary Fund and the World Bank. *AIDS*, 9:539-546.
- MANN, J. M.; TARANTOLA, D. & NETTER, T. W., 1993. *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.
- MANN, J. M. & TARANTOLA, D., 1996. *AIDS in the World II*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- MATTOS, R., 1999. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: Algumas

- reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à AIDS no Brasil* (R. Parker, J. Galvão & M. S. Bessa, ed.), pp. 29-90, São Paulo: Editora 34.
- ONUSIDA, 2002a. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. ONUSIDA, Ginebra.
- ONUSIDA, 2002b. Aide-mémoire: Accélérer l'accès au traitement et à la prise en charge. ONUSIDA, Ginebra.
- ONUSIDA, 2002c. HIV Voluntary Counselling and Testing : A Gateway to prevention and care. ONUSIDA, Ginebra.
- ONUSIDA, 2002d. A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS stigma and discrimination. ONUSIDA, Ginebra.
- PARKER, R., 1993. The negotiation of difference: Male prostitution, bisexual behavior and HIV transmission in Brazil. In: *Sexuality, Politics and AIDS in Brazil* (H. Daniel & R. Parker, eds.), pp. 85-96, London: The Falmer Press.
- PARKER, R., 1996. Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/ AIDS. In: *AIDS*, 10 (Sup. 3):S27-S31.
- PARKER, R., 1997. Migration, sexual subcultures, and HIV/AIDS in Brazil. In: *Sexual Culture and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives* (G. Herdt, ed.), pp. 55-69, Oxford: Clarendon.
- PARKER, R.; KHAN, S. & AGGLETON, P., 1998. Conspicuous by their absence? Men who have sex with men (MSM) in developing countries: Implications for HIV prevention. *Critical Public Health*, 8:329-346.
- PARKER, R., 2000. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA.
- PARKER, R. & AGGLETON, P., 2001. Estigma, Discriminação e Aids. Rio de Janeiro: ABIA.
- PARKER, R. & CAMARGO Jr., R. K., 2000. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. In: *Cadernos de Saúde Pública v.16 supl.1*, Rio de Janeiro: ABIA.
- PINHO, M. D. G., 1998. Vulnerabilidade da população negra ao HIV/AIDS. In: *População Negra em Destaque* (E. Berquó, ed.), pp. 56-58, São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos

- RESTREPO, L.C., 1994. La fruta prohibida: La droga como el espejo de la cultura. Bogotá: Doble Clic Editoras.
- ROMERO-DAZA, N. & HIMMELGREEN, D., 1998. More than money for your labor: Migration and the political economy of AIDS in Lesotho. In: *The Political Economy of AIDS* (M. Singer, ed.), pp. 185-204, Amityville: Baywood Publishing Co.
- SANT'ANNA, W., 1998. IBGE e a nova classificação racial. Decifra-me ou te devoro. In: *População Negra em Destaque* (E. Berquó, ed.), pp. 42-48, São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos Populacionais.
- SCARLATTA, L. 2003. Abordaje comunitario de la Reducción de Daños con adolescentes y jóvenes vulnerabilizados socialmente. IDES. Trabajo presentado en el Foro 2003, La Habana, Cuba.
- SENNETT, R., 1999. A Corrosão do Caráter. Rio de Janeiro: Record.
- SINGER, M., 1994. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor: The perspective of critical medical anthropology. In: *Social Science and Medicine*, 39:931-948.
- SINGER, M., 1998. *The Political Economy of AIDS*. Amityville: Baywood Publishing Co.
- SONTAG, S., 1978. *Illness as metaphor*. Farrar, Straus and Giroux, New York.
- SONTAG, S., 1988. *Aids and its metaphor*. Farrar, Straus and Giroux, New York.
- SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; CHEQUER, P. N. & CASTILHO, E. A., 1998. The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. In: *International Journal of Drug Policy*, 9:427-436.
- TAN, M. L., 1993. Socioeconomic impact of HIV/AIDS in the Philippines. In: *AIDS Care*, 5:283-288.
- WALLACE, R., 1988. A synergism of plagues: "Planned shrinkage", contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. In: *Environmental Research*, 47:1-33.
- WALLACE, R., 1990. Urban desertification, public health and public order: "Planned shrinkage," violent death, substance abuse and AIDS in the Bronx. In: *Social Science and Medicine*, 31:801-813.

- WALLACE, R.; FULLILOVE, M. T.; FULLILOVE, R.; GOULD, P. & WALLACE, D., 1994. Will AIDS be contained within U.S. minority urban populations?. In: *Social Science and Medicine*, 39:1051-1062.
- WALLACE, R. & WALLACE, D., 1995. U.S. apartheid and the spread of AIDS to the suburbs: A multi-city analysis of the political economy of spatial epidemic threshold. In: *Social Science and Medicine*, 41:333-345.
- WODAK, A., 1998. Health, HIV Infection, human rights, and injecting drug use. In: *Health and Human Rights*, 2:24-41.

LOS COMPROMISOS DE UNGASS Y EL FONDO GLOBAL. SEGUIMIENTO, BALANCES Y PERSPECTIVAS (PREVENCIÓN, ATENCIÓN INTEGRAL Y TARV, DERECHOS HUMANOS)

PRIMERA PARTE

Carlos García de León

Introducción

Por primera vez en la historia de las Naciones Unidas una epidemia motivó la celebración, en junio del 2001, de un *Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas* dedicado al VIH/SIDA (UNGASS). La Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, resultado del mencionado período y adoptada por los países miembros de las Naciones Unidas, establece compromisos y acciones en los planos mundial, regional, subregional y nacional, abarcando temáticas que van desde el liderazgo, la prevención, la atención, apoyo y tratamiento, la relación del binomio VIH/SIDA con los derechos humanos, la reducción de la vulnerabilidad, la orfandad a causa del VIH/SIDA, la mitigación de los efectos sociales y económicos, hasta la investigación y el desarrollo, la situación de la epidemia en regiones afectadas por conflictos y desastres naturales, los recursos y el seguimiento. (1) La Declaración reafirma los compromisos contraídos por los países en relación con el VIH/SIDA anteriormente, tales como la Declaración del Milenio, los de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo así como diversas Declaraciones y Programas regionales. (2)

La Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA

La Declaración ha sido un logro en varios sentidos, pues visualiza a la epidemia como una emergencia global, reconoce la vinculación de la epidemia entre la pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo, considera situaciones contextuales tales como factores culturales, familiares, éticos, políticos, religiosos, sociales, jurídicos y económicos; incluye acciones para combatir el estigma y la discriminación en el marco de los derechos humanos; establece la prevención, atención y apoyo social como elementos inseparables, promoviendo el acceso a tratamientos incluyendo aspectos relacionados con los costos, la producción local y el establecimiento de acuerdos comerciales. Así mismo se promueve la participación de diversos actores en la respuesta, incluidas las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). Establece metas cuantitativas para ser cumplidas en diferentes plazos. Reconoce la necesidad de recursos nuevos, sostenidos y adicionales por lo que insta al establecimiento de un fondo mundial para hacer frente a la epidemia eficazmente. (3) Hubo aspectos controvertidos como el tema de la inclusión de los medicamentos anti-retrovirales (ARV) en el tratamiento integral, que no sea explícita la situación y las acciones dirigidas a poblaciones en vulnerabilidad y riesgo como los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), los usuarios de drogas inyectables (UDI) y las trabajadoras y trabajadores del sexo comercial (TSC), (4) entre otros.

La Declaración describe en el preámbulo el alcance y los efectos de la epidemia así como las formas de enfrentarla. Prosigue con el Compromiso del quehacer de los gobiernos por sí mismos, estableciendo alianzas internacionales y regionales así como en colaboración con la sociedad civil para invertir el curso de la epidemia. Es una afirmación de la promesa de los Estados sobre lo que debería hacerse para luchar eficientemente contra el VIH/SIDA y sobre el compromiso a realizar. (5) La redacción de la Declaración marcó un hito en la historia, al reconocer los efectos devastadores de la epidemia y aceptar que constituye una emergencia mundial, al verificar, por ejemplo, que el 90% de las personas que viven con VIH/SIDA están en países en desarrollo y que el 75% se encuentra en África. (6) Los Estados expresaron su preocupación al reconocer a la epidemia como amenaza para el desarrollo, la estabilidad social

y política, la seguridad alimentaria y la esperanza de vida, así como que impone una devastadora carga económica para los Estados, por lo que es indispensable la adopción de medidas urgentes y excepcionales. (7) Se reconoció también que otras regiones, aparte de África, han sido gravemente afectadas, en particular la región del Caribe, que tiene la tasa de infección por VIH más alta después de la del África subsahariana, la región de Asia y el Pacífico, América Latina (con 1.5 millones de personas que viven con VIH/SIDA) y Europa Central. (8) Por ello proponen la adopción de medidas de excepción y advierten que de no hacerse se puede producir una rápida propagación de la epidemia y de sus secuelas en todo el mundo.

Al reconocer al liderazgo en todos los planos de la sociedad como esencial para una eficaz acción, se comprometieron para el 2003 a asegurar estrategias y planes de financiamiento nacionales para enfrentar al estigma y la discriminación que entrañen la colaboración con la sociedad civil, el sector empresarial y grupos vulnerables, aumentar la capacidad de los sistemas de salud, educación y justicia, así como a incorporar las prioridades de prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH/SIDA en los planes de desarrollo. (9)

Al afirmar que la prevención debe ser la base de la acción se comprometieron que para el 2003 establecerían metas para reducir la prevalencia del VIH entre jóvenes de 15 a 24 años de edad y reducirla en un 25% para el año 2005 en los países más afectados y en el 2010 en un 25% a nivel mundial. Para el 2003 establecer metas de prevención que aborden los factores que propagan la epidemia y reducir la incidencia del VIH entre los grupos con tasas de infección elevadas o en mayor riesgo de infección. (10) Para el 2005 poner en práctica programas para migrantes y otras poblaciones móviles. Asegurar que para el 2005 el 90% de los jóvenes tengan acceso a la información, la educación, servicios y habilidades a fin de disminuir su vulnerabilidad. Reducir en un 20% para el 2005 y en un 50% para el 2010, el número de lactantes infectados por el VIH. (11)

Al reconocer que la atención, el apoyo y el tratamiento son elementos fundamentales de una acción eficaz, los gobiernos se comprometieron a establecer estrategias para fortalecer los sistemas de atención de la salud, proporcionar, en la medida de lo posible, tratamientos de la más alta calidad y fortalecer las

normas farmacéuticas para promover la innovación y el establecimiento de industrias nacionales compatibles con el derecho internacional, para el 2003. Para el año 2005 establecer estrategias integrales de atención para las personas que viven con VIH/SIDA y hacer más eficaces los sistemas de acceso a los medicamentos y a tecnologías de diagnóstico. (12)

Para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA, los gobiernos reconocieron que es indispensable el respeto a los derechos humanos y las libertades, por lo que se comprometieron para el 2003 a hacer cumplir leyes y otras medidas para eliminar la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los grupos vulnerables. Para el 2005 aplicar estrategias que promuevan el adelanto y “potenciación” de la mujer, la protección de sus derechos promoviendo la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres. (13)

Los gobiernos afirmaron la prioridad para los que están en situación vulnerable, por lo que establecieron compromisos para que en el 2003 se apliquen programas que traten los factores de vulnerabilidad, el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, promoviendo la participación de los grupos con tasas altas de infección o en riesgo elevado de contraer la infección. (14)

Al visibilizar las necesidades especiales de las niñas y niños huérfanos y afectados por el VIH/SIDA, se comprometieron a elaborar para el 2003 y poner en práctica en el 2005 estrategias a fin de apoyarles, asegurando el ejercicio de sus derechos y fomentando una política activa para erradicar el estigma. (15)

Al reconocer que la inversión en el desarrollo sostenible es hacer frente al VIH/SIDA y para mitigar los efectos de la epidemia, acordaron para el 2003 evaluar los efectos económicos y sociales de la epidemia y elaborar estrategias para enfrentarlos, incluyendo estrategias para erradicar la pobreza y crear políticas y leyes de protección laboral para personas que viven con VIH/SIDA, afectadas o en riesgo de contraerlo. (16)

Para avanzar en la investigación y el desarrollo se comprometieron a aumentar y acelerar la investigación en torno a las vacunas, aumentar la investigación para mejorar la prevención, la atención, la comprensión de la epidemia y un entorno ético para la investigación. Para el 2003 asegurar que los protocolos de investigación sean evaluados por comités independientes de ética con la participación de personas que viven con VIH/SIDA. (17)

Ya que los conflictos y los desastres contribuyen a la propagación del VIH/SIDA, se comprometieron para el 2003 a elaborar y aplicar estrategias integrales en el marco de emergencias y de asistencia internacional, así como en los servicios militares y asegurar que el personal que participa en el mantenimiento de la paz tenga formación al respecto del VIH y su prevención. (18)

Ya que sin recursos nuevos, adicionales y sostenidos no se puede enfrentar el desafío que supone el VIH/SIDA, definieron que los recursos para la acción mundial sean sustanciales, sostenidos y que logren resultados, alcanzando en el 2005 la meta de destinar de 7,000 a 10,000 millones de USD en países de ingresos bajos y medianos, así como en países con tasas elevadas de infección o con riesgo de que esto ocurra. Aumentar las asignaciones presupuestarias para la lucha contra el VIH/SIDA y asegurarse de que los ministerios pertinentes hagan lo propio, así como compromisos relacionados con el Fondo Global para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, entre otros. (19)

Ya que es esencial mantener el impulso y supervisar los avances, los gobiernos se comprometieron a evaluar periódicamente los avances alcanzados en el cumplimiento de los objetivos de la Declaración, difundir ampliamente los resultados y hacerlo de manera conjunta con la sociedad civil, las personas que viven con VIH/SIDA y grupos vulnerables. Para el 2003 establecer sistemas de supervisión para la protección de los derechos humanos de personas que viven con VIH/SIDA, además de compromisos de seguimiento en los planos regional y mundial. (20)

La situación en América Latina y el Caribe

Actualmente un millón novecientas mil personas viven con VIH/SIDA en la región, aportando el 5% del total de casos de SIDA en el mundo. En el Caribe y América Central el VIH ha alcanzado a la población general, mostrando altas tasas de infección en al menos 12 países. El binomio VIH/SIDA es una de las principales causas de muerte y la esperanza de vida se ha reducido en 0.6 por el impacto en la mortalidad por causa del SIDA. (21) Se estima que 210 mil personas adquirieron la infección en 2002; que un aproximado de 100 mil personas murieron por causa del VIH/SIDA en la región en el 2001, en contra-

posición, en los Estados Unidos de América, con casi un millón de personas que viven con VIH/SIDA, solamente murieron 15 mil en el mismo año. En Brasil con 600 mil PVVS murieron 8,400; las muertes relacionadas con el SIDA en ese país declinaron tras la inclusión del acceso universal a terapias con anti-retrovirales (ARV), la mediana de sobrevivencia en 1985 era de 18 meses tras el diagnóstico y para aquellos diagnosticados en 1996 se incrementó a 58 meses (22)

Sólo Brasil, Costa Rica y Argentina aseguran el acceso universal a ARV, siendo de los pocos países del mundo en desarrollo en hacerlo. Argentina enfrenta una difícil situación económica y su reto es mantener el acceso universal; ello implica que las estrategias para enfrentar la epidemia deben considerar el tema del desarrollo. El acceso insuficiente a tratamiento y atención adecuados sigue jugando un papel muy relevante en los altos niveles de morbi-mortalidad relacionada con el VIH/SIDA. Del millón y medio de PVVS en América Latina, se calcula que 180 mil reciben tratamiento con ARV y en el Caribe sólo lo hacen 20 mil de un total de 500 mil personas infectadas. Se estima que un millón doscientas mil personas se beneficiarían con tratamientos anti-retrovirales y que casi 400 mil lo necesitan con urgencia. (23)

Ante dicho contexto y en relación con la Declaración diversas acciones han sido realizadas, tanto por las instancias regionales, como por los programas nacionales de SIDA. Por ejemplo, para enfrentar los altos costos de los medicamentos, se estableció la Iniciativa de Acceso Acelerado promovida por 5 agencias de las Naciones Unidas con algunas de las farmacéuticas más reconocidas, con el objetivo de hacer los medicamentos más accesibles e incrementar las capacidades técnicas en la atención, el tratamiento y el apoyo. Algunos países de forma individual lograron acuerdos para la reducción de precios (diciembre 2001). La Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ONUSIDA lograron firmar un acuerdo (julio 2002) que beneficiará a 16 países para lograr precios reducidos de drogas ARV. En enero del 2003, seis naciones de Centroamérica también con el apoyo de la OPS y ONUSIDA lograron una reducción de al menos 55% en el costo. Recientemente, en junio del 2003 países de la región andina conjuntamente con Chile, Paraguay, México y Argentina lograron reducciones importantes con farmacéuticas y fabricantes de genéricos. (24)

El Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) que reúne a jefes de Programas Nacionales de SIDA de la región promovió encuentros regionales para llevar una postura regional a la UNGASS, en ella participaron las redes comunitarias y se ha promovido el seguimiento de los Compromisos detallados en la Declaración en los Foros regionales sobre VIH/SIDA .

Recientemente se llevó a cabo una reunión (junio 2003) de los responsables de las agencias asociadas a ONUSIDA para fortalecer la respuesta regional y como seguimiento de UNGASS; en ella signaron un acuerdo para redoblar los esfuerzos y promover acciones concretas que permitan alcanzar los compromisos adquiridos y apoyar a los gobiernos en su esfuerzo. (25)

Los estudios de cuentas nacionales elaborados por la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), demuestran la cantidad y la calidad de inversión de algunos países de la región, denotando la voluntad política y el compromiso de cada país para dar seguimiento a los compromisos adquiridos a la firma de la Declaración; ejemplo de ello es la inversión per capita que algunos países invierten en poblaciones vulnerables (2000), siendo la más alta para TSC de \$17.24 USD de Panamá y la más baja de Argentina \$0.46 USD, cuando representan al 0.5% de la población general, en contraste la inversión para hsh en el mismo año, aun cuando representan al 5% de la población general, fluctúa entre los \$2.88 USD en El Salvador y los \$0.00 USD en Panamá. (26) La discriminación aparece como la causa primordial para no invertir recursos suficientes en la prevención en los grupos en mayor vulnerabilidad y riesgo en los países de América Latina. Los recursos financieros en la región aún se consideran insuficientes para proveer adecuada y eficazmente atención y prevención. Los países más pobres dependen fuertemente de las agencias donantes (Bolivia recibe el 75% de ayuda externa, fundamentalmente de agencias bilaterales), aun así la fuente más relevante de los 1.2 billones de USD gastados en SIDA en 16 países de la región fueron los gobiernos y fueron invertidos directamente en servicios de salud (\$294 millones de USD), la segunda fuente provino de recursos privados, sobre todo de gastos de bolsillo (\$232 millones de USD); los fondos públicos invertidos no siguen un patrón homogéneo ni óptimo, (27) es por ello pertinente promover el reflejo del discurso y de los compromisos adquiridos en una asignación de recursos coherente.

Ante un complejo contexto y escenarios dispares, tales esfuerzos en su conjunto intentan dar seguimiento a los Compromisos detallados en la Declaración, sin embargo ha existido una reacción diferenciada de parte de los gobiernos de la región, en primer lugar porque los compromisos son la base para una serie de países y para otros el techo a alcanzar; las epidemias tienen diferencias sustanciales y los países capacidades y momentos políticos muy diversos, lo que no facilita la continuidad de las propuestas de trabajo; los cambios políticos y las crisis económicas y sociales recurrentes no permiten que la planeación se concrete en acciones sostenidas que produzcan el cambio. No se han creado sistemas para el monitoreo y la evaluación regionalmente y ello se refleja con claridad en los foros regionales. (28) Es por ello pertinente revisar los avances y hacer un balance para, tras el análisis, poder implementar acciones sostenidas, concretas y viables que aseguren el cumplimiento puntual de los Compromisos adquiridos por los gobiernos en los plazos planteados y adecuar los programas para las realidades particulares de la región, además de tomar en cuenta los procesos de cada una de las naciones que constituyen a una región marcada por la diversidad sociocultural y política. Es tiempo también de hacer que se apropien de la Declaración los actores involucrados en la lucha contra el VIH/SIDA, en espera de que “El espíritu de liderazgo y compromiso evidenciado en esta Declaración dará nuevo vigor e inspiración a los miles de trabajadores de salud, maestros y dirigentes comunitarios que luchan contra esta enfermedad en las regiones más pobres del mundo y a los millones que sufren sus efectos. Sabrán ahora que por fin el mundo manifiesta su voluntad —y alista los recursos— para ganar esta guerra en bien de toda la humanidad”. (29)

II Foro 2003 en VIH/SIDA, ITS en América Latina y el Caribe. Conocimiento, experiencia y alianza: estrategia para el futuro

El diseño del segundo Foro regional contempló seis temas centrales y seis ejes transversales, de manera agregada se anunció que lo relacionado a la UNGASS sería abordado dentro de los temas centrales. (30)

La Reunión Regional de América Latina y el Caribe en la implementación de la Declaración de Compromiso de UNGASS se llevó a cabo para revisar los avances y el estado regional al respecto, con dos temas prioritarios, la seguridad nacional y los avances en políticas públicas. El debate aportó al concepto de seguridad nacional, tradicionalmente interpretado en términos militares, ampliándolo hasta el concepto de la seguridad humana, tal como apareció en el Reporte de Desarrollo Humano publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, donde se asienta que “La seguridad humana puede expresarse en dos aspectos centrales. En primer lugar la seguridad ante amenazas crónicas como el hambre, las enfermedades y la represión. En segundo lugar significa la protección ante interrupciones repentinas de la vida cotidiana, tanto en el hogar, el trabajo o en las comunidades”. (31) En tal sentido el VIH/SIDA ha sido reconocido como un problema que sobrepasa la esfera de la salud, para convertirse en un asunto de seguridad mundial. Aun con ese enfoque la revisión se centró en la situación de los cuerpos armados de la región en relación con el VIH/SIDA y el Paquete de Acción Estratégica de ONUSIDA para formular intervenciones para enfrentar los retos en personal uniformado, con énfasis en reclutas jóvenes. Las diversas exposiciones permitieron observar avances regionales en la materia y probablemente traslucir desconocimiento del comportamiento sexual del personal militar. Desafortunadamente se registra sólo la visión de los Programas Nacionales de SIDA y es necesario incorporar otras visiones para integrar una mirada crítica y objetiva. (32)

Organizada por diversas agencias la Reunión de Redes para el Monitoreo de la Pandemia del SIDA y de la Red Epidemiológica para América Latina y el Caribe, analizaron las lecciones y retos para el futuro, donde se concluyó que actualmente en la región se presentan varios patrones epidemiológicos diferentes, donde coexisten las diferentes formas de transmisión del VIH, las conductas de riesgo son diversas y todas estas determinantes combinadas incrementan la transmisión del VIH en la región; la mayor parte de países tienen buenos y desarrollados sistemas de salud, personal capacitado y acceso a tecnologías avanzadas, los Programas Nacionales de SIDA están establecidos y cuentan con experiencia en la respuesta, la sociedad civil y el apoyo comunitario están uniendo sus esfuerzos a la respuesta. Mientras todo este proceso

facilita un lento impacto ante la epidemia y existen ejemplos exitosos, coexisten cantidad de problemáticas que tienen que ser resueltas en la región. (33)

Otros de los mayores obstáculos para enfrentar a la epidemia, además de la situación de inestabilidad política y social, la falta de recursos y de voluntad política, son el estigma y la discriminación; la mayor parte de los Programas Nacionales de SIDA han identificado con claridad dicha situación y son parte del accionar prioritario de los mismos, sin embargo ello facilita el que permanezca oculto el crecimiento de la epidemia; muchos países aún debaten y se deciden por no invertir en poblaciones vulnerabilizadas implementando estrategias preventivas en HSH y TSC, o ejecutando programas de intercambio de jeringas y de reducción del daño, distribución de condones, entre otras. (34)

El Foro Comunitario incluyó diversas presentaciones y talleres para el análisis y aunque en las discusiones centrales de la comunidad se mantuvo una mirada crítica acerca del avance en el cumplimiento de los compromisos que contiene la Declaración, que se continuó durante el Foro, no hubo ninguna sesión programada específicamente para tal fin; ello refleja el desconocimiento de la Declaración como herramienta para la incidencia política de parte de la comunidad en lo general. Las reuniones de las redes latinoamericanas y del Caribe sí incluyeron discusiones sucintas al respecto centrándose en el estado del Fondo Global y la participación de la sociedad civil en relación con los indicadores de la UNGASS y la poca participación en el nivel local en el seguimiento de los acuerdos, pero en una reflexión del consultor, dichas preocupaciones e intenciones no se allegaron al resto de la comunidad participante del Foro Comunitario y del Foro Regional en un sentido amplio. Los talleres de advocacy plantearon el seguimiento y la participación de la sociedad civil al respecto y resultado de ello y de los trabajos de incidencia política se formuló la Declaración de La Habana, dirigida a los Estados y gobiernos de la región que integran al GCTH, ahí se consigna la reafirmación y cumplimiento de los compromisos de la UNGASS asumidos por dichos gobiernos, se llama a la implementación de estrategias para disminuir el estigma y la discriminación para lograr una respuesta integrada y regional acorde con la Declaración. (35)

El análisis situacional inauguró los trabajos del Foro y facilitó la discusión del avance en relación con los compromisos. Los Programas Nacionales de SIDA del GCTH, fundados entre 1984 y 1990 (a excepción de Costa Rica

y Panamá, 1999 y 2000) han incluido en un 94% los acuerdos de UNGASS en su programación, (36) el presupuesto asignado a 10 de los Programas Nacionales de SIDA e ITS supera los requerimientos previstos en \$173 millones de USD, tanto en el rubro de prevención como en el de atención, (37) sin embargo la realidad parece superar a las predicciones de necesidad de gasto, pues son varios los países que no proporcionan atención integral a PVVS y el acceso a tratamientos ARV no es la constante en la región, además en la mayoría de los países en que existe el acceso a medicamentos ARV ha sido por procesos de demanda contra el Estado, presión de las PVVS y no por la intención de los gobiernos de cumplir con el acceso a la salud garantizado en sus Constituciones, leyes, reglamentos y acuerdos. (38) El desconocimiento del peso de algunas poblaciones vulnerables como los HSH y las poblaciones móviles no facilita el diseño de acciones congruentes para enfrentar efectivamente a la epidemia. (39)

Los avances en determinadas áreas permiten ver que la aplicación de medidas eficientes como el control de sangre derivan en la disminución regional de la transmisión vertical, así mismo el acceso a tratamiento gratuito para las mujeres embarazadas ha llegado al 80% de los países que participan en el GCTH, el 67% de dichos gobiernos promueve abiertamente el uso del condón, la mayoría de los países implementa intervenciones en grupos específicos además de campañas masivas; se cubre un 25% del total de las personas que viven con VIH/SIDA con tratamiento ARV; el 86% de dichos países cuentan con comisiones autónomas de derechos humanos y todos los países cuentan con leyes contra la discriminación. (40) Es por ello pertinente preguntarse si el avance en el cumplimiento de los acuerdos contraídos por los gobiernos en la UNGASS es consistente o existe una diferencia notable entre las necesidades reales y las sentidas por las comunidades afectadas.

El Foro analizó a través de diversas modalidades la situación, progresos y estado del arte en cuanto a la atención, la prevención, las políticas públicas y la respuesta social, además de presentar un amplio panorama de estudios comportamentales y epidemiológicos y del avance de las ciencias básicas. Las presentaciones dieron un panorama amplio del quehacer en el nivel local, un debate crítico y formal además de la continuidad en los pasillos del PALCO (Palacio de Convenciones).

Se presentaron trabajos relacionados con la prevención, tanto de los gobiernos como de las organizaciones de servicio en SIDA, se cuestionó la eficacia de la prevención y se acotaron los asuntos de género que transversalmente guían la implementación de las estrategias preventivas, observándose un mayor análisis de la masculinidad y su relación con las estrategias preventivas dirigidas a HSH; se presentaron abordajes diversos y enfoques novedosos como el teatro invisible y el uso de espacios comunes a las poblaciones blanco, así mismo se analizaron campañas a poblaciones específicas y experiencias múltiples en educación entre pares y algunas intervenciones a personas con necesidades especiales. (41) Se insistió en que para próximas reuniones regionales el tema de los hombres que tienen sexo con otros hombres, conceptos, identidades, experiencias, estudios y su relación con la masculinidad y la epidemia incrementen su perfil.

Se revisó la calidad de la atención y se presentaron experiencias comunitarias y gubernamentales al respecto, se incrementó notablemente el número de presentaciones sobre experiencias de adherencia y su relación con la calidad de vida además de diversas exposiciones que tocaron el tema de la atención integral y de los tratamientos con más de tres combinaciones de ARV, se presentaron múltiples experiencias de consejería y de servicios necesarios para complementar la atención, tales como las líneas telefónicas especializadas; se debatió el formato de atención de las infecciones de transmisión sexual y su relación con el VIH/SIDA; la transmisión materno infantil y el SIDA pediátrico presentaron sus avances e insistieron en la necesidad de aplicar más recursos para su ampliación; las resistencias a los ARV y a otras infecciones oportunistas fueron analizadas y se estudió la profilaxis post-exposición. (42)

El análisis del estado de las políticas públicas se presentó a manera de acciones en el ámbito local y sobre todo como experiencias de las organizaciones de la sociedad civil y de personas que viven con VIH/SIDA. Los gobiernos presentaron los avances de la incidencia política para la mejora en el acceso a ARV y la inclusión de terapias integrales en los modelos de atención. Indudablemente hizo falta un análisis amplio acerca de la asignación de recursos a políticas públicas y el monitoreo y evaluación desde la observancia ciudadana de las mismas. (43)

Los estudios del comportamiento y el estado del arte en las ciencias básicas facilitó la actualización y presentación de investigaciones de la región, anali-

zando los retos y perfiles que caracterizan a la región encontrando una amplia diversidad e importantes vacíos en el estudio del comportamiento de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad que permitieran un mejor diseño e implementación de estrategias de prevención y atención más eficaces. (44)

La respuesta social fue expuesta analizando, para el intercambio de experiencias, más los éxitos que los obstáculos y los fracasos, lo que facilitaría el debate para mejorar las estrategias y documentar adecuadamente las experiencias. (45)

Las sesiones de presentación de los avances del Fondo Global en la región permitieron la discusión y el entendimiento de su aplicación en la región. Sin embargo el taller para la revisión de los Indicadores de UNGASS contó con una asistencia de apenas 9 personas además del personal de ICASO, LACCASO y ONUSIDA. (46)

Balance y perspectivas

Tres son los retos primordiales para la región, en palabras de Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA: el primero será el mantener los logros que hasta el momento se han alcanzado en la región, el avance de los movimientos sociales y su liderazgo, el trabajo en asociación de los gobiernos y la mejora del impacto de la respuesta deberán consolidarse para fortalecer la respuesta; sin embargo un segundo reto será el de avanzar a partir de los logros alcanzados, para así modificar el estado actual de la epidemia y sus devastadores efectos, con mayor énfasis en los países con epidemias generalizadas y en el Caribe. Un tercer reto, insiste Piot, será el de romper la barrera del estigma, para con ello lograr el cabal respeto a los derechos humanos en toda la región, "...no mirándolos como un agregado en la respuesta contra el VIH/SIDA, sino como el corazón mismo de una respuesta exitosa". (47) Su llamado al escrutinio a cada uno de los gobiernos para asegurar el cumplimiento de las metas contenidas en la Declaración, convoca a los actores todos a la participación activa en el monitoreo y aún más allá, al apropiamiento de la Declaración de Compromiso no sólo como una útil herramienta, sino como una meta donde desde el ámbito en el que se actúa habrá acciones que realizar, no importando si se es parte de la respuesta del gobierno o de las sociedad civil organizada o de las múltiples or-

ganizaciones de personas que viven o están afectadas con VIH/SIDA o de la respuesta de las comunidades y de los grupos vulnerabilizados, siendo todos parte de una respuesta sólida y articulada.

El II Foro Regional no logró hacer evidente la relación de las presentaciones con el contenido y las metas puntuales de la Declaración y aunque una revisión general facilita la comprensión de la compleja dinámica de la epidemia en la región y de la calidad de la respuesta, habrá que formalizar, para su mejor articulación, las experiencias que son presentadas en los Foros; finalmente, el hilo conductor del quehacer de cada Programa Nacional de SIDA, de cada una de las acciones emprendida por los sectores públicos, sociales y privados, debiera ser la convocatoria de las Naciones Unidas a través de una Asamblea Especial y su mejor producto, la Declaración.

Es indudable que hizo falta una revisión más profunda y de conjunto, acercando a tomadores de decisiones, a ejecutores, a las diversas voces de la comunidad y a las personas afectadas por el VIH/SIDA para articular el seguimiento y conjuntar esfuerzos encaminados a cumplir puntualmente con lo prometido por nuestros gobiernos.

Habrá que documentar las experiencias y promover la realización de subsecuentes encuentros, foros y congresos que aseguren la medición de la calidad del compromiso de los gobiernos para cumplir con los compromisos de la UNGASS. (48) El Consejo Internacional de Organizaciones con Trabajo en VIH/SIDA (ICASO) y su correspondiente Latinoamericano y del Caribe (LACCASO) ya plantean una documentación del proceso y las redes de la región planean la incidencia en la participación directa de la sociedad civil en el monitoreo y seguimiento de la Declaración, tanto en el nivel local como en el subregional y regional.

Algunas preguntas quedan sin respuesta; al observar con detenimiento el informe de los avances presentados en el Foro que aquí se relata podría el lector tener la falsa sensación de que importantes avances se han hecho en la región; es indudable que es así, que los recursos asignados superan las expectativas, sin embargo la realidad en las comunidades, la que se vive y respira lo mismo en las calles de Cochabamba o de Haití no parece tener la misma percepción. ¿Será que falta ampliar la cantidad y calidad de las estrategias? ¿Es necesaria una revisión más profunda para verificar que se llega efectiva-

mente a las poblaciones blanco, las más vulnerables, las que tienen prácticas de riesgo? ¿Es factible que la clandestinidad de los comportamientos los hagan invisibles a los ojos del investigador? Si los gobiernos han capacitado al personal de salud y se han implementado estrategias efectivas para la prevención y la atención, ¿por qué se incrementa dramáticamente el número de infecciones y las cepas multirresistentes avanzan irremediablemente?

Los cambios de comportamiento al parecer y pese a lo documentado en la literatura científica, no han llegado al corazón de la epidemia, al espacio oscuro donde dos jóvenes deciden, sin pensarlo, mantener un viejo ritual amoroso inseguro; tampoco al espacio de lo prohibido, ahí donde dos hombres comparten mucho más que placer antes de llegar con sus familias. Modificar el comportamiento persiste como el reto a vencer, a enfrentar con inteligencia y con recursos, articulando esfuerzos y venciendo prejuicios que facilitan la instalación del estigma y la discriminación como parte de la riqueza cultural de la región latinoamericana y del Caribe.

El compromiso establecido por cada uno de los Estados miembro de las Naciones Unidas al signar la Declaración manifiesta su preocupación al reconocer que por sus dimensiones, la epidemia del VIH/SIDA constituye una emergencia mundial y uno de los más graves desafíos para la vida y la dignidad del ser humano, afectando las esferas todas del convivir humanos. El actuar en congruencia es necesario, es fundamental y la prioridad de cada uno de los que estamos actuando como parte de la respuesta.

Referencias

- 1) Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA (Edición para distribución en México), 2001, 1-44.
- 2) *Idem.*
- 3) Uribe P. Presentación de UNGASS, México DF, Octubre 2001.
- 4) *Idem.*
- 5) ONUSIDA, Mantener la Promesa, Resumen de la Declaración de Compro-

miso en la lucha contra el VIH/SIDA, (Versión Española), Ginebra, Suiza, Junio de 2002, 4-5.

- 6) *Idem.*
- 7) *Idem.*
- 8) Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA (Edición para distribución en México), 2001, 8-44.
- 9) *Idem.*
- 10) *Idem.*
- 11) *Idem.*
- 12) *Idem.*
- 13) *Idem.*
- 14) *Idem.*
- 15) *Idem.*
- 16) *Idem.*
- 17) *Idem.*
- 18) *Idem.*
- 19) *Idem.*
- 20) *Idem.*
- 21) ONUSIDA, Epidemiological situation of HIV in Latin America and the Caribbean-2003, Meeting of UN Cosponsors Fact Sheet, Washington, June 2003.
- 22) ONUSIDA, Care, Treatment and support for People Living with HIV/AIDS, the Region of the Americas, Meeting of UN Cosponsors Fact Sheet, Washington, June 2003.
- 23) *Idem.*
- 24) *Idem.*
- 25) UNAIDS, Strengthening the UN response to HIV/AIDS in Countries in Latin America and the Caribbean, Regional Follow up to the UNGASS (Proposed Statement), Meeting of UN Cosponsors, Washington, June 2003.
- 26) Izazola J. Estudios de Cuentas Nacionales, SIDALAC, citado en: Summary Findings, Meeting of UN Cosponsors, Washington, June 2003.
- 27) *Idem.*

- 28) García de León C., UNGASS ¿Qué Hacer...?, Seminario de derechos humanos y SIDA: La insostenibilidad de una crisis, Foro Social Mundial, Porto Alegre, Brasil, Enero 2003.
- 29) Annan Kofi A. Secretario General de las Naciones Unidas, Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA (Edición para distribución en México), 2001, 3.
- 30) www.foro2003.sld.cu Programa científico. La Habana 2003; abril, 2003.
- 31) Kristofferson U. LAC regional meeting on implementing the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Foro 2003, La Habana, Cuba; abril 2003.
- 32) LACCASO, Relatoría del Taller sobre Indicadores de UNGASS, La Habana, Cuba: abril 2003.
- 33) MAP/EpiNet, HIV Infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future, La Habana, Cuba; abril 2003.
- 34) *Idem.*
- 35) Redes Comunitarias Regionales, PVVS, ONG, y OBC's. Declaración de La Habana 2003, La Habana, Cuba; abril 2003
- 36) Uribe P. ¿Dónde estamos en América Latina y el Caribe en VIH/SIDA e ITS? La Habana, Cuba; abril, 2003.
- 37) *Idem.*
- 38) González R. Atención Integral y Derechos Humanos, La Habana, Cuba; abril 2003.
- 39) Cuchi P. Situación de la epidemia en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba; abril 2003.
- 40) Uribe P. ¿Dónde estamos en América Latina y el Caribe en VIH/SIDA e ITS? La Habana, Cuba; abril, 2003.
- 41) www.foro2003.sld.cu Programa científico, Conferencias especiales, conferencias plenarias, mesas de conversación, trabajos y posters. La Habana 2003; abril, 2003.
- 42) *Idem.*
- 43) *Idem.*
- 44) *Idem.*
- 45) *Idem.*

- 46) LACCASO, Relatoría del Taller sobre Indicadores de UNGASS, La Habana, Cuba: abril 2003.
- 47) Piot P. De la Planeación a la Implementación: éxito contra el SIDA en la Región, discurso inaugural, La Habana, Cuba; abril 2003.
- 48) Redes Comunitarias Regionales, PVVS, ONG, y OBC's. Declaración de la Habana 2003, La Habana, Cuba; abril 2003.

SEGUNDA PARTE

Rodrigo Pascal

Introducción

La alarma mundial generada por la crisis de los avances de las epidemias del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria ha requerido de una respuesta global. Esta respuesta urgente y adecuada requiere de esfuerzos adicionales tanto del mundo desarrollado como del mundo en desarrollo y que esta respuesta sea acorde a los desafíos de la crisis, involucrando a los gobiernos, las agencias multilaterales, los sectores privado, voluntariados tradicionales y académicos, la investigación y fundaciones privadas.

El creciente reconocimiento de la extensión e impacto del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, ha llamado a una nueva asociación entre lo público y lo privado, dirigida a fortalecer la cooperación, incrementar la coordinación y aumentar la inversión dirigida a estas tres enfermedades, con el objeto amplio de mejorar los resultados en el ámbito de la salud. Para ello en julio del 2000, la Cumbre de los líderes del G8 respaldó en Okinawa los objetivos de desarrollo internacional respecto del VIH/SIDA, tuberculosis y malaria. En septiembre del 2000 la Comisión Europea desarrolló los lineamientos de un nuevo marco político para abordar estas tres enfermedades. En abril del 2001, el Secretario General de Naciones Unidas, hizo un llamado a la acción para la crea-

ción del Fondo Global para la lucha contra el VIH/SIDA. También en abril del 2001, líderes africanos en la Cumbre de la Organización de Unidad Africana (OUA) en Abuja, Nigeria, respaldaron la necesidad de mayores esfuerzos para la lucha contra el VIH/SIDA en el continente africano, comprometiendo su liderazgo en la causa. Declaraciones y compromisos financieros fueron establecidos antes, durante y después de la pionera Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA.

Finalmente, la buena salud es fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza y viceversa. La magnitud de la pobreza a nivel global está acompañada y exacerbada por diferentes factores, entre los cuales la salud ocupa un lugar prioritario. La crisis a causa de la expansión de las epidemias del VIH/SIDA, tuberculosis y malaria a la cual se enfrenta el mundo en desarrollo, ha significado retrocesos en el duro trabajo de los últimos 50 años que se ha ganado en desarrollo. El momentum de alto nivel de compromiso político y el consenso de que el “trabajo tradicional” no será suficiente provee al mundo de una oportunidad sin precedentes para aunar esfuerzos y crear una nueva forma de asociación mundial, que refuerce formas más eficientes de trabajar.

Es en este contexto que se establecen los principios del trabajo y el documento marco del Fondo Global, de los cuales mencionaré los que considero de mayor relevancia y serán eje para el análisis de cómo la región asume sus compromisos y los desafíos que tenemos por delante.

Propósito

El propósito del Fondo es el de atraer, dirigir y desembolsar recursos adicionales a través de una nueva asociación público-privada que realizará una contribución sostenible y significativa a la reducción de contagios, enfermedades y muertes, mitigando, en consecuencia, el impacto causado por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en los países necesitados, y contribuyendo a la reducción de la pobreza como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Principios

- a) El Fondo influirá en la obtención de recursos financieros adicionales para la lucha contra el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria.
- b) El Fondo perseguirá un enfoque integrado y equilibrado que abarque la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en la lucha contra las tres enfermedades.
- c) En las decisiones que toma para la concesión de fondos, el Fondo apoyará propuestas que:
 - Se centren en las mejores prácticas, financiando intervenciones que funcionen y puedan ser aglutinadas para tratar a la gente afectada por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.
 - Refuercen y reflejen una participación sustentable y compromiso político de alto nivel en la asignación de recursos.
 - Apoyen la intensificación sustancial y el aumento en la cobertura de intervenciones probadas y efectivas, que refuercen los sistemas de trabajo dentro del sector salud, en los departamentos gubernamentales y con las comunidades.
 - Se centren en la creación, desarrollo y expansión de asociaciones gubernamentales/privadas/ONG.
 - Refuercen la participación de las comunidades y de la gente, particularmente aquellos contagiados y directamente afectados por las tres enfermedades, en el desarrollo de las propuestas.
 - Tengan el objetivo de eliminar la estigmatización y discriminación contra personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, especialmente las mujeres, niños y grupos vulnerables.

Sección IV: Alcance

El Fondo proveerá recursos para la compra de artículos apropiados para la prevención y tratamiento de las tres enfermedades , y proveerá el apoyo aso-

ciado para fortalecer los sistemas comprensivos de gestión de bienes a nivel nacional, como parte de programas técnicamente acertados revisados.

Sección VI: Procesos en los países

Principios básicos para guiar procesos en los países

- 1) El Fondo basará su trabajo en programas que reflejen la idiosincrasia nacional y respeten los procesos de formulación e implementación liderados por las asociaciones de los países.
- 2) El Fondo promocionará asociaciones entre todas las entidades principales dentro del país, y en todos los sectores de la sociedad. Fundamentará los mecanismos de coordinación ya existentes, y promocionará asociaciones nuevas e innovadoras donde no existan.

Mecanismos de coordinación a nivel nacional

- 1) El Fondo trabajará con un mecanismo de coordinación nacional y entre asociaciones que deberá incluir una amplia representación de gobiernos, ONG, la sociedad civil, las agencias multilaterales y bilaterales y el sector privado. El mecanismo deberá funcionar al más alto nivel nacional, responsabilizándose del desarrollo de la planificación con pluralidad de asociados y sectores. Preferentemente deberá estar formado por un cuerpo ya existente. Si no existe una entidad coordinadora, se necesitará un nuevo mecanismo. Donde no existan asociaciones públicas/privadas, el Fondo puede apoyar asociaciones alternativas entre ONG y el sector privado.
- 2) El Mecanismo de Coordinación del País (MCP) constituirá el foco de la responsabilidad del programa, dependiendo de las decisiones del Consejo Directivo respecto a la responsabilidad global del Fondo y asuntos fiduciarios.
- 3) El papel y función de cada participante asociado en el mecanismo será acordado por el mismo, salvaguardando la igualdad y transparencia entre las partes.

- 4) Las propuestas a ser subvencionadas deberán entregarse al Fondo a través del mecanismo de asociación del país. El Panel de Revisión Técnica sólo recomendará el financiamiento de Propuestas Coordinadas en el País, que reflejen un participación genuina y amplia y la autoría de todos los grupos interesados.
- 5) El Fondo también considerará las propuestas que surjan de asociaciones formadas en circunstancias tales como:
 - a) países sin gobiernos legítimos;
 - b) países en conflicto o que afrontan desastres naturales,
 - c) países que reprimen o no hayan establecido asociaciones con la sociedad civil y ONG.

Canalización de fondos

1. Todos los asociados elegibles del MCP tendrán derecho a acceder a la ayuda del Fondo Global con base en su papel y las asignaciones establecidas en Propuestas Coordinadas de País (PCP) aprobada.
3. La PCP deberá incluir una indicación de cómo se desembolsarán los fondos a los asociados, enfatizando en que los fondos deberán ir directa, eficiente y transparentemente desde la entidad donante escogida por la asociación a los asociados ejecutores, basándose en las asignaciones estipuladas por la PCP aprobada por el Consejo Directivo.

Comentarios

Evidentemente éste es un extracto del “Documento base del Fondo Global para la lucha contra el VIH/SIDA, Tuberculosis, Malaria”, información adicional y completa se puede encontrar en la www.theglobalfund.org. El objeto de explicitar algunos de los postulados del documento referido, como lo hemos mencionado anteriormente, es proporcionar información que nos sirva para evaluar cómo a nivel global, regional y de países se ha ido poniendo en prác-

tica esta valiosa herramienta disponible en el inicio de esta tercera década desde el surgimiento de la epidemia del VIH/SIDA.

Los desafíos fundamentales a nivel global son la puesta en práctica por parte de los países, principalmente por parte de los gobiernos, de estos principios para enfrentar los desafíos de estas enfermedades, los cuales podemos resumir como: la adicionalidad que representan estos nuevos recursos a los ya existentes y a los que con base en el compromiso político local deben estar en lugar y/o incorporarse; es en este sentido que el nuevo marco de cooperación local, los MCP, representa el fortalecimiento del capital social existente y desaprovechado en una gran mayoría de los países del mundo en desarrollo, teniendo en cuenta que su implementación redundará en la sustentabilidad de las intervenciones en el largo plazo. Esta apuesta generará, si no es ya una realidad en la corta vida del Fondo Global, nuevas dinámicas sociopolíticas que trasciendan las temáticas específicas de la salud global. Y por último instala en el ámbito global nuevos protagonismos y nuevos paradigmas de cooperación.

La Región de América Latina y el Caribe: los recursos comprometidos y sus programas

A la fecha de la realización del Foro 2003 ya se habían establecido dos fechas para presentación de propuestas y se habían tomado decisiones en el Consejo Directivo del Fondo Global sobre estas dos rondas de propuestas, teniendo como resultados que 12 países de la región se adjudicaban recursos adicionales sin precedentes en la historia del VIH/SIDA. Esta realidad viene por primera vez a dar cuenta concreta de una visión de prioridad por parte de los intereses globales en la región referentes al VIH/SIDA. Decimos VIH/SIDA pues los recursos están mayoritariamente destinados a programas contra esta epidemia, representando el 79% de los recursos solicitados y comprometidos para los dos primeros años de implementación, un total de US\$131.53 millones. En este contexto cabe mencionar que 11 de los 12 los países aprobados implementarán programas de VIH/SIDA, 4 países con programas de tuberculosis, 2 países con programas de malaria, 1 solo con un programa de tuberculosis exclusivamente y que ningún país fue aprobado con propuestas de la coinfección VIH/SIDA/tu-

berculosis. Respecto de tuberculosis se han aprobado recursos por un valor de US\$27.56 millones y malaria US\$7.5 millones, reiterando que son recursos aprobados para los dos primeros años de implementación, esto debido a la modalidad del Fondo de aprobar las propuestas por los dos primeros años, dejando los tres años siguientes a comprometerse, posteriormente a una evaluación del primer período y disponibilidad de fondos por parte del Fondo Global.

Teniendo en consideración que los aspectos de acceso y oportunidad a tratamientos ARV (anti-retrovirales) en la región, desde la existencia de la triterapia, es un área de gran conflicto regional por la masiva y continua muerte de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH), y por las grandes diferencias entre las respuesta de los distintos países, diferencias que se expresan en la existencia de sólo contados países con acceso universal, países con acceso limitado, países con acceso a ARV de calidad no certificada, países donde se produce discontinuidad en el acceso y distribución, y finalmente una gran mayoría de países donde no existe acceso a ARV. Esta realidad y la distribución de los fondos solicitados al Fondo Global llaman profundamente la atención, sobre todo considerando que los países de la región han establecido compromisos como que para los próximos cinco años, en la región se amplíe el acceso a tratamientos a un número de 244 mil personas, sin que se contabilice el acceso de Brasil. Llama profundamente la atención pues los fondos solicitados y aprobados para los próximos cinco años sólo llega a un 15% del compromiso adquirido; un total de 35 mil personas accediendo a TARV (tratamiento anti-retroviral) en el curso de los próximos 5 años. En este contexto cabe preguntarse: ¿cuál es el compromiso y la voluntad real de los gobiernos de los países de la región por resolver el problema de acceso a tratamientos? ¿Cómo están utilizando esta herramienta única (Fondo Global) los MCP para resolver los problemas vitales que afectan a las personas que viven con VIH/SIDA? ¿Qué sucede con los principios en términos de igualdad, transparencia y de genuina participación de las PVVIH, quienes en una constante histórica han establecido el acceso a tratamientos como una demanda prioritaria? ¿Cómo han aplicado el concepto de adicionalidad, en su amplio sentido, los países y MCP que han presentado propuestas? Éstas son algunas de las muchas preguntas tremendamente válidas y que requieren de una profunda reflexión por parte de los países de la región

que hoy tienen propuestas aprobadas y los países que en un futuro próximo presentarán propuestas al Fondo Global. Más aún, estas preguntas son urgentes desde las siguientes perspectivas:

- 1) Los recursos nuevos y frescos que se avecinan para la región para los próximos 5 años son por un total de US\$363,773,801, recursos sin precedentes en la región.
- 2) La subsistencia y sustentabilidad del Fondo Global depende de que los programas implementados por los MCP generen un cambio cualitativo y cuantitativo en la vida y la calidad de vida de las personas infectadas y afectadas por las tres enfermedades, esto quiere decir que la vida del Fondo Global está en manos de las voluntades de los países, gobiernos y MCP para la elaboración e implementación de propuestas que generen cambios reales en cómo enfrentamos la epidemia, y el acceso a TARV es crucial.

En este contexto crítico se hace necesario mencionar la propuesta de Honduras, la cual para agosto de 2003 se ha comprometido a incluir a 1,500 personas más en el programa de acceso TARV.

Desgraciadamente el análisis y sistematización de la distribución de recursos por estrategias de TARV, prevención, fortalecimiento de la sociedad civil y programas comunitarios, etcétera, no se encuentra a la fecha disponible, lo que dificulta un análisis exhaustivo, sin embargo, el caso de Honduras y otros referidos a otros temas, pueden ir ejemplificando buenas prácticas.

Para dar una visión más amplia sobre este tema de los recursos, el cuadro siguiente detalla, por país, los recursos aprobados para los dos primeros años y también para los programas de cinco años.

Respecto de los recursos comprometidos para programas de prevención, se hace un poco más difícil a esta altura con la información disponible hacer un análisis profundo, toda vez que para el análisis sobre aspectos de prevención se requiere de información técnica la cual finalmente se obtiene en un estadio más avanzado de los procesos. Pero aspectos de ello serán abordados en el capítulo final de este documento, que se refiere a los desafíos para el futuro.

Sin embargo, se puede decir que un recurso demasiado importante se dirige hacia estrategias de comunicación masiva, las cuales son de tremenda im-

Cuadro 1
Listado de países con propuestas aprobadas por el Fondo Global
en primera y segunda ronda

País	Componente	Aprobado por 2 años USD	5 años máximo
Argentina ¹	VIH	12,177,200	28,756,200
Chile	VIH	13,574,098	38,151,562
Haití	VIH	24,388,847	66,905,477
Honduras	VIH/TB/MALARIA	20,470,016	41,119,903
Costa Rica ²	VIH	2,279,501	4,202,362
Cuba	VIH	11,465,129	26,152,827
R. Dominicana	VIH	14,698,774	48,484,482
Ecuador	VIH	7,453,979	14,104,108
El Salvador	VIH	12,856,729	23,538,964
El Salvador	TB	1,918,344	3,373,959
Nicaragua	VIH	4,025,689	10,399,706
Nicaragua	Malaria	3,404,671	5,613,132
Nicaragua	TB	1,271,820	2,853,065
Perú	VIH	15,718,354	23,671,871
Perú	TB	20,153,817	26,506,183
Totales		165,856,968	363,773,801

¹ Los 4 primeros países de LAC aprobados en primera ronda de propuestas por el Fondo Global.

² Los 8 siguientes países de LAC aprobados en segunda ronda de propuestas por el Fondo Global.

portancia y necesarias. Lo que llama la atención sobre los aspectos relativos a la prevención es la inversión en comunicación masiva y su comparación con la inversión en el capital social existente en nuestros países, lo que sugiere la necesidad de un análisis desde diferentes perspectivas relacionadas con los principios del Fondo Global y con aspectos técnicos. Sabemos que, por un lado, tenemos

el tema del impacto en la memoria colectiva sobre los aspectos del VIH/SIDA el cual se logra con las estrategias de comunicación masiva mantenidas en el tiempo, y por el otro, la incorporación de hábitos preventivos que se logra con estrategias de comunicación directa, intervenciones en poblaciones objetivo/diana, trabajo intersectorial y comunitario, teniendo una especial relevancia el trabajo entre pares. Carácter prioritario tienen estos últimos aspectos o estrategias cuando se trata de sensibilización y eliminación del estigma y la discriminación, lo cual debe ir de la mano no sólo con la generación de atmósferas propicias, sino también acompañada de instrumentos legales que permitan el ejercicio ciudadano de respeto y dignidad a las personas en forma práctica y con resultados concretos.

Aquí cabe mencionar, con todos los desafíos que ello implica, el proceso de Haití, donde la mayor parte de los recursos están dirigidos hacia la sociedad civil, y Argentina, donde el proceso para la definición de sub-receptores se hará por medio de licitaciones competitivas; para el caso de Chile el MCP tiene una composición mayoritaria de sociedad civil, lo que incluye PVVIH.

Cabe entonces hacer una serie de preguntas para las que a la fecha probablemente no tengamos respuestas pero que contribuyen a la reflexión y nos permitirán en un futuro próximo evaluar con más exactitud los avances y resultados. ¿Cuál ha sido la mirada, con respecto al capital social existente, al momento de elaborar las propuestas al Fondo Global, desde una perspectiva de la distribución de los recursos y fortalecimiento del capital social? ¿Cómo se ha buscado a través de la distribución de los recursos, fortalecer ese capital social —actor esencial— para generar la integración de hábitos preventivos, los cuales desde una perspectiva epidemiológica en la región se manifiestan como imperativos en el Foro 2003? En este sentido vemos contradicciones que resisten poco análisis.

Estas preguntas también nos vuelven a enfrentar a uno de los temas cruciales con respecto de los principios fundamentales del Fondo Global y sus aplicaciones a nivel local, “la participación”, tema recurrente desde donde queremos hacer un análisis de los MCP, las propuestas y sus ejes programáticos, la distribución de los recursos, la implementación, el concepto de adicionalidad y la relevancia política local, regional y global para la efectividad en el proceso de generar los cambios deseados para disminuir la propagación de la epidemia.

Para ello entonces expondremos en el cuadro 2 la relación con la composición de los MCP y posteriormente seguiremos con nuestro análisis.

Cuadro 2
Porcentajes de participación en MCP³ por sector social⁴

Sector	%	Comentarios
Gobierno (Salud)	16.1%	
Gobierno (Otros)	18.9%	Suma de ambos cuadros da un total de 35%.
Multilaterales NU	12.8%	No todas las representaciones tienen derecho a voto.
Bilaterales	2.5%	
ONG/OBC ⁵	22.1%	
Academia	7.8%	
Personas viviendo con las enfermedades	6.9%	Desproporcionalidad en la representación de la población objetivo principal.
Sector privado	2.3%	Falta clara de involucramiento.
Organizaciones de base religiosa	3.9%	
Otros	6.7%	
Total	100%	Las cifras no representan necesariamente la composición real de cada uno de los MCP en la región.

³ Mecanismo de Coordinación de País.

⁴ Estos porcentajes se refieren única y exclusivamente a la segunda roda de propuestas aprobadas, de la primera aún no se ha sistematizado la información.

En el cuadro anterior se han inscrito ciertos comentarios muy escuetos y no se ocupará espacio en este texto para el análisis particular por sector, puesto que queda abiertamente de manifiesto que no existe igualdad en las proporciones de participación y para su análisis exhaustivo se requiere de información más detallada por MCP; de todas maneras podemos anticipar que existen iniciativas desde distintas instancias para realizar estudios y evaluaciones concretas sobre el tema de los MCP, sus estructuras y principios de inclusión, necesidades de fortalecimiento y construcción de capacidades para la participación efectiva, los cuales estarán a disposición durante el tercer y cuarto trimestre del 2003.

En consecuencia, recogiendo los temas analizados con anterioridad en este texto, más la experiencia vivida en el Foro 2003, con las demandas de representaciones de la sociedad civil y las PVVIH integrantes en los MCP y la demandas específicas realizadas por las representaciones de los distintos gobiernos, se nos facilita hacer un diagnóstico de la realidad en la región con aspectos que quizás podrían evaluarse de mejor manera con respecto de otras regiones en el cumplimiento de los criterios de elegibilidad, sin embargo presentan características muy similares.

En este análisis general esto se explica pues existen casos particulares que son la excepción, el factor crítico de las dificultades radica en la participación efectiva de las personas viviendo con VIH/SIDA y la población directamente afectada por el VIH/SIDA; se escoge esta población particular por diferentes razones, la endémica discriminación de la cual han sido objeto y el rol crítico que juegan para la formulación e implementación de estrategias efectivas y la necesidad de reforzar la aplicación de los principios que guían el actuar del Fondo y sus diferentes asociados. Durante la realización del Foro 2003, un porcentaje mayoritario de estos grupos específicos manifestaron alienación en los procesos de diseño de las propuestas, estando en algunos casos integrados a grupos de trabajo al margen de los espacios de toma de decisión, en otros casos las personas indican sólo haber firmado propuestas con poco o nada de tiempo para su análisis y sin participación en el diseño de las mismas y sus preocupaciones mayores sobre sus roles en los procesos de implementación, seguimiento y evaluación. Junto con esto, también se evidencian las diferencias en las habilidades y recursos para la participación efectiva y el poco apoyo

recibido por los distintos actores involucrados en los MCP para suplir estas carencias. Esto nos revela, por un lado, que son distintos y variados los aspectos que influyen en la alienación de este grupo específico, y por el otro lado, que son múltiples los desafíos para enfrentar esta situación. En este contexto las diferentes discusiones, tanto en el Foro 2003 como a nivel del Fondo Global, apuntan al rol importante y necesario que deben jugar las agencias multilaterales para facilitar estos procesos, junto con otros actores como la cooperación bilateral, las redes regionales y globales, esto en un ámbito de coordinación, para el mejor uso de los recursos y capacidades técnicas que cada actor aporta en la arena del trabajo sobre estas tres enfermedades.

Los desafíos para nuestro futuro

Ya que hemos revisado algunos de los problemas que enfrenta la implementación del Fondo Global a nivel de nuestra región, se hace necesario plantearnos ahora, desde una mirada proactiva que permita avanzar hacia el fin último que tienen las intervenciones propuestas y la implementación a nivel local del Fondo Global. Para ello se hace necesario hacer propuestas a diferentes niveles, partiendo desde el desafío político que significa para nuestros países esta oportunidad; entre estos desafíos se encuentra el disminuir sustancialmente la brecha entre el discurso y la práctica, haciendo uso de estos recursos de manera que en forma concreta se subraye la importancia del VIH/SIDA en nuestra región y en consecuencia en nuestros países. También una de las temáticas que es fundamental es el reconocimiento de las poblaciones vulnerables y las mayoritariamente afectadas en la región por la epidemia: los hombres que tienen sexo con hombres; los y las trabajadores y trabajadoras sexuales; usuarios y usuarias de drogas intravenosas en algunos de nuestros países. Grupos que a partir del reconocimiento podrán jugar el rol crítico del cual hemos hablado anteriormente en el documento; para la eficacia de nuestras intervenciones, integrar el concepto que en el contexto de UNGASS ha sido acordado como una de las mayores prioridades. Las estrategias de prevención son inseparables de la atención y viceversa. Y para terminar, el que el acceso a la atención a las personas que más lo necesitan se convierta en una realidad,

sobre todo tomando en consideración que en su mayoría son las más estigmatizadas y discriminadas.

Aunque parezca una redundancia, desde una perspectiva técnica para el desarrollo de las estrategias de prevención cada país debe hacer el esfuerzo necesario en el reconocimiento de las poblaciones vulnerables a las cuales nos hemos referido en el párrafo anterior, se hace necesario ser insistentes en esto puesto que el tema de la falta de reconocimiento y de desarrollo de estrategias con estas poblaciones, particularmente los hombres que tienen sexo con hombres, representa y ha representado históricamente una valla aún no salvada en la región. Endémicamente se perpetúa la estigmatización y discriminación. Es entonces que el reconocer a estas poblaciones y reconocer las características de la epidemia regional y a niveles locales, son imperativos necesarios para la efectividad de los programas de prevención y atención, el desarrollo de políticas públicas que disminuyan el estigma y la discriminación y las intervenciones en términos generales con respecto del VIH/SIDA. Representando entonces, este aspecto, uno de los desafíos prioritarios para la región, en la implementación de las propuestas y recursos aprobados por el Fondo Global.

También, desde la perspectiva del análisis realizado sobre el estado de los compromisos adquiridos en la región en el contexto de acceso a tratamientos, con las solicitudes-propuestas presentadas al Fondo Global y aprobadas, no nos queda más que definir como uno de los desafíos más grandes para la región, una vez más, la necesidad de acercar la brecha existente entre el discurso y las acciones concretas para salvar las vidas de quienes vivimos con VIH/SIDA. Cómo esta gran oportunidad de recursos se debe utilizar con una mirada de respeto al derecho a la vida y la perspectiva de los derechos humanos. Cómo la coordinación de los distintos esfuerzos de cooperación que se traducen en recursos económicos concretos, es utilizada para salvar vidas, objetivo que es una prioridad en el contexto del Fondo Global. Junto a ello, debemos estar conscientes de que la subsistencia del Fondo Global depende de la aplicación de programas a nivel local. Atendiendo a los objetivos de éste, somos los gobiernos y los distintos sectores involucrados quienes compartimos conjuntamente esta responsabilidad, que se debe traducir en recursos importantes para el aumento a escala y progresivo de acceso a tratamientos: ése el desafío del cual debemos apropiarnos.

Para finalizar este análisis, es importante referirse al eje central que instala como desafío la existencia del Fondo Global, y éste es el modelo del MCP, cuerpo responsable a nivel de país. Nuevo paradigma de cooperación, donde la participación debe darse en un contexto de igualdad, equidad y transparencia y genuina participación.

No podemos decir que estos desafíos y las tareas comprendidas en ellos no representan dificultades, dificultades culturales, políticas y también económicas, la última particularmente para la sustentabilidad de las propuestas en el largo plazo. Sin embargo, muchos estamos convencidos de que esto constituye, cada uno de los desafíos planteados, un imperativo moral para nuestra región.

Bibliografía

PÁGINA web www.theglobalfund.org

CONFERENCIA: Retos para el Futuro-The Global Fund-Arletty Pinel, Rodrigo Pascal-II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 12 de Abril de 2003.

POLÍTICAS públicas y prevención en VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, Primera Edición 2001.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y VIH/SIDA: HACIA UN DISEÑO DE POLÍTICAS INCLUSIVAS Y EFECTIVAS

*Patricia Estela Uribe Zúñiga
Edgar Manuel González Contreras*

Contexto de las respuestas regionales al VIH/SIDA

La infección por VIH/SIDA aparece en un periodo donde se están dando grandes cambios de los sistemas de salud en la región; varios países se encuentran inmersos en reformas del sector salud, incluyendo procesos de descentralización y separación de funciones que permitan una mayor eficiencia. (1)

En todos los países en las últimas décadas, como resultado de la modernización que produjo transformaciones económicas, sociales y epidemiológicas importantes, existen rezagos acumulados que no han sido resueltos en el área de salud como problemas de mortalidad materna, diarreas o desnutrición; y al mismo tiempo emergen nuevos retos como son el envejecimiento de la población, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables por cambios en la dieta o el sedentarismo.

Además, los diversos sistemas de salud se han tenido que hacer cargo de las consecuencias de desplazamientos de personas, de guerras o el creciente tráfico de drogas. Sumado lo anterior a las recientes reformas económicas que parecieran no poner en el centro de sus prioridades la salud y los enormes efectos colaterales que se presentan por desatender las políticas en la materia, se han generado desigualdades y nuevos retos a los cuales los modelos de salud existentes ya no dan respuestas adecuadas, ya sea por estructuras burocráticas anquilosadas, ya por mandatarios desinteresados en reformar los sistemas existentes para adap-

tarlos al nuevo contexto, o en ocasiones por la falta de apoyo y organización de otros sectores que deberían participar en la respuesta a las necesidades en salud y no lo hacen por la creencia generalizada que el sector salud gubernamental ostenta el monopolio de las respuestas sanitarias en su totalidad.

Por lo anterior, varios países se encuentran en la búsqueda de nuevos esquemas de sistemas de salud que respondan mejor a los retos y necesidades actuales, con mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. (2)

La mayor parte de los países de América Latina y el Caribe tienen un índice de desarrollo medio de acuerdo al Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD 2002, reportándose 22 con índice de desarrollo medio, ocho con índice de desarrollo alto y uno con bajo. (3)

Diversos países han disminuido el gasto social en los últimos años, lo cual se refleja en el gasto público en salud en la región que es muy bajo, oscilando del 1.2% al 8.5% del Producto Interno Bruto (PIB), y no observándose una relación directa con el índice de desarrollo de los países. Entre los países con una mayor inversión pública en salud se encuentran Nicaragua, Colombia, Costa Rica y Panamá. (4)

Como consecuencia de la baja inversión en salud, los recursos asignados en VIH/SIDA no son suficientes en la mayor parte de los países. El gasto en VIH/SIDA en 15 países de la región en los cuales se realizaron flujos de financiamiento y gasto, se encontró en el año 2000 que en promedio se destinaba para el VIH/SIDA \$2.4 USD por habitante de recursos públicos y privados, con un peso del 0.04% sobre el ingreso nacional. (5) En relación con este tema, economistas y epidemiólogos de Brasil, Chile, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México y Trinidad y Tobago, estimaron que en estos 10 países se requerirán \$937 millones de dólares para poder realizar todas las actividades de prevención y atención integral que se requieren en el 2005, (6) cifra muy similar a los \$764 millones de dólares estimados de acuerdo al modelo de UNGASS. (7)

Otra situación que se ha observado es que persiste un enfoque biologicista de los problemas de salud, y pocos incorporan aspectos sociales y culturales, no reconociendo la interacción entre desarrollo social, cultura y salud; por ello las estrategias básicas que aplicaron en la infección por VIH/SIDA son las propias de la salud pública en relación con enfermedades infecciosas como la detección de los casos, su notificación obligatoria, el aislamiento y la segregación. Así, encon-

tramos que la respuesta a la pandemia en sus inicios y hasta la fecha, en algunos países en desarrollo se basó en análisis y respuestas epidemiologicistas, y el consecuente descuido de los múltiples factores que determinan el complejo entramado de la infección, atención y prevención del VIH/SIDA.

Sin embargo, al ver dicha complejidad, se incorporaron nuevas formas de responder a este problema, en las que tuvo, y ha tenido, un rol significativo la presencia, participación, análisis y presión de los grupos de personas afectados por la epidemia. Esta nueva respuesta incluía considerar el problema desde las personas situadas en un contexto social, cultural y económico determinado que influye de manera directa y compleja los comportamientos y las representaciones en torno a ellos, pasando a una visión biopsicosocial y de participación social en la construcción de propuestas y las respuestas. (8)

El abordaje de los sistemas de salud, de la sexualidad, de los derechos sexuales y reproductivos ha tenido avances en las últimas dos décadas, particularmente como resultado de vincular los problemas de las mujeres con los del desarrollo (1980), y de los acuerdos y recomendaciones de diversas Conferencias Mundiales: sobre Derechos Humanos (1993), sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la tercera y cuarta Conferencia de Naciones Unidas sobre las Mujeres (Kenya, 1985 y Pekín, 1995), entre otras. Sin embargo, en la mayor parte de los países existen múltiples factores que perpetúan las inequidades de género en la región y aún existen resistencias a incorporar temas relativos a la homosexualidad, promoción del uso del condón, estigma y discriminación, así como la incorporación de la perspectiva de género. (9)

Todo lo anterior, aunado a otros factores, ha dificultado la construcción de políticas públicas respetuosas de lo diverso y promotoras de los derechos sexuales y reproductivos.

Experiencias en el II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe

El tema de políticas públicas fue uno de los menos abordados en la región, ya que de los 517 aceptados de manera oral sólo 53 (10.2%) fueron catalogados como de políticas públicas. Por otro lado, varios de los trabajos catalogados como

de políticas públicas al exponerlos se evidenció que no estaban vinculados con esta temática o presentaban un abordaje incipiente o confuso del mismo.

De las 27 mesas de conversación, sólo una fue sobre políticas públicas y de las 57 presentaciones de trabajos orales, únicamente 6 correspondieron a políticas públicas.

Sin embargo, en algunas presentaciones, sesiones paralelas y declaraciones se expresaron aspectos vinculados a las políticas públicas en VIH/SIDA e ITS.

Este II Foro se llevó a cabo en un ambiente donde el Primer Comandante en Jefe de Cuba, Fidel Castro, con su presencia en la inauguración y en la clausura expresó el compromiso político de alto nivel que existe en este país, lo cual es un factor clave para lograr políticas públicas integrales, multisectoriales y multidisciplinarias.

El Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en su mensaje de clausura señaló la importancia de incrementar el compromiso de algunos de los programas de VIH/SIDA/ITS de la región, evidenciado por la falta de apoyo en el envío de trabajos, en el respaldo de participantes en el programa temático y en la concurrencia al evento. Se afirmó que “La falta de presencia del tema de políticas públicas y de gestión puede considerarse relacionada con esta falta de compromiso, que puede requerir de un mayor esfuerzo en la instalación de capacidades políticas y de gestión a nivel de algunos programas”.

Asimismo, fue señalado por el GCTH la importancia de que las agencias de Naciones Unidas respalden a los países, no sólo a nivel de financiamiento, sino “que incluya un apoyo político a la respuesta nacional de aquellos”. (10)

En la única mesa de conversación sobre políticas públicas se señalaron algunos aspectos, como la importancia del liderazgo, de la capacidad gerencial, el compromiso y destino de los recursos asignados a la respuesta contra el VIH/SIDA. (11) Asimismo, se reflexionó sobre la propuesta de cambiar la forma de construir las políticas públicas, ya que de acuerdo a algunos activistas deberían construirse desde las comunidades y no desde las autoridades y las instituciones. (12) Asimismo, se señaló que el futuro de la respuesta a la epidemia estaba en la participación de la sociedad en el control social como el factor clave, el mapeo político y el diálogo horizontal.

Se remarcó que la discriminación influye en el destino de los recursos, lo cual se expresa en que la mayor parte de las políticas públicas de la región

excluyen a poblaciones estigmatizadas. En el análisis de la situación en la región presentado por OPS se afirmó que existe una focalización contradictoria entre la información epidemiológica y las intervenciones de respuesta, con un abordaje preventivo insuficiente en poblaciones claves como hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectables, privados de la libertad y las y los trabajadores sexuales, entre otros.

Sobre este aspecto Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, en su mensaje de inauguración del II Foro señaló que “la crisis económica de algunos países de América Latina y el Caribe amenaza con socavar los programas de prevención del VIH/SIDA y de suministro de medicamentos, sobre todo en las poblaciones más afectadas como la de hombres que tienen sexo con otros hombres”, población donde se concentra el mayor número de infecciones en la mayoría de países de la región. En estas poblaciones los esfuerzos de prevención no han sido los adecuados, ya que presentan prevalencias al VIH del 20 al 30%, ya que los presupuestos que asignan los gobiernos no contemplan a estas poblaciones debido a una cultura homofóbica que rechaza y estigmatiza a los homosexuales. (13)

Sobre este mismo tema, en la mesa sobre *Exclusión y vulnerabilidades: determinantes socioculturales*, Arturo Díaz Betancourt afirmó que en los presupuestos de los gobiernos no se ve reflejada la voluntad de implementar acciones para evitar que crezca la epidemia en HSH, recomendando que los gobiernos de la región deben facilitar “una comprensión adecuada y actualizada de la situación y dinámicas de las epidemias del VIH/SIDA entre hombres gay y otros HSH, que permitan fortalecer y mantener mecanismos efectivos regionales y subregionales para el intercambio sistemático de información, coordinación de estrategias y provisión de estrategias y recursos técnicos en apoyo a respuestas nacionales y locales”. (14)

Como otra cara de la misma moneda, Ana Luisa Liguori en su conferencia magistral comentó que el analizar la situación de la epidemia del VIH/SIDA con perspectiva de género “desculpabiliza” o “desvictimiza” a las personas y permite construir políticas públicas más adecuadas basadas en los derechos humanos, ya que “el sexismo y la homofobia son los dos lados de la misma moneda y se desprenden de una lógica de género que, en el contexto del SIDA, resulta mortal. Modificar el discurso cultural dominante y promover la diver-

sidad, la tolerancia, el derecho a ser distinto, y la equidad de género debe ser una alta prioridad de la democracia”, recomendando construir políticas laborales que permitan la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, así como realizar las reformas legales que les permita el derecho a la herencia, al crédito o a la tierra. Asimismo, afirmó que se debería incluir como actores claves en la lucha contra el VIH/SIDA a “intelectuales, feministas, defensores de los derechos de los homosexuales, organizaciones y personas que promueven la separación de la iglesia y el Estado y en general los defensores de los derechos humanos”. (15)

En la conferencia magistral sobre sexualidad y prevención, Irma Palma de Chile señaló que en las políticas públicas de prevención se sobre marca la responsabilidad, y la sexualidad es responsable en la medida en que es libre. A partir de los derechos se fundan las responsabilidades y no viceversa, por lo que las políticas públicas deben rescatar estos aspectos y los asuntos de los derechos requiere ser reinstalada. Los estudios e investigadores no toman en cuenta la temporalidad y evolución, y no toman en cuenta las lógicas biográficas, situacionales y generacionales, por lo cual es difícil ajustar la normatividad a la experiencia cotidiana. Propone construir un ámbito de políticas sociopolíticas culturales, políticas integrales que no sólo sean construidas desde lo político-económico o desde lo social. (16)

Un tema que fue reiterado en varios trabajos y presentaciones fue la importancia de establecer una coordinación y trabajo conjunto con la sociedad civil y otros sectores claves como la empresa, el sector educativo, universidades, legisladores, ministerios del trabajo, entre otros, mostrándose ejemplos de cómo esta vinculación permite mejorar la respuesta al VIH/SIDA y la construcción de políticas públicas más adecuadas. Algunos de los mecanismos más frecuentemente utilizados para ampliar la participación intersectorial o de la sociedad civil fue a través de foros de consulta y participación, conformación de equipos regionales o locales, talleres participativos, proyectos de colaboración específicos o acuerdos entre los sectores involucrados (T6 0807, T6 0845, T6 0933, T6 1296, T6 1500, T6 1617, T6 1646, T6 1664, T4 1677, T6 1671, T6 1800). (17) Asimismo, se reportaron las dificultades en algunos países para establecer políticas públicas adecuadas para mejorar el acceso a medicamentos antirretrovirales, promover la prevención en prisiones o en usuarios de

drogas inyectables, por lo que algunos grupos de la sociedad civil han promovido diversas estrategias que incluyen procesos jurídicos, la conformación de redes locales o regionales y la realización de marchas y movilizaciones sociales (T6 0117, T4 1677, T6 1165, T6 0163, T6 1739). (17) Por lo anterior, fue planteada la necesidad de contar con un liderazgo político, técnico y de las personas que viven con VIH/SIDA, así como un “programa de relaciones externas que contemple la planificación estratégica de sus acciones, lo cual permite incluir de manera más eficaz la visión y propuestas de la sociedad civil y específicamente de las personas afectadas en las políticas públicas” (T6 1739).

Para lograr la cooperación, el involucramiento y la coordinación de todos los actores se planteó en trabajos de Brasil y Chile la importancia de la gerencia o gestión social basada en una postura pro-activa, con una visión a mediano y largo plazo y el logro de las metas y objetivos planteados, proponiéndose un sistema de acompañamiento en la realización de planes, programas y proyectos en VIH/SIDA, más que de monitoreo y evaluación. “La gestión es centralmente un asunto de personas que actúan y trabajan desde sus particulares historias, culturas, experiencias, prejuicios, deseos, motivaciones. Para esta compleja situación, la respuesta técnica habitual ha sido hablar y proponer sistemas de monitoreo y evaluación más asociados al control. La experiencia muestra que esto es insuficiente para encontrar senderos de salida y para involucrar efectivamente a las personas, debido a que estos procesos están asociados a enfoques verticales y no participativos de la gestión. El proceso de acompañamiento tiene congruencia y consistencia con criterios de participación, liderazgo, confianza, comunicación para la acción y de apropiación para el plan. Se trata de hacer posible el involucramiento, la cooperación, la transversalidad y la coordinación como factores críticos de éxito” (T6 0518). Un modelo de gestión transversal y participativo presentado en la mesa sobre políticas públicas fue el de la prevención perinatal de Buenos Aires, Argentina (T6 1341) que implicó constituir un equipo interdisciplinario capaz de articular esfuerzos de diversos actores sociales comprometidos en la problemática. Por otro lado, se presentaron dos modelos de cooperación técnica horizontal entre países, Brasil-Cuba (T6 1584), Brasil-Mozambique (T6 0811), que contribuyeron a la construcción de respuestas nacionales integrales, que incluían el acceso al tratamiento como un derecho universal y la participación activa de la sociedad civil.

En el trabajo titulado *Políticas públicas y derecho a la salud* (T6 1376) se planteó la necesidad de cambiar de unas políticas “centradas en la disminución del gasto en salud, descentralización de la gestión sin transferencia de fondos, privatización o tercerización de servicios, focalización en sectores de la población y la oferta de un paquete de servicios básicos de salud, a alternativas no dependientes de la provisión externa o de las multinacionales que incrementen la capacidad de negociación del Estado frente a los proveedores de drogas que no pueden duplicarse; desmercantilización del complejo médico-industrial-financiero; que el Estado garantice el acceso universal a la salud como derecho y fortalecer el hospital público”.

Sobre este tema en el Foro se comentó por varios activistas que las políticas públicas relacionadas con la atención incluyen programas de anti-retrovirales y atención integral en algunos países, pero es fundamental establecer medidas para evitar la entrega irregular de medicamentos, la falta de disponibilidad de exámenes de laboratorio y la falta de pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad de los medicamentos de producción nacional.

Asimismo, se afirmó que gran parte de los países centran las políticas públicas en la prevención perinatal del VIH en mujeres embarazadas infectadas, a excepción de los países que ofrecen acceso gratuito a medicamentos anti-retrovirales para la atención integral de las personas afectadas y tienen en forma incipiente políticas gubernamentales relacionadas con la lactancia materna.

Debido a la limitación de recursos se han diseñado instrumentos que permitan priorizar y seleccionar las acciones preventivas de mayor costo-efectividad; sobre este tema se presentó la aplicación del Modelo “*Allocation by Cost-effectiveness (ABC)*” en Honduras mostrando que se puede lograr un impacto sustancial en la epidemia, canalizando los recursos a las intervenciones de mayor impacto (T6 1444). En el área específica de usuarios de drogas se recomendó por organizaciones comunitarias la reducción del daño, como política que permite disminuir los problemas sociales y de salud asociados al uso de drogas y no la criminalización de la conducta (T6 1432).

Los requerimientos en términos de derechos humanos y legislación son muy amplios y una tarea de Estado, en la cual existen algunos logros, aunque la existencia de leyes no garantiza su cumplimiento. Las personas que viven con VIH/SIDA exigieron la construcción de políticas públicas saludables que per-

mitan crear ambientes favorables para la prevención, atención y mitigación del daño del VIH/SIDA, pensar en políticas públicas en beneficio de las personas que viven con VIH/SIDA y la necesidad de establecer una contraloría social. (18)

Las redes comunitarias de la región en su declaración señalan que el VIH/SIDA tiene implicaciones en ámbitos que van más allá de la salud pública, como la libertad, derechos humanos, género, pobreza, desarrollo, cultura, educación y justicia y ciudadanía, entre otros. Estas implicaciones tienen un impacto en las diversas estructuras del Estado y de la sociedad, generando un impacto múltiple que no ha tenido las respuestas necesarias desde esos diversos sectores, ya que sólo las instancias de salud pública en medio de las limitaciones han dado respuestas en prevención y atención. Por lo anterior, hicieron un llamado a que los gobiernos de la región reafirmen y cumplan los compromisos de la Declaración de Naciones Unidas que firmaron en junio del 2001, con la participación de todos los sectores, para dar una respuesta efectiva a la epidemia en el marco de los derechos de los países de la región. (19, 20)

En las memorias del II Foro en VIH/SIDA/ITS de América Latina y el Caribe 2003 se tienen registrados 67 diferentes trabajos catalogados como políticas públicas y al realizar una revisión de los mismos se puede observar que la mayoría corresponden a otras categorías y no aportan elementos para el análisis o la construcción de políticas públicas en VIH/SIDA.

Los trabajos que se clasificaron como políticas públicas fueron:

- Procesos para incorporar la participación de la sociedad civil y otros sectores en la lucha contra el VIH/SIDA.
- Cooperación técnica sur-sur entre países.
- Procesos de gestión social o gerencia estratégica .
- Integración y descentralización de servicios de atención en VIH/SIDA.
- Estrategias preventivas y de atención realizadas en los países.
- Capacitación del personal de salud, sociedad civil o equipos multidisciplinarios.
- Sistemas de información para el monitoreo de la epidemia o las acciones establecidas.
- Aspectos éticos ligados a la investigación del VIH/SIDA.
- Proyectos comunitarios como el establecimiento de servicios de apoyo para las personas que viven con VIH/SIDA.

- Proyectos de autoestima, significados e identidad.
- Demanda de acceso a anti-retrovirales.
- Movilizaciones sociales y presión a los gobiernos.

Carencias en el trabajo en políticas públicas en VIH/SIDA

Por definición, al referirnos al trabajo en políticas públicas, de manera general y no sólo en SIDA, encontramos que los textos y materiales publicados pueden orientarse a dos grandes áreas, por un lado generalmente académicos e investigadores, quienes consideran las políticas públicas como “objeto de estudio”, conteniendo, por lo consiguiente, una carga metodológica alta, y por otro lado en ocasiones analistas, consultores o activistas quienes abordan el tema como “la práctica de construcción o cambio de respuestas a problemas diversos”, con un abordaje más práctico y orientado a mejorar específicamente un tema de interés por su evidente urgencia o importancia a largo plazo.

En la región, particularmente en políticas públicas en VIH/SIDA, como lo mencionamos anteriormente, existe una carencia de trabajos y proyectos en ambas áreas, tanto en lo referente al estudio y análisis conceptual, como en la utilización del trabajo en las políticas públicas para construir o cambiar respuestas a las diferentes facetas del VIH/SIDA.

Considerando lo anterior y por la experiencia del trabajo en SIDA en la región, podríamos afirmar que encontramos entre los diferentes trabajos presentados, en lo particular durante el Foro, pero también en lo general en los planes de acción o documentos en general dedicados al estudio, análisis, construcción o cambio de políticas públicas en VIH/SIDA en la región, ciertas características que nos permitirían identificar muchas de las carencias del trabajo en la materia.

Dichas carencias en algunas ocasiones se presentan como anomalías metodológicas y en otras como producto de la inexperiencia en la práctica del trabajo en VIH/SIDA bajo la conducción de una estrategia basada en políticas públicas. Considerando las restricciones naturales de espacio en el presente texto, podríamos mencionar algunas de las características:

Los documentos generados son más casuísticos que conceptuales. Los trabajos presentados como teóricos, es decir, que pretenden aportar metodologías generales, la mayoría de las veces se presentan como estudios de caso recuperando experiencias concretas y dejando un margen muy estrecho para aplicar o replicar dicha experiencia en contextos diferentes al del caso concreto que dio origen a la experiencia. Por lo tanto, no concluyen con un modelo general para ser usado en otras comunidades o contextos.

Existe confusión conceptual entre políticas públicas en VIH/SIDA y política. Es frecuente encontrar que las pocas ponencias o artículos y algunas intervenciones comunitarias sobre todo en el campo de las OSC, hacen referencia a las políticas públicas en VIH/SIDA en el título o inicio del trabajo, y cuando desarrollan el núcleo del mismo se observa un enfoque concentrado en el campo de las decisiones y acciones puramente políticas de los servidores públicos, con una extraña interpretación literal de las políticas públicas como las acciones de carácter político ejecutadas por los personajes públicos. Dejando con esto de lado los muchos otros elementos que requiere el trabajo en políticas públicas como el diseño de programas gubernamentales, las relaciones con organizaciones internacionales, la participación social y los aspectos relativos a la movilización de recursos humanos, materiales, financieros e informáticos, por mencionar algunos.

Los documentos se quedan en el terreno de la investigación teórica sin lograr su traducción hacia lo práctico. Otra de las características frecuentes resulta en abordar el trabajo en políticas públicas como objeto de estudio, utilizando algunos datos de casos concretos para ilustrar a manera de ejemplo lo analizado, pero con una aportación muy débil a la práctica de resolución de problemas y de toma de decisiones en el terreno del VIH/SIDA, es decir, en estos casos los estudios que presentan una metodología seria y una consistencia de elementos que permiten llegar a conclusiones muy valiosas, desafortunadamente, o no llegan a las manos de los tomadores de decisiones y/o activistas en el tema, o simplemente su desarrollo es tan conceptual que sólo un pequeño grupo de los antes mencionados logra rescatar algunas ideas para la acción, el cambio y la mejora de condiciones reales en el terreno del VIH/SIDA. (21)

Las políticas públicas en VIH/SIDA se pretenden abordar como fenómeno estático cuando en realidad son sumamente dinámicas. Frecuentemente, se toman al-

gunas de las metodologías de análisis de políticas públicas de los libros de texto y se intentan adaptar casi de manera lineal al trabajo en SIDA, es decir, no se consideran las recomendaciones en función de los elementos reales, más bien se quiere adaptar la realidad circunstancial a la reflexión conceptual; lo anterior da como resultado que las características específicas, los actores concretos y las circunstancias del momento cambian debido al dinamismo del trabajo en SIDA y debido también a la praxis misma de las políticas públicas, por lo cual, cuando el analista o activista termina el estudio, lo estudiado es ya diferente y se divorció necesariamente de las conclusiones obtenidas en el estudio o preparación de la intervención.

El trabajo en Políticas públicas en VIH/SIDA es más complejo que otras metodologías puesto que es más completo para resolver problemas reales. En intervenciones prácticas la dificultad por entender con claridad a los actores y su poder, los sectores y sus características, las circunstancias específicas, así como las decisiones y acciones que conforman las políticas públicas en VIH/SIDA, provocan en los activistas y analistas incertidumbre y una especie de desaliento o desencanto por la metodología. Lo anterior genera el consecuente abandono de la misma y selección de modelos más fáciles de digerir por ser racionales, lineales e instrumentales; un ejemplo clásico de esto, es el inicio de proyectos de base social o comunitaria enfocados en un principio en temas relacionados directa o indirectamente con las políticas públicas en SIDA, y después de algún tiempo de intervención práctica en la comunidad, se presenta el consecuente abandono de la metodología y el cambio al trabajo en planeación estratégica.

Rechazo a interactuar de manera coordinada con otros actores y sectores incluyendo el gubernamental. Una gran cantidad de activistas en SIDA no aceptan trabajar en políticas públicas de manera implícita o explícita puesto que éste tiene que ver con el entendimiento e interacción con la agenda pública, con la negociación de los intereses de empresas privadas y con la coordinación entre organismos internacionales y sus políticas en ocasiones muy censuradoras y por lo mismo muy censurables. Esto, en algunas ocasiones claramente no es aceptado dentro de los estatutos o líneas de acción de la organización social o en otras se refleja en el perfil ideológico de los miembros de dichas organizaciones que además de buscar el trabajo en SIDA para mejorar las condiciones

actuales en el tema, también reflejan su activismo en otros temas como la democracia, los derechos gay o el trabajo en la vida política, entre otros.

Definición y características de las políticas públicas en VIH/SIDA

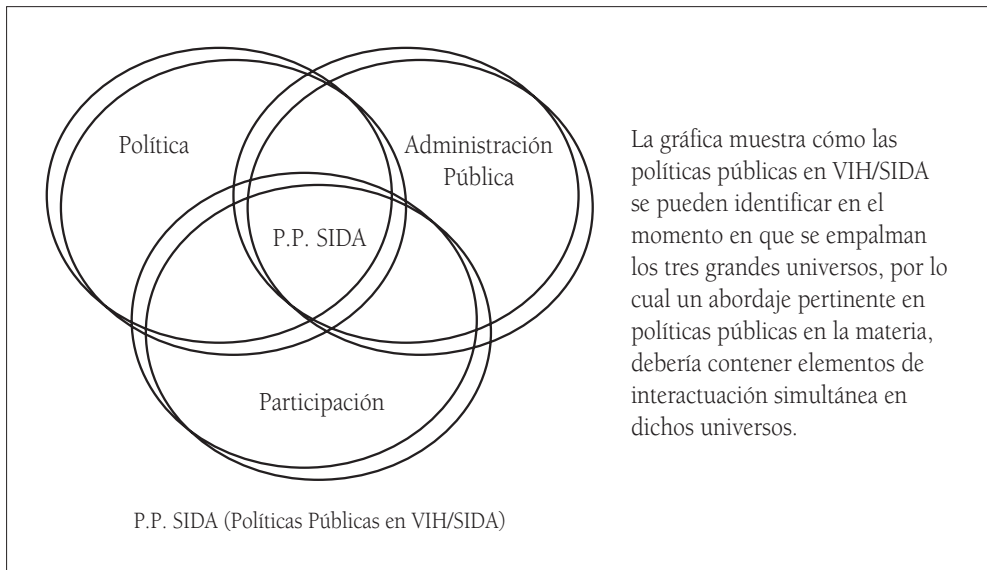
Con el riesgo que implica aventurarse a construir una definición en este tema, resulta muy útil desarrollar una reflexión que al menos profile una definición de las políticas públicas en VIH/SIDA; así, podríamos pensar que *las políticas públicas en VIH/SIDA son las aproximaciones, decisiones o acciones que deben tomar los gobiernos frente al tema en lo referente a atención, prevención, mitigación del impacto, etcétera.*

Dichas aproximaciones, decisiones o acciones incluyen necesariamente estrategias políticas, planes y programas administrativos y una gran participación de otros actores y sectores.

Dicho lo anterior, podemos afirmar que las políticas públicas en SIDA, en una especie de mapa conceptual que sirve de referente para la acción, se ubican justamente en donde se unen o empalman tres grandes universos de trabajo, *La Política, La Administración Pública y La Participación Social.* (Ver Figura 1)

Lo anterior resulta lógico si reflexionamos en los espacios en los que se debe trabajar mediante una metodología en políticas públicas en SIDA; por un lado las decisiones de carácter *Político* y la manera de incluir en las agendas de altos gobernantes, candidatos o líderes populares el tema del trabajo en SIDA; por otro lado los planes, programas, proyectos, presupuestos, evaluaciones e intervenciones que se financian y ejecutan desde las instituciones de la *Administración Pública*, muchas veces como reflejo de la decisión en cascada de un funcionario de alto nivel del aparato burocrático (federal o local) que justo es miembro también del grupo político que está en el gobierno. Y por último, y en el caso del VIH/SIDA tal vez de lo más importante, *La Participación* de diferentes grupos que no pertenecen al sector político o gubernamental; estos grupos de organizaciones de la sociedad civil (OSC), de personas viviendo o conviviendo con el VIH, de los organismos internacionales y algunas empre-

Figura 1



sas privadas como los laboratorios y otras, conforman en su conjunto una masa crítica de actores y sectores que le da vida al trabajo en SIDA.

Adicionalmente a lo anterior, es importante señalar que podemos reconocer al menos tres grandes niveles de políticas públicas:

- las políticas de Estado,
- las políticas de gobierno,
- las políticas operativas.

En donde las políticas de Estado se desarrollan en un nivel macro de toma de decisiones, generalmente en el ámbito federal y estatal. Son las grandes líneas estratégicas que marcarán a largo plazo (generalmente 6 años o más) el tratamiento y nivel de prioridad que se asignará al tema del SIDA. Por otro lado, las políticas de gobierno pueden estar más orientadas a los programas que se desarrollarán en un período de tiempo un poco más corto (generalmente un

año por su relación con el presupuesto) y con un nivel de complejidad menor sin ser simple. Finalmente, las políticas operativas son aquellas acciones y decisiones que se toman para brindar el servicio al usuario final: éstas responden a una temporalidad coyuntural dependiendo del flujo mensual o extraordinario de recursos humanos materiales financieros e informáticos, y muchas veces determinan la percepción que la sociedad tiene del abordaje integral del tema, es decir, si se diseñan políticas de Estado equitativas y políticas realistas de gobierno. Pero ante políticas operativas ineficientes y discriminatorias, la sociedad reprueba en su totalidad las estrategias, dado que el contacto directo y la expresión personal en el nivel de las políticas operativas son de alto impacto para la vida cotidiana de las personas.

Cuadro 1

	Temporalidad	Complejidad	Mayor enfoque
Políticas de Estado	6 años o más	Alta	Político
Políticas de gobierno	1 año	Media	Burocrático
Políticas operativas	Coyuntural y de estilos personales	Baja	Operativo

Es importante aclarar que en los tres niveles antes descritos, la interacción entre política, administración pública y participación social está presente, sólo que con diferentes niveles de intensidad, de complejidad y de impacto en cada área. Sin embargo para desarrollar una estrategia integral se tiene que usar la información, contactos o estrategias de los tres universos descritos anteriormente.

Así, nos damos cuenta de que es frecuente encontrar a las políticas operativas respondiendo al estímulo de las políticas de Estado en la medida en que las primeras impactan en los medios. Por otro lado, una manera de modificar las

políticas de gobierno es confrontando el impacto a 6 años en las políticas de Estado que tendría dicha política de gobierno de resultar eficiente e innovadora. Otra combinación es la referente a las complejidades, dependiendo de los contactos y apertura personal puede resultar más fácil modificar una política operativa con un nivel de complejidad bajo desarrollando una estrategia en el nivel de políticas de gobierno. De cualquier manera en los tres niveles está presente el rol de las organizaciones políticas, sociales, gubernamentales y sus actores, agendas, poder e intereses.

Si decimos entonces que las políticas públicas en VIH/SIDA surgen en el momento en que se cruzan los tres grandes mundos: el de la política, el de la administración pública y el de la participación social, entonces un trabajo adecuado e integral en el tema es el que logre entender, articular e interactuar con los tres mundos antes señalados.

Así entendemos que las carencias que se presentan en el trabajo en políticas públicas en la región, muchas veces se presentan por enfocarse en una sola de las áreas o como decimos en uno sólo de los grandes universos que integran las políticas públicas. Lo anterior en ocasiones puede arrojar resultados positivos durante la intervención o el estudio. Sin embargo, si lo que en realidad se busca es lograr un impacto integral, sustentable y a largo plazo se debe entender la necesidad de interactuar con los diferentes elementos de manera paralela, simultánea y sistemática.

A continuación desarrollamos las implicaciones operativas y conceptuales que implica el trabajo en cada uno de estos universos.

El universo político de las políticas públicas en VIH/SIDA

Al referirnos a la parte política de las políticas públicas se deben entender y analizar algunos de los siguientes elementos:

Actores estratégicos. Es decir, lo referente a los grupos de poder frente al tema, incluyendo actores que no están comprometidos con la lucha o peor aún, que mantienen posiciones antagónicas al desarrollo de los aspectos relacionados con la educación sexual, el estigma o la discriminación. Todos los actores cons-

tituyen un mapa indispensable para entender sus posiciones y la manera de atraerlos o repelerlos para nuestra causa o agenda en temas generales o en mecanismos particulares. En este sentido el mapeo político es una herramienta indispensable en la construcción de políticas públicas.

Asimismo, la necesidad de la multisectorialidad nos obliga a reconocer el vasto mundo de actores que están o deberían estar involucrados con el tema, incluyendo personal de alto nivel del sector salud y otros sectores, los líderes de organizaciones de la sociedad civil, personas que viven con VIH/SIDA y otros actores clave.

El abordaje filosófico, ideológico y ético del tema. La construcción de los diferentes discursos basados en consideraciones ideológicas, tanto de ultraderecha como de ultraizquierda, así como los diferentes claroscuros que se presentan en medio de estos extremos, constituyen un material obligado para el análisis de las políticas públicas en VIH/SIDA. Lo anterior resulta evidente en la medida en que pretendemos interactuar, negociar o influir con diferentes actores o concertar con diferentes grupos; así pues, la parte ideológica y filosófica resulta indispensable. Por otro lado, el abordaje ético del tema está íntimamente ligado a las decisiones políticas en el terreno de las políticas públicas, y éste se expresa en políticas de acceso a la atención integral, en los sistemas de vigilancia epidemiológica o en la decisión de un médico de negar la atención por pertenecer a un grupo estigmatizado.

El sistema político y el proceso de toma de decisiones con relación al VIH/SIDA. En los tiempos de alternancia democrática y el establecimiento de nuevas reglas del juego político, es fundamental conocer los nuevos códigos de “lo establecido”, desaprendiendo de los usos y costumbres anteriores en el juego político. Se debe manejar a beneficio del trabajo en SIDA la recomposición del mapa político y la pluralidad de ideas y espacios para incrustar, con oportunidad y forma, en las diferentes agendas para la toma de decisiones los puntos cruciales para modificar las políticas públicas.

El proceso de discusión y aprobación de leyes en el tema. Ante la pluralidad política de los diferentes niveles de gobierno y la existencia de diferentes partidos políticos, es fundamental conocer los procesos legislativos para incidir en la agenda normativa que se presenta como expresión de las políticas públicas. Es fundamental interactuar como puente de comunicación entre las nece-

sidades reales y cotidianas y el mundo de los legisladores para poder con esto ajustar o alinear la norma a la realidad y tener fundamento jurídico para la acción de cambio.

La voluntad de los políticos y jefes de gobierno para combatir el estigma y la discriminación. Uno de los elementos más importantes en el universo político de las políticas públicas en SIDA, se refiere a la voluntad política de los grandes líderes para afrontar un tema que puede no ser muy redituable en otras esferas sociales, como es lo relativo a combatir el estigma y la discriminación asociados al VIH. Se debe entender que se requiere un decidido apoyo político para reducir la estigmatización del tema que lleva a aumentar el número de contagios y a generar más muertes entre los ya infectados.

La posición de los organismos internacionales. Las políticas públicas nacionales también responden a lineamientos y posturas de los organismos internacionales, por lo que es fundamental analizarlos para poder entender y dirigir la construcción de las políticas públicas nacionales.

El universo de la administración pública de las políticas públicas

Lo referente a los recursos asignados para las actividades en VIH/SIDA. Resulta una evidencia constante la falta de asignación de recursos, humanos, materiales financieros, e informáticos, para el trabajo en SIDA. Un trabajo de cambio o diseño en políticas públicas deberá contemplar en su estrategia buscar la movilización y mejor asignación de dichos recursos, sin los cuales el discurso se convierte en demagogia sin posibilidad de ser implementada.

Los planes y programas de las diferentes oficinas públicas que están o deberían estar trabajando en el tema. Uno de los aspectos fundamentales en el trabajo en políticas públicas en VIH/SIDA, es conocer los planes y programas que están ejecutándose en la materia, promoviendo que sean diseñados con base en las recomendaciones nacionales e internacionales en cuanto a derechos humanos, educación sexual, género, prevención, atención y mitigación del impacto en general. Para ajustarlos, mejorarlos y sobre todo legitimarlos para su correcta implementación se requiere de estrategias para expandir el diálogo técnico que

incluya un análisis de la influencia de los grupos ultraconservadores en el diseño de dichos programas.

Frecuentemente el problema radica en la inexistencia de dichos planes y programas; en estos casos en realidad el contexto brinda la oportunidad de construir dichas respuestas bajo una metodología integral de políticas públicas que permita cumplir con los ciclos de gestación, formulación, legitimación, implementación, evaluación y ajuste que, en términos generales, presentan las políticas públicas.

Igualmente importante en este universo es el criterio de multisectorialidad aplicado a lo gubernamental, es decir verificar las respuestas que se están dando y las carencias en respuestas en los diferentes sectores que comprenden el trabajo en SIDA y no exclusivamente en el sistema de salud.

La evaluación. Los programas no ponen interés en la evaluación desde el diseño e inicio de la intervención, de hecho, es muy raro encontrar líneas de presupuesto específicamente orientadas a la evaluación, la cual deberá ser incorporada en el diseño de los programas desde su inicio y buscar un desarrollo concomitante con la iniciativa que permita ajustar con anticipación los errores de diseño antes de haber terminado el proyecto.

El nivel de coordinación intra y entre organizaciones públicas relacionadas con la pandemia. Es frecuente encontrar algunas respuestas gubernamentales que trabajan con eficiencia programática pero en términos de impacto se consigue muy poco o nada; evidentemente lo anterior puede obedecer a muchas causas. Sin embargo, en términos de políticas públicas, una de las más frecuentes es la falta de coordinación intra instituciones y por supuesto entre las mismas: por ejemplo, encontramos oficinas invirtiendo recursos humanos, materiales y financieros para dar una cantidad específica de cursos o talleres que no responden a las estrategias globales o bien incurren en errores de focalización que duplican su trabajo en algunas poblaciones y desatienden por completo otras. El anterior es sólo uno de los muchos problemas que se generan por falta de coordinación y que se podrían resolver si se fortalece la misma junto con el diálogo técnico y político intra y entre organizaciones públicas. Es decir, igualmente importante resulta buscar la movilización de recursos diversos, como fortalecer la coordinación para una adecuada aplicación de los ya existentes.

El universo referente a la participación social

El trabajo de las organizaciones de la sociedad civil en VIH/SIDA. Poco se puede agregar a lo ya escrito, debatido y confirmado en lo referente a la inobjetable e irreversible contribución de las llamadas OSC en el trabajo en VIH/SIDA. Siendo estas las que en los inicios de la pandemia a nivel mundial dieron las primeras respuestas organizadas y enfocadas en temas tan diversos como la propia complejidad del trabajo en SIDA, ya en lo referente a los grupos de autoayuda, en lo relativo a los derechos humanos o bien en relación con la lucha por el acceso a la atención, y muchos otros temas. Quizá uno de los puntos que estarían pendientes en la gran agenda de trabajo en SIDA de las OSC, podría ser la urgente necesidad de un autocontrol o autocensura entre las mismas organizaciones sociales para autodepurar y autocontrolar aquellas que literalmente “lucran” con el tema, canalizando los recursos económicos, simbólicos, políticos y materiales al beneficio personal.

En esta parte es muy importante aclarar dos aspectos fundamentales: el primero es el hecho de no malinterpretar la palabra lucro, con la urgente necesidad de contar con sueldos que permitan a los miembros de dichas organizaciones obtener una retribución justa y proporcional al trabajo, experiencia, capacidad o tiempo dedicado de cada persona. Una organización con integrantes remunerados adecuadamente lejos de estar lucrando con el tema, están asegurando un desarrollo a largo plazo para su organización. Y si además de esto, se cuenta con un programa efectivo de trabajo, estaríamos frente a la fórmula perfecta para lograr cambios desde el trabajo de la sociedad, con recursos humanos capacitados, comprometidos y remunerados justamente, de manera que puedan dedicarse de tiempo completo a desarrollar lo planeado por la organización.

El segundo aspecto fundamental a aclarar es el concepto de autocontrol o autocensura; lo anterior es debido a que resultaría sumamente peligroso poner en manos del gobierno o de organismos internacionales dicha actividad; por lo anterior dicho autocontrol, debería ser responsabilidad de las propias organizaciones que sí aportan mejoras en diferentes niveles, áreas y comunidades y autorregular las actividades de otras organizaciones que no trabajan con ética, principios de solidaridad y sin afán de lucro. Evidentemente lo an-

terior no es fácil, pero en definitiva es una asignatura pendiente de las organizaciones sociales.

La vinculación entre investigadores, tomadores de decisiones y activistas en el tema. Una de las lecciones aprendidas con más claridad en términos de empoderamiento es la que se presenta al vincular adecuadamente el trabajo de los investigadores, sociólogos, médicos, politólogos, juristas y otros, con el trabajo cotidiano de los activistas y de los tomadores de decisiones. Una estrategia en políticas públicas en SIDA que especifique en su agenda actividades orientadas a promover, diseñar o fortalecer dicha vinculación, estará logrando justamente reducir esa brecha entre los que invierten tiempo en aumentar su conocimiento en un tema y los que invierten todo su tiempo en ejecutar acciones prácticas en el mismo.

La participación de los organismos internacionales trabajando en VIH/SIDA. Los organismos internacionales, además de poseer recursos globales que permiten cambios locales, poseen en general la visión global o al menos regional. Lo anterior resulta indispensable si se busca una estrategia adecuada en políticas públicas, en primer lugar por la insuficiencia de recursos humanos, financieros, simbólicos y políticos con los que generalmente se trabaja en los ámbitos estatales y municipales. En segundo lugar, por la importancia de acceder a experiencias, tendencias y mejores prácticas justamente de políticas de Estado, políticas de gobierno y políticas operativas. Así, resulta relevante conocer las estrategias macro que han dado resultado en algunos países y en otros no, así como las acciones operativas que han permitido mejorar en otras fronteras problemas similares.

La participación y coordinación permanente entre personas viviendo con VIH y el resto de los actores y sectores que trabajan o deberían trabajar en el tema. Los beneficios de la participación y coordinación de las PVVIH y los demás actores van desde la reducción del estigma asociado al VIH, la captación de recursos humanos más comprometidos por razones obvias que en ningún otro sector, la incorporación de su experiencia en asuntos muy particulares, hasta la presión que han ejercido, ejercen y seguramente ejercerán sobre los tomadores de decisiones en los diferentes ámbitos, como se señalaba al inicio de este documento.

¿Cómo se expresan las políticas públicas en VIH/SIDA y cómo las reconocemos?

Retomando los conceptos e ideas vertidas anteriormente, resultaría difícil especificar con claridad algún recetario para reconocer las políticas públicas, por su naturaleza, diversidad y heterogeneidad el trabajo en SIDA es multicausal, por lo cual su expresión en políticas públicas es también multifacético. En términos generales podríamos afirmar que las políticas públicas en VIH/SIDA se expresan en toda clase de decisiones o acciones que se toman en el tema en las diferentes esferas políticas del país. Se expresan también en las acciones y programas de los diferentes gobiernos y la manera en la que se implementan. Se expresan en las respuestas coordinadas con los gobiernos que se dan por parte de organizaciones sociales, organismos internacionales y empresas privadas. Se expresan también en el interés por asumir en la agenda pública temas que pueden ser poco redituables en momentos electorales pero que reflejan la ética y la responsabilidad social de quien las asume. Se expresan en la manera en que se atiende un paciente, se acompaña a un familiar o se notifica un caso.

Adicionalmente a lo anterior, podemos reconocer algunos espacios en los que claramente estamos frente a una política pública en VIH/SIDA; por mencionar algunas, tendríamos las siguientes:

- Acciones u omisiones gubernamentales frente al tema, traducidas en respuestas coyunturales por presión social o de los medios.
- Leyes, regulaciones y documentos oficiales generados para resolver situaciones complejas específicas en el trabajo en SIDA.
- Planes y programas de las oficinas de gobierno, la manera en que se diseñan, ejecutan y evalúan.
- Declaraciones públicas o no declaraciones de funcionarios, líderes sociales, políticos y empresariales que se consideran como pronunciamientos que permiten identificar sus posiciones frente al tema.
- Asignación de recursos federales estatales y locales para tratamientos anti-retrovirales así como para trabajo en prevención y mitigación del impacto.
- Políticas operativas expresadas en suministros y coordinación de servicios directos a las personas afectadas por el virus.

- Coordinación sectorial y multisectorial en tono a temas específicos dentro de la gama de necesidades del trabajo en SIDA.

Un trabajo diseñado expresamente bajo el enfoque de las políticas públicas en SIDA, comparado con intervenciones aisladas que impactan intencionalmente o no en algunos de los anteriores ejemplos de expresiones de políticas públicas, nos arrojaría al menos tres grandes diferencias; en primer lugar *la integralidad* de las estrategias, es decir, se busca un hilo conductor que una las acciones con el fin de modificar o generar en su caso de manera integral una política pública; en segundo lugar *la intencionalidad* con la que se ejecuten las acciones, esto es, fijando patrones específicos de acción y logrando avances buscados *ex profeso* para llegar a la estrategia integral, y en tercer lugar *la conducción y facilitación* del proceso, es decir, el manejo de las herramientas y la imparcialidad de los facilitadores. Lo anterior resulta obvio si consideramos que el diseño o cambio de las políticas públicas requiere de trabajar con diferentes sectores y actores: un manejo de la facilitación del proceso que se perciba como parcial o inclinado hacia alguno de los sectores automáticamente generaría códigos de desconfianza para el resto de los actores. Las herramientas deberán ser lo suficientemente aceptadas por su seriedad por algunos actores pero lo suficientemente aplicables a la realidad para ser apropiadas por los otros actores.

¿En la práctica cómo se definen y/o construyen las políticas públicas en VIH/SIDA?

Es más fácil conseguir el consenso en las cosas negativas o de principios básicos. Son importantes las estrategias mixtas que busquen un elevado consenso, aunque implique el poco alcance de las acciones. Cuando fundamentalmente se busca el consenso, sólo se llega a acuerdos en aspectos tan generales que las estrategias o políticas se vuelven intrascendentes y cuando no hay consenso se convierten en no implementables. Lo mejor es lograr un consenso amplio en la orientación general y los principios generales y permitir que los tomadores de decisión tengan un grado de libertad para actuar. (22)

Se incrementan las posibilidades de éxito si se identifican las estrategias claves que puedan provocar el cambio y sean el cuello de botella y contar con un apoyo endógeno de las principales fuerzas, capaces de neutralizar a los oponentes. Estrategias con un alto grado de calidad técnica y coherencia que son aplicables en forma progresiva.

El sistema político se caracteriza por efectuar un constante proceso de negociación mediante el cual se reafirman y renuevan alianzas y acuerdos entre diversos grupos de interés.

Recomendaciones de organismos internacionales en políticas públicas en VIH/SIDA

Desde la aparición de la epidemia se ha generado un consenso de que se requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario para combatir la epidemia. Sin embargo, la mayor parte de los sistemas del mundo funcionan con modelos institucionales, verticales y poca participación real de la sociedad civil.

UNESCO ha planteado que las políticas y los métodos de prevención y atención del VIH/SIDA mejorarán y serán más eficaces si tienen en cuentas las especificidades culturales (haciéndolos aceptables y pertinentes), y si determinados grupos y personas los entienden cabalmente, los integran culturalmente dándoles un alto valor de acuerdo con sus prioridades. Es fundamental la necesidad de tomar en cuenta las normas culturales y sociales y respetar los derechos humanos de cada comunidad, ya que existen diversos significados sobre la sexualidad que pueden dar lugar a malentendidos, rechazo o silencios debido a cuestiones semánticas y lingüísticas. (23)

Con base en la diversidad de políticas públicas que se requieren para dar una respuesta integral al VIH/SIDA, es fundamental una acción coordinada no sólo entre las institucionales públicas del sector salud y otros sectores, sino también con todos los otros actores involucrados en aspectos económicos, sociales y culturales de la comunidad como los movimientos deportivos y culturales, asociaciones empresariales, sindicatos, partidos políticos, comunidades religiosas, dirigentes comunitarios tradicionales, curanderos, parteras y organizaciones civiles, entre otros. (24)

La mayor parte de los países han centrado sus políticas en la prevención y atención integral del VIH/SIDA, con un enfoque médico y epidemiológico. Un gran desafío de las políticas públicas de desarrollo y bienestar social es mitigar los efectos sociales de la infección por VIH/SIDA, integrando acciones como dar apoyo a las mujeres abandonadas y a las viudas, establecer sistemas de solidaridad para los huérfanos del SIDA o para los niños y jóvenes en situación de calle o proporcionar apoyo social y legal a las familias afectadas.

Sin embargo, también las políticas públicas relacionadas con la prevención y la atención requieren ser ampliadas y reorientadas. Se ha documentado que la carencia más grave de las estrategias y políticas institucionales estriba en la consideración sumamente escasa que se ha prestado a los aspectos de prevención y atención del VIH/SIDA relacionados con las sociedades y las culturas, ya que se considera que estos aspectos sólo son obstáculos y no se identifican los aspectos positivos de la cultura. (25)

Desde hace varios años, después de las actividades centradas en el tratamiento médico y en la salud pública dentro de los límites del enfoque epidemiológico, la educación ha sido un instrumento fundamental para promover la prevención del VIH/SIDA. En el área de educación para el VIH/SIDA se han realizado diversos esfuerzos en el ámbito escolar y los efectos de la información difundida en este medio han tenido pobre impacto. Algunos plantean que probablemente debido a que los aspectos emocionales que provocan una mayor empatía son más frecuentes en ambientes extraescolares. Los circuitos escolares no llegan a todas las zonas rurales y en las zonas urbanas tampoco llegan a los grupos más pobres y marginados. En el ámbito de la atención aunque puede existir la disponibilidad de servicios de atención, la población, puede no acceder a ellos, por desconfianza y aspectos culturales.

Las políticas públicas para mitigar el daño son las más deficientes en la mayor parte de los países. Los sistemas actuales no dan servicios de apoyo social, moral, psicológico y económico a las personas infectadas y mucho menos a las que se encuentran en etapas terminales. Estas acciones en la actualidad las realizan fundamentalmente organizaciones civiles y sistemas locales autónomos. Esto pone de manifiesto la falta de reconocimiento de que estos aspectos son de interés colectivo y responsabilidad del Estado.

Por lo anterior, ONUSIDA (26) ha planteado que las respuestas nacionales tendrán éxito si se basan en las siguientes orientaciones políticas:

- Voluntad política y liderazgo, que deben manifestarse desde los niveles de dirección comunitarios hasta la cúspide gubernamental de cada país y han de ir unidos a la asignación de recursos humanos y financieros necesarios.
- Apertura social y determinación para luchar contra la estigmatización.
- Respuesta estratégica en la que participen diversos actores: gobierno, sociedad civil, sector privado y, si fuera conveniente, también los donantes.
- Reformas en materia de política social encaminadas a reducir la vulnerabilidad, y
- Recursos adecuados.

Por otro lado, se han planteado cinco principios básicos para elaborar estrategias y políticas duraderas en la lucha contra el VIH/SIDA que fomenten la prevención, la atención, el apoyo y la mitigación de las repercusiones en los individuos y las comunidades, (27) que son:

- 1) Un planteamiento holístico que tome en consideración las interacciones complejas de la epidemia en el contexto de la cultura* y el desarrollo. Para ello, se requiere de una perspectiva transinstitucional o de cooperación entre organizaciones y exige de una labor interdisciplinaria, con la participación de equipos multidisciplinarios.
- 2) Perspectiva a largo plazo y perdurabilidad, teniendo en cuenta el carácter persistente de la epidemia y el tiempo que requieren las actividades de prevención para ser eficaces y tener la perdurabilidad deseada.
- 3) Reconocimiento de la unidad, la diversidad y el cambio. Es fundamental reconocer las semejanzas y tener en cuenta las grandes diferencias entre

* Enfoque cultural significa que las referencias y recursos culturales (estilos de vida, sistemas de valores, tradiciones, creencias y los derechos humanos) se considerarán para la elaboración de un marco que integre las estrategias y la planificación de proyectos.

sociedades y culturas. Asimismo, reconocer que las culturas y sociedades no son estáticas, sino cambiantes; permanentemente las sociedades adoptan nuevos modos de vida y de organización social.

- 4) Movilizar a las personas y a la sociedad. Al concebir políticas públicas se debe entender, valorar y tomar en cuenta las opiniones sobre las relaciones entre los sexos, la salud, la enfermedad, la sexualidad, la vida y la muerte, así como las creencias, necesidades y expectativas de las personas y las comunidades.
- 5) Reconocer tanto racionalidad institucional como la racionalidad cultural. Es importante tomar en cuenta que las instituciones reaccionan con base en un planteamiento racional, basado en la eficacia médica y epidemiológica. Los sistemas sociales y culturales funcionan con base en su propia racionalidad, donde asocian motivaciones, creencias, normas de conducta e intereses.

El compromiso político del más alto nivel es un factor crítico para asegurar la participación de todos los sectores gubernamentales y sociales involucrados, así como el contar con un mecanismo de coordinación que permita optimizar los recursos y definir responsabilidades y sinergias entre las diferentes instituciones, con la participación activa de la sociedad civil y de las personas que viven con VIH/SIDA.

Debido a las múltiples necesidades y la limitación de recursos en el sector salud es fundamental que todos los países orienten la toma de decisiones con base en la situación epidemiológica de cada país, las necesidades de la comunidad, al impacto de las acciones, tomando en cuenta el costo-efectividad de las intervenciones, y el conocimiento generado por las diversas investigaciones. Las intervenciones prioritarias en salud pública deben cumplir por lo menos tres criterios técnicos que son: disminuir la carga de la morbilidad, ser razonablemente eficaces en función del costo y atender las preferencias de la población. (28, 29, 30)

En la actualidad, en el área del VIH/SIDA se han desarrollado diversos modelos y herramientas que nos permiten tomar decisiones más adecuadas y definir políticas públicas de acuerdo a criterios y una priorización de las necesidades de cada grupo de la población, aunque es fundamental sopesar las recomen-

daciones técnicas con la viabilidad política. De las herramientas disponibles es importante resaltar las siguientes:

- Vigilancia epidemiológica de segunda generación. (31)
- Métodos que permiten estimar la incidencia a partir de la prevalencia del VIH. (32)
- Metodología para estimar poblaciones de difícil acceso como hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras/es sexuales o usuarios de drogas inyectables. (33, 34)
- Diversos modelos que orientan la priorización de las intervenciones en VIH/SIDA, que incluyen aquellos que se basan en la efectividad de diversas estrategias (infecciones evitadas o muertes evitadas), (35, 36, 37, 38) en costo-efectividad de las intervenciones, (39, 40, 41, 42) en impacto o en la mejor asignación recomendada de acuerdo con las metas de prevención y atención integral establecidas. (43)
- Cuentas nacionales en VIH/SIDA como instrumento de promoción y monitoreo del cumplimiento de estrategias y políticas públicas. (44, 45)
- Mapeo político que permita determinar la viabilidad política de una propuesta (*Policy Maker*). (46)
- Sistema de indicadores para medir el desempeño y cumplimiento de los compromisos de UNGASS. (47)
- Indicadores para identificar aspectos relacionados con la discriminación de las personas con VIH/SIDA en cada país. (48)

Todas las herramientas anteriores se encuentran disponibles y han sido utilizadas por algunos países, sin embargo, la mayor parte de los países de la región desconocen o no utilizan estas metodologías y herramientas como apoyo a la toma de decisiones, por lo que es fundamental una mayor difusión de las mismas.

Por último, es necesario señalar la importancia de dar un cambio en las instituciones públicas que permitan las reformas de Estado y programas innovadores necesarios, así como una gestión pública que dé soporte al procesamiento de los asuntos públicos y a la relación con los ciudadanos en un marco de diversidad y pluralidad.

Conclusiones

El problema del abordaje teórico y práctico hacia las políticas públicas en VIH/SIDA, tanto en su estudio y análisis así como en las acciones prácticas de construcción y cambio de las mismas, es complejo e inicia justamente con la inexistencia de un modelo único de la teoría de las políticas públicas en general; sin embargo, resulta una herramienta de análisis y acción sumamente pertinente para el trabajo en SIDA, dadas las características de esta problemática.

Las políticas públicas como objeto de estudio forman parte del vasto campo llamado ciencias sociales, y heredan algunas de las principales deficiencias metodológicas de estas últimas. Por lo tanto, es lógico pensar y constatar que el trabajo enfocado en políticas públicas en VIH/SIDA no sea un campo suficientemente desarrollado en lo teórico y que las experiencias prácticas de respuesta a la pandemia prefieran basarse en estrategias temáticas o coyunturales y no frecuentemente en un abordaje integral determinado por un hilo conductor intencional hacia las políticas públicas.

Es importante reconocer que las políticas públicas en VIH/SIDA en la región se expresan de diferentes maneras, formas, momentos y grados, por lo cual, un trabajo enfocado en esta metodología deberá ser flexible para adaptarse a las características y particularidades de dichas expresiones y formas.

Para la construcción de políticas públicas inclusivas y efectivas se requiere de analizar y considerar la dimensión política, la administración pública y la participación social de cada situación. Asimismo, es fundamental el reconocer que las políticas públicas en VIH/SIDA requieren de la participación multi-sectorial y multidisciplinaria, con una perspectiva de género y derechos humanos como ejes fundamentales. Para lograr que las políticas públicas en VIH/SIDA sean inclusivas se requiere que además de los sectores que tradicionalmente participan en problemas de salud, se involucren intelectuales, feministas, defensores de los derechos de grupos vulnerables, organizaciones que promueven la educación sexual, personas afectadas por el VIH/SIDA y en general los defensores de los derechos humanos.

Por otro lado, para que sean efectivas deben responder a necesidades reales de la comunidad y considerar a los actores involucrados en aspectos económicos, sociales y culturales como los movimientos deportivos y culturales, aso-

ciaciones empresariales, sindicatos, partidos políticos, comunidades religiosas, dirigentes comunitarios tradicionales, curanderos, parteras y organizaciones civiles, entre otros.

Se recomienda para futuros eventos de intercambio de experiencias de la región promover un formato que facilite la clasificación adecuada de los trabajos relacionados con las políticas públicas y promover un mayor número de sesiones específicas que aborden la problemática relacionada con políticas públicas, invitando a expertos y a los directamente involucrados en la construcción de políticas públicas, que en la mayor parte de los países no son los coordinadores de los programas nacionales de VIH/SIDA. Estas sesiones podrán contribuir a sensibilizar a los tomadores de decisión y a comprender los factores que intervienen en la construcción de las mismas.

Quizá uno de los elementos más productivos a incluir en las agendas de trabajo en la región sería el de “Cambio en políticas públicas en SIDA”, en virtud de que las diferentes formas de expresión de dichas políticas estén generalmente ya diseñadas, y con un enfoque en cambio en políticas operativas, se puede contribuir a mejorar los programas o los servicios ya existentes, impulsar una mayor asignación de recursos o una mayor prioridad para el VIH/SIDA en la agenda de gobierno.

Las políticas públicas como metodología para el trabajo en SIDA son sumamente completas e integradoras de los diferentes factores, causas y efectos que intervienen en la pandemia, por lo que debemos entender que su abordaje es complejo y multifacético y se requiere de un diseño bien asesorado, una implementación adecuada, y no un trabajo enfocado a un solo sector.

Dicha complejidad frecuentemente invita a abandonar la metodología y buscar modelos con resultados a corto plazo; sin embargo, el trabajo en políticas públicas ofrece resultados a largo plazo, pero generalmente dichos resultados son irreversibles, inobjetables, medibles y con enormes efectos colaterales benéficos no calculados en el diseño inicial.

Referencias

- 1) Castro A, Farmer P, Yong Jim, Levcovitz E, López-Acuña D, Mukherjee J, Schroeder P and Yen E. Scaling up Health systems to respond to the challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Pan American Health Organization, October 2002.
- 2) Frenk Julio Editor. Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud 1ª edición, 1997, pág 307.
- 3) PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2002.
- 4) *Idem*.
- 5) Izazola JA y Valladares R. Financiamiento y Gasto en Respuesta al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Interamerican Development Bank. Annual Meeting of the Board of Governors. SIDALAC, Fortaleza, Brasil, March 8, 2002.
- 6) Opuni M, Bertozzi S, Bollinger L, Gutierrez JP, Massiah E, McGreevey W and Stover J. Resource Requirements to fight HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. AIDS 2002, 16(suppl 3):S58-S65.
- 7) Schwartlander B, Stover J, Walker N, Bollinger L, Gutierrez JP, McGreevey W, Opuni M, Forsythe S, Kumaranayake L, Watts C, Bertozzi S. Resource needs for HIV/AIDS. Science Vol 292(5526): 2434-2436, June 2001.
- 8) Child Raquel. Contribución de las ciencias sociales para la comprensión de la epidemia del VIH/SIDA y la organización de las respuestas en su contra En: Izazola Lincea JA. El SIDA en América latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria. FUNSALUD, SIDALAC y ONUSIDA, 1ª edición 1999: 201-213.
- 9) Gupta G R International Center for Research on Women (ICRW). Vulnerability and Resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Inter-American Development Bank. Annual Meeting of the board of Governors, Fortaleza Brazil, March 8, 2002.
- 10) Arredondo Anabella, Mensaje de Clausura por parte del Grupo de Cooperación técnica Horizontal, 12 Abril 2003, La Habana, Cuba.
- 11) Loures L ONUSIDA. Public Policies. Mesa de Conversación Políticas públicas, Sala 4, II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, 9 Abril 2003.

- 12) Pascal R REDLA+. Políticas Públicas. Mesa de Conversación Políticas públicas, Sala 4, II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, 9 Abril 2003.
- 13) Medina A. Estigma detrás de los presupuestos asignados a SIDA y HSH n América latina: Peter Piot . Agencia Notiese. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, 9 Abril del 2003.
- 14) Medina A. Agencia Notiese. Exclusión y vulnerabilización. Agencianotiese-bounces@listas.laneta.apc.org. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, Mesa de Conversación Exclusión y Vulnerabilidades: determinantes socioculturales, 10 Abril del 2003.
- 15) Liguori Ana Luisa y Lamas Marta. La vulnerabilidad específica de las mujeres vista desde una perspectiva de género. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, Conferencia Magistral: Enfrentando las raíces de la epidemia en grupos específicos, 11 Abril del 2003.
- 16) Palma Irma, Universidad de Chile. Sexualidad y prevención. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, Conferencia Magistral: Retos para el Futuro, 12 Abril del 2003.
- 17) Memorias II Foro en VIH/SIDA/ITS de América latina y el Caribe, La Havana Cuba, abril 2003 ((T6 0807, T6 0845, T6 0933, T6 1296, T6 1500, T6 1617, T6 1646, T6 1664, T4 1677, T6 1671, T6 1800, T6 0117, T4 1677, T6 1165, T6 0163, T6 1739, T6 0518, T6 1341, T6 1584, T6 0811, T6 1376, T6 1444, T6 1432).
- 17) *Idem*.
- 18) Nieves A. REDLA+ . Vivir con VIH y calidad de vida. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, Conferencia Magistral: Retos para el Futuro, 12 Abril del 2003.
- 19) Redes comunitarias de América Latina y el Caribe. Declaración de la Habana, 2003. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, 12 Abril del 2003.
- 20) Organización de Naciones Unidas. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 25-27 Junio del 2001.

- 21) Magis C., "El caso del SIDA.", en Mario Bronfman, Ana Langer y Jim Trostle. De la investigación en salud a la política: La difícil traducción" Instituto Nacional de Salud Pública y el Manual Moderno. México. 2000.
- 22) Londoño JL y Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud 1ª edición, 1997: 307-346.
- 23) ONUSIDA. Formulación de estrategias y políticas. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, Colección especial de manuales metodológicos N° 2. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO, 2003.
- 24) *Idem.*
- 25) *Idem.*
- 26) ONUSIDA. Report on the global HI/AIDS epidemic, junio 2000: 108-115.
- 27) ONUSIDA. Formulación de estrategias y políticas. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, Colección especial de manuales metodológicos N° 2. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO, 2003:23-26.
- 28) Bobadilla JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos. En Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud 1ª edición, 1997: 255-274.
- 29) Brownson, Ross. Developing and prioritizing program options. Evidence-based Public Health. Oxford University Press, 2003, págs 142-169.
- 30) Ashley B Coffield et al. Priorities among recommended clinical preventive services. Am J Prev Med 2001; 21(1): 1-9.
- 31) UNAIDS/WHO Second Generation Surveillance for HIV. Compilation of Basic Material. Working Group Global HIV/AIDS and STI Surveillance WHO/HIV/2002.07/UNAIDS/02.30/E July 2002.
- 32) Beeharry G, Schwab N, Akhavan D, Hernandez R and Paredes C. Optimizing the allocation of resources among HIV prevention interventions in Honduras. The International Bank for Reconstruction and development / TheWorld Bank Health; June 2002:35-36.

- 33) Kaldor J, Schwartlander B, Carael M. HIV Surveillance in hard to reach populations. *AIDS*. Vol 15 (suppl 3) April 2001.
- 34) Pisani E. Estimating the size of populations at risk for HIV. FHI/UNAIDS/IMPACT, May 2002.
- 35) Watts Ch, Vickerman P. HIV Impact Model Version 2.0 Dec 1998. A tool to estimate the impact on HIV infections of interventions that strengthen blood transfusion services. Heath Policy Unit. London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- 36) Watts Ch, Vickerman P. Sex Work Intervention HIV Impact Model Version 3.0 Dec 1998. A tool to estimate the impact of HIV prevention activities focused on sex workers and their clients. Heath Policy Unit. London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- 37) Watts Ch, Vickerman P. Models of HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT) Service Delivery. Heath Policy Unit. London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- 38) Avert. A tool for Estimating Interventions Effects on the Reduction of HIV Transmisión. Family Heath International's AIDS control and Prevention (AIDSCAP) Project with the support of the United States Agency for International Development (USAID), version 1.0 1998.
- 39) UNAIDS. Economics in HIV/AIDS planning. Getting priorities right, UNAIDS/00.23E June 2000.
- 40) ONUSIDA. Costing Guidelines for HIV prevention strategies. UNAIDS Best Practice Collection, 2000.
- 41) Jay Ross. A Spreadsheet model to estimate the effects of different infant feeding strategies on mother to child transmission of HIV and on overall infant mortality. Linkages Project. The Academy for Educational Development, January 1999.
- 42) World Bank. Allocation by Cost-effectiveness (ABC) Model, 2002.
- 43) Goals Model: Resource allocation to achieve the goals of HIV/AIDS strategic plans, Futures Group. 2002
- 44) SIDALAC. Guía Técnica para la estimación de cuentas nacionales en VIH/SIDA. Información para la toma de decisiones. SIDALAC-Fundación Mexicana para la Salud-ONUSIDA-GSD, 1ª edición 2000.

- 45) Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C, Arán D, Piola S, Perdomo R, Hernández P, Saavedra-López J and Valladares-Cardona R. Country response to HIV/AIDS: National Health Accounts on HIV/AIDS in Brazil, Guatemala, Honduras, Mexico and Uruguay. *AIDS* 2002, 16 (suppl): S66-S75.
- 46) Reich Michael . Policy Maker Software. Computer Assisted Political analysis Versión 2.3 Harvard School of Public Health, 2002.
- 47) ONUSIDA. Directrices para la elaboración de indicadores básicos. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA ONUSIDA/02.15S (versión española, diciembre 2002).
- 48) ONUSIDA. Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA. Colección Prácticas óptimas del ONUSIDA. ONUSIDA / 01.71S (versión española, noviembre de 2001).

SOBRE LOS AUTORES

Robinson Cabello Chávez

Director Ejecutivo de Vía Libre en Lima, Perú. Médico, activista e investigador en VIH/SIDA e ITS. Autor de publicaciones, proyectos e investigaciones en prevención, atención integral y derechos humanos. Miembro representante de LACCASO, Perú, de la Red Sida Perú y de la Secretaría Ejecutiva del MCP del Fondo Global.

Carlos Fernando Cáceres

Médico (UPCH, Lima, 1988) y Doctor en Salud Pública (Universidad de California en Berkeley, 1996), actualmente es profesor titular en la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, donde realiza investigación en sexualidad, salud, VIH/SIDA y derechos sexuales, y coordina la Maestría en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Es también investigador del Centro de Estudios de Prevención de SIDA de la Universidad de California en San Francisco, y Director de Investigación de REDESS Jóvenes. Es investigador principal del Componente Peruano del Ensayo Colaborativo de Prevención de ETS/VIH del US-NIMH (con UCSF y UCLA) y coordina el *Proyecto Sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina*, con la Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina, auspiciado por la Fundación Ford. Actualmente es Vicepresidente de la International Association for the Study of Sexuality and Culture in Society. Ha editado varios libros, incluyendo *La salud*

como derecho ciudadano: perspectivas y propuesta desde América Latina (Lima, UPCH, 2003) y *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción* (Lima, UPCH/ONUSIDA, 2002) y es autor y coautor de varias publicaciones. Es editor de Críticas del grupo de trabajo en SIDA de la Colaboración Cochrane. Ha sido consultor de OPS, OMS, ONUSIDA, USAID y el BID dentro y fuera de Perú.

Paloma Cuchi

Es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, y tiene el título de Doctor en Medicina por la Universidad de Las Palmas de Gran Canarias (España). Completó su formación con el Master en Salud Pública por la Universidad Johns Hopkins en EEUU. Actualmente trabaja para la División de las Américas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA con base en la Organización Panamericana de la Salud, donde es responsable del área de información estratégica para América Latina y el Caribe.

Guillermo Egremy Mendivil

Director de Información y Educación del Programa Nacional de SIDA en México. Psicólogo clínico y educador y consejero sexual certificado por el International Council of Sex Education and Planned Parenthood. Autor de publicaciones y proyectos de educación sexual, salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA e ITS.

Jesús M. García Calleja

Es licenciado en Medicina por la Universidad de Valladolid, España, con posgrado en Medicina Tropical, en el Instituto de Medicina Tropical en Amberes (Bélgica) y la especialización en salud pública y epidemiología por las Universidades de París VI, (Francia) y Leeds (Gran Bretaña). Desde 1983 su trabajo profesional le ha llevado a trabajar en temas relacionados con refugiados, VIH/SIDA y atención primaria y las reformas del sector salud, en Asia, África y América Latina. Actualmente trabaja como responsable de la vigilancia de la infección del VIH/SIDA en el departamento VIH de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza.

Carlos García de León

Originario de la Ciudad de México. Cirujano dentista de la Universidad Nacional Autónoma de México. Presidente del Consejo Directivo de AVE de México, Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, en donde ha sido titular de cursos de capacitación como: conceptos básicos de sexualidad humana; normal y natural; norma oficial mexicana para el control y prevención del VIH/SIDA y más. Actualmente es representante de LACASSO por México.

Elizabeth Gómez

Profesional dominicana médica con especialización en Epidemiología y Estadísticas. En el periodo 1990-1995 desempeñó funciones vinculadas a la gestión pública como coordinadora de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional de SIDA, y en el periodo 1995-2000 como Directora de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Desde 1979 forma parte del equipo docente del Departamento de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), donde ostenta la categoría de Profesora Adjunta a las cátedras de Epidemiología y Metodología de Investigación. Es actualmente encargada de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UASD.

Actualmente se desempeña como consultora asociada al Consejo Presidencial del SIDA de República Dominicana.

Rosa González

Es la primera mujer hondureña en asumirse públicamente como seropositiva en el año de 1997, como una manera de levantar la voz y hacer visible a las personas viviendo con VIH/SIDA, para mejorar las condiciones de vida de éstas. Básicamente una mujer común y corriente, pero que al ser diagnosticada VIH+ en el año de 1996 sale a flote el compromiso y el amor por su tierra y por su gente. Inicia su actividad contactando a otras personas viviendo con VIH/SIDA, formando grupos de autoapoyo y funda junto con otros la primera red de PVVS en Honduras (ASONAPVVIDAH). También participa en la creación de la Red Centroamericana de PVVS (REDCA+), junto con otros líderes de la región. Actualmente divide su tiempo en desempeñar sus diferentes roles: es-

posa, madre, representante de país en Honduras del Proyecto PASCA, contacto de país de la ICW y la Subdirección de la Fundación Llanto, Valor y Esfuerzo (LLAVES).

Edgar Manuel González Contreras

Maestría en Administración y Políticas Públicas por el CIDE. Trabajó cinco años como Director en México de el proyecto *POLÍTICAS* financiado por la USAID, para buscar cambiar las políticas públicas en VIH/SIDA. Actualmente es el titular de la Unidad de Enlace para la Transparencia y el Acceso a la Información Pública Gubernamental en la Presidencia de la República.

Gabriela Hamilton

Master en Sistema de Salud y Seguridad Social. Actualmente se desempeña como Directora del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, como Coordinadora del Proyecto LUSIDA del Ministerio de Salud de Argentina, y como investigadora de la Fundación Isalud.

José Antonio Izazola-Licea

Médico cirujano por la UAM-X, con estudios de maestría en demografía (cand.) por El Colegio de México, especialidad en epidemiología aplicada (SSA-México / CDC-EUA), doctorado en ciencias de población y salud internacional por la Escuela de Salud Pública de Harvard y Fogarty Fellow en epidemiología del SIDA en países en desarrollo por El Instituto del SIDA de la Universidad de Harvard. Inició el programa de SIDA en la Secretaría de Salud en 1985, inicialmente en la Dirección de Epidemiología y después como Director de Investigación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Desde 1985 a la fecha es el Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) ejecutado por la Fundación Mexicana para la Salud que inicialmente fue promovido por el Banco Mundial y que posteriormente ha sido apoyado por el Programa de Naciones Unidas sobre SIDA.

Rubén Mayorga

Médico internista, infectólogo, Director Ejecutivo de la Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA, OASIS. Coordinador de Inciden-

cia Política (Advocacy) de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina, ASICAL. Delegado de ONG de América Latina y el Caribe al PCB de ONUSIDA.

Fabio Moherdau

Medico salubrista, epidemiólogo, 48 años, responsable por las ITS en el Programa Nacional de ITS/SIDA de Brasil y coordinador de la Red de Acción en ITS de Latinoamérica y el Caribe.

Orlando Montoya Herrera

Ingeniero de Sistemas. Director de la Fundación Ecuatoriana Equidad. Coordinador General de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina, ASICAL. Experto en derechos humanos y VIH/SIDA e incidencia en políticas públicas en VIH/SIDA.

Rodrigo Pascal

Coordinador Ejecutivo de VIVOPOSITIVO, Chile, Punto Focal Nacional de REDLAT y representante alterno de las comunidades que viven con las enfermedades en el Consejo Directivo del Fondo Global.

Teresinha Cristina Reis Pinto

Biomédica y pedagoga, doctora en Educación y maestra en Parasitología clínica. Consultora de UNESCO y colaboradora de UNICEF/Brasil. Coordinadora del Programa de Educación Preventiva y Sexualidad en el Departamento de Educación de la ciudad de Sao Paulo.

Mirtha Sendic Sudbrack

Coordinadora Adjunta del Programa Municipal de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA de la ciudad de Porto Alegre, Río Grande do Sul, Brasil. Psicóloga y Doctora en Psicología Social de la Universidad de París V. Autora de varios proyectos y pesquisas dentro del área de la prevención. Miembro de la RELARD (Red Latinoamericana de Reducción de Daños) y una de las coordinadoras del Programa de Reducción de Daños de la ciudad de Porto Alegre. Participó en la formulación y ejecución de varios planes, programas y campa-

ñas de lucha contra la epidemia del SIDA, con enfoques comunitarios, multidisciplinarios e intersectoriales en la ciudad de Porto Alegre y en otros municipios y estados brasileños.

Luis Enrique Soto

Médico cirujano por la Universidad La Salle, con especialidades en Medicina Interna e Infectología en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y entrenamiento posdoctoral en Virología Molecular en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard de 1992 a 1995. De 1995 a la fecha Investigador Titular del Departamento de Infectología, Jefe de la Unidad de Virología Molecular y Profesor asociado del curso de Infectología y Medicina Interna del INCMNSZ. En el momento actual funge asimismo como Jefe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Médica Sur, Coordinador del Grupo de Manejo de Datos (Data Management) de la Red Global de Resistencia de la Organización Mundial de la Salud y Coordinador del Comité de Atención Integral de CONASIDA. Es miembro del Comité Editorial de la *Revista de Investigación Clínica y de Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. En la actualidad profesor titular del curso de Posgrado de Infectología de la misma Facultad de Medicina y del Hospital Médica Sur. Es autor de más de 30 artículos en revistas de arbitraje, de más de 15 capítulos de libros y editor de 5 libros. En el momento actual está dedicado a la investigación de la patogénesis y determinantes de respuesta a tratamiento de padecimientos virales entre los que destacan VIH, Virus de Hepatitis C, Citomegalovirus y Herpes Humano tipo 8.

Patricia Uribe Zúñiga

Médica Cirujana egresada de la Universidad Nacional de México. De 1982 a 1986 cursó la especialidad de Pediatría Médica y de Infectología Pediátrica. Obtuvo mención honorífica y la Medalla Gabino Barreda en la especialidad. De 1977 a 1994 llevó cursos sobre Didáctica, Metodología de la Investigación, Epidemiología y Estadística Básica e Intermedia, Curso Internacional de Epidemiología Aplicada y Taller para consultores en SIDA.

Médico especialista en el Instituto Nacional de Pediatría (1986-1987). Profesor de Ecología Humana de la Facultad de Medicina/UNAM (1977 a 1986) y

en la Universidad La Salle (1987). Coordinador médico en la DGE (1987–1991). En el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA de México (CONASIDA) desempeñó diversos cargos durante 16 años (1987 a septiembre del 2003), siendo Directora General del mismo durante 7 años: Directora del Centro de Información sobre VIH/SIDA(1989 a 1990), Directora del Centro de Capacitación (1990 a 1991), Directora de Servicios a la Comunidad (1991 a 1994), Directora Técnica (1994 a 1996) y Directora General de CONASIDA de septiembre de 1996 a septiembre del 2003.

Participó activamente para promover la cooperación internacional a través de la Junta de Gobierno de ONUSIDA (1996-2002) y del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe, ocupando la secretaría técnica en dos ocasiones de este último (1998-1999 y 2002-2003), impulsando la cooperación técnica entre todos los países, focalizando los esfuerzos en visibilizar a la región de América Latina y el Caribe y en fortalecer la respuesta de los países de Centroamérica y el área andina. A partir de septiembre del 2003 fue designada para ocupar la Dirección General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.
Una revisión basada en el Foro 2003 se terminó de imprimir
en el mes de noviembre de 2003
en los talleres de Grafia Editores, Jalisco 713-A,
Col. Guadalupe del Moral, México, DF.
Se tiraron 1000 ejemplares
más sobrantes para reposición.

