

Tema de interés

Panorama de los programas contra el VIH en América Latina y el Caribe

Overview of the Programs Against HIV in Latin America and the Caribbean Resumo dos programas para o HIV na América Latina e no Caribe

Mondragón Rocha Alejandro,¹ Güemes García Dolores,² Madrigal de León Hilda Gabriela,³ Ponce Rosas E. Raúl⁴

Las distintas organizaciones mundiales tienen oficinas regionales en los diferentes países de América Latina que se encargan de evaluar, apoyar y crear, junto con los gobiernos, los distintos programas que se refieren a la salud.¹

En 2000, la ONUSIDA estimó que a nivel mundial existían 36.1 millones de personas con VIH, de las que 34.7 millones eran adultos, 16.4 mujeres, y 1.4 millones menores de 15 años. En América Latina se considera a la epidemia como reciente; el número de infecciones asciende a 1.4 millones. Aun así, durante 1999 se estimaron 5.3 millones de casos de nuevas infecciones por VIH, 4.7 millones en adultos, 2.2 en mujeres y 600 mil en menores de 15 años.²⁻⁴

Las defunciones a causa del SIDA suman 21.8 millones de personas en el mundo, de las cuales 17.5 millones corresponden a adultos, 9 a mujeres, y 4.3 a menores de 15 años. Por lógica, al morir los padres por esta causa, el número aproximado de huérfanos a nivel mundial es de 13.2 millones; en América Latina se tiene un registro aproximado de 110,000 huérfanos. El estimado de defunciones por SIDA ocurridos en 2000 fue de 2.8 millones de personas, de éstas 2.5 millones eran adultos, 1.3 mujeres, y 500 mil menores de 15 años.²⁻⁴

Al inicio de 2000, las estimaciones realizadas por ONUSIDA acerca del número de infecciones en adultos de 15 a 49 años en todo el Continente Americano, indicaron que alrededor de una de cada 200 personas (0.56%) se encontraba infectada por el VIH. Considerando el número total de casos reportados en el Continente Americano, Estados Unidos y Brasil ocupan los primeros dos lugares con mayor incidencia de casos y México el tercer lugar; pero si se considera la tasa de incidencia anual, México se ubica en el 14^a sitio en América y en el 72 a nivel

mundial. La trascendencia de la epidemia de VIH en el mundo ha obligado a los gobiernos a firmar acuerdos internacionales, en los cuales se comprometen a mejorar las políticas dedicadas al combate del virus.^{1,2}

En este artículo se presenta un análisis de los avances y rezagos de los distintos programas de la lucha contra el VIH/SIDA, realizado por y para las diferentes organizaciones como la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), UNICEF (Fondo Internacional de las Naciones Unidas para el Socorro a la Infancia), OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud), OIT (Organización Internacional del Trabajo). El número de factores que se involucran en los programas de VIH es tan amplio que el análisis sólo se enfocará en los más sobresalientes y se dividirá de la siguiente forma:¹

1. Factores que contribuyen a la propagación del VIH en América Latina y el Caribe
 - a) El VIH y el SIDA siguen siendo objeto de un gran estigma, lo que es un obstáculo en cuanto a la respuesta a la epidemia para aquellos que son VIH positivos, pues les impide buscar ayuda o hablar con sus familias, amigos, compañeros de trabajo y comunidades, sobre la realidad de vivir con VIH.
 - b) La discriminación en contra de los hombres homosexuales dificulta los esfuerzos de prevención, porque les obliga a ocultar su realidad y a negar la existencia de un comportamiento de riesgo, además impide que los programas de prevención lleguen a ellos, lo que pone en riesgo a sus compañeras, quienes muchas veces ignoran el comportamiento homosexual de sus parejas.
 - c) La falta de políticas que respondan a las necesidades de las personas que usan drogas inyectables. Aunque las personas que usan drogas inyectables se han convertido en un importante factor de la epidemia regional, con tasas de infección que llegan incluso a 60% en algunas ciudades, hay poco apoyo en favor de la creación de programas para ese grupo.
 - d) Violaciones a los derechos humanos en la región. Algunos países todavía carecen de una legislación que aborde cuestiones de derechos humanos pertinentes al VIH y el SIDA. Las violaciones incluyen la desigualdad en el acceso a la salud y la educación, las prácticas laborales discriminatorias e invasión a la privacidad.^{1,3,4}
 - e) Mujeres jóvenes y adultas a menudo carecen del poder para rehusarse a tener relaciones sexuales o de exigir el uso del condón, lo que las hace vulnerables al VIH. Algunas de ellas son objeto de violencia y abuso sexual. Muchas mujeres jóvenes son forzadas a tener relaciones

¹Especialista en Medicina Familiar. ²Trabajadora social. ³Especialista en Medicina Familiar, adscritas al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", Secretaría de Salud del Distrito Federal, SSDF, respectivamente. ⁴Profesor titular A. TC, Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia:
Güemes García Dolores
guemes50@hotmail.com

Aten Fam 2011;18(2):41-43.

sexuales con hombres mayores. Otras se ven obligadas a la práctica del sexo ya que no tienen ningún otro medio de subsistencia.^{1,3-5}

f) La pobreza y el VIH/SIDA crean un círculo vicioso. La epidemia contribuye al empobrecimiento de las personas, familias y comunidades afectadas. A su vez, la pobreza también aumenta la vulnerabilidad de personas al VIH y al SIDA.^{1,3-5}

g) La movilidad regional aumenta la vulnerabilidad. Quienes están lejos de sus familias y comunidades tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales sin protección con nuevas parejas. Muchas de esas personas se ven expuestas a ambientes violentos y, la mayoría, carece del apoyo de servicios sanitarios y sociales.

2. Elementos para una respuesta integral

a) El VIH y el SIDA no deben ser tratados exclusivamente como un problema de salud. La epidemia es también una cuestión de desarrollo y de gobierno que ha afectado constantemente a la estructura social de comunidades, países y regiones.

b) Es necesario eliminar la brecha entre los mecanismos legales que protegen los derechos humanos y la realidad de las personas. Los estados deben examinar y reformar las leyes de salud pública para dar una respuesta adecuada a las cuestiones planteadas por el VIH. También deben examinar y reformar las leyes penales y los sistemas correccionales para que sean consistentes con las obligaciones internacionales de derechos humanos.^{1,3-5}

c) La respuesta adecuada a la epidemia debe ser de índole política, técnica y financiera; debe ser sensible al contexto sociocultural. El liderazgo político y social de alto nivel es vital porque puede generar una respuesta de todos los sectores y contribuir a terminar con el estigma. Los conocimientos técnicos especializados logran que las intervenciones estén bien diseñadas, se ejecuten de manera adecuada, sean objeto de un seguimiento apropiado y que sean sostenibles, para lo que se requiere de apoyo financiero.^{1,6,7}

d) El compromiso político auténtico va más allá de las expresiones de preocupación

acerca de la epidemia. Es necesario comprometerse política y financieramente en la respuesta al VIH y que no quede sólo en discursos y en acuerdos signados.

e) La prioridad debe estar puesta en los grupos más vulnerables. Un volumen considerable de recursos movilizado por los países de América Latina y el Caribe para la respuesta a la epidemia de VIH está dirigido a elevar el grado de sensibilidad entre la población en general. Los estudios indican que los programas resultan eficaces únicamente cuando existen planes que incluyen a los grupos más vulnerables, como las trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que usan drogas inyectables, los jóvenes y las mujeres.¹

f) Una respuesta exitosa incluye la participación de la comunidad, así como de las personas que viven con VIH. Los proyectos deben ser diseñados no sólo para personas con VIH, sino también con ellas.

g) Las campañas de comunicación deben promover el diálogo acerca de la epidemia y facilitar una comprensión profunda sobre las causas subyacentes; promover las actitudes no discriminatorias y fomentar los cambios políticos y sociales necesarios para contener la epidemia.

h) Las organizaciones religiosas de apoyo han asumido un rol importante en muchos países, especialmente en el ámbito de la atención domiciliaria y paliativa para los enfermos. Las Naciones Unidas reconocen el importante papel de éstas en la respuesta a la enfermedad.

Asimismo, estas asociaciones deben adaptar sus enseñanzas a la realidad de la epidemia. En América Latina y el Caribe muchas organizaciones promueven la abstinencia y la monogamia. Aunque debe respetarse esa opción, dichas enseñanzas deberían incluir información acerca de la protección contra el VIH, incluyendo el uso del condón.^{1,4,5}

i) Un elemento clave es el cumplimiento de los principios de los “tres unos”, que representan un nuevo enfoque para la organización de respuestas a nivel de país:

un solo marco nacional contra el SIDA, una sola autoridad nacional y un solo sistema nacional de monitoreo y evaluación. Esos principios se definieron para dar respuesta al carácter urgente, la naturaleza, el alcance y las complejidades de la epidemia; su aplicación permitirá una mejor coordinación y se traducirá en la utilización optimizada de los limitados recursos disponibles para la respuesta a la epidemia.

3. Prevención

a) Es ampliamente conocido que el uso de condones es una de las maneras más eficaces de prevenir el VIH. Por lo tanto, estos deben ser un elemento modular en las estrategias de prevención para los adultos y los jóvenes. Los estudios muestran, en forma sistemática, que existen muchas personas que no pueden o que no quieren practicar la abstinencia o la monogamia, frente a lo cual los condones constituyen una fuente de protección para ellas y sus respectivas parejas.^{1,4,8,9}

b) La programación del uso de condones para la prevención del VIH constituye un método estratégico en la respuesta a la epidemia. Es fundamental persuadir a las personas sexualmente activas que los utilicen, así como asegurarse que tengan acceso a condones de calidad y los utilicen correcta y sistemáticamente. Además, es necesaria una disponibilidad inmediata de condones femeninos en la región, a un costo bajo o nulo.

c) Si se desea cambiar el curso futuro de la epidemia, es necesario que más personas se hagan la prueba del VIH. Un hecho alarmante es que 90% de las personas con VIH no saben que están infectadas, y en muchos casos contagian inadvertidamente a otras personas. Para quienes son positivos, los servicios de consejería pueden vincularlos a los servicios de tratamiento, atención y apoyo que necesitan para mejorar y mantener su salud, incluyendo asistentes sociales, personal médico, grupos de apoyo y personal vinculados al ámbito legal. Por su parte, las personas cuyas pruebas dan resultado negativo tienen un gran incentivo para preservar su condición de sanos.¹

d) Incrementar la oferta de consejería y pruebas voluntarias, lo que permite que

las personas conozcan su situación en cuanto al VIH y les ayuda a actuar frente a los resultados.

e) Un programa de prevención eficaz debe brindar comunicación, educación, servicios y productos básicos. Las campañas de comunicación deben promover un diálogo sobre las causas de la epidemia. La educación debe incorporar los datos sobre el VIH dentro de un método más amplio de desarrollo de habilidades que permita a las personas formular y negociar sus propias estrategias de protección. Los servicios deben ser accesibles, confidenciales y de gran calidad; los productos básicos deben incluir condones masculinos y femeninos, estuches de pruebas, además de medicamentos antirretrovirales y materiales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.^{1,3,9}

f) La transmisión materno-infantil del VIH puede ser prevenida. Por ser ésta una medida sencilla y accesible, no existe ninguna razón para tener recién nacidos con VIH en América Latina y el Caribe.

4. Grupos vulnerables

a) Los programas de prevención entre grupos vulnerables son eficaces. Los datos existentes indican que los programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales y aquellos quienes se inyectan drogas, impiden que la epidemia llegue a la población como un todo. En Brasil, la prevalencia entre los hombres que se inyectan drogas se redujo de 27% (1994) a 13% (2004); también entre las mujeres de este mismo grupo, bajando de 17% a 4.3%.¹

b) Los miembros de grupos vulnerables conocen mejor las realidades a las que se enfrentan. En lugar de suponer que otros pueden elaborar estrategias para llegar a esas personas en forma arbitraria, es más eficaz velar para que sus opiniones e ideas sean escuchadas en cada etapa del proceso, desde el diseño hasta la evaluación.^{1,4,5}

c) La discriminación a los hombres homosexuales sólo se detendrá cuando la sociedad trabaje en contra de ella. Es fundamental establecer un ambiente favorable

que permita llevar mensajes de prevención a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.^{1,4}

d) Los programas de prevención para trabajadores sexuales siguen enfrentando muchos retos. La violencia y las leyes que tipifican como delito la ocupación de los trabajadores sexuales impiden a estos recibir información y servicios necesarios.

e) Proteger el derecho de las mujeres y las niñas a la actividad sexual, así como de la violencia y el maltrato son necesidades urgentes. Las mujeres ahora representan un tercio de los casos de VIH en América Latina y la mitad de los casos en el Caribe, cifra que tiene grandes probabilidades de aumentar. Las adolescentes están particularmente expuestas a ese riesgo. Los programas que promueven la independencia económica, la educación y las oportunidades laborales para las mujeres deben considerarse parte fundamental de la respuesta a la epidemia del VIH. El aumento del poder de la mujer es fundamental para ejercer sus derechos y, a su vez, para incrementar su capacidad de negociar una actividad sexual de menor riesgo.^{1,3-5}

f) Las políticas de prevención para presos deben tener presente la realidad de las cárceles: el uso de drogas inyectables, el uso compartido de instrumentos para hacer *piercings* y las relaciones sexuales entre hombres. Los programas para los presos sólo serán eficaces si se diseñan considerando esta realidad.¹

5. Jóvenes

Los jóvenes tienen derecho a recibir información acerca del VIH y el SIDA antes de que inicien su actividad sexual, sin importar lo incómodo o difícil que pueda resultar el tema. Es importante que conozcan qué es el virus, cómo se propaga, las formas de protección y si son VIH positivos o negativos.

6. Atención y apoyo

La falta de atención a los millones de personas con VIH constituye una emergencia sanitaria mundial. A fines de 2004 se calculaba que sólo 700,000 personas tenían acceso a esos medicamentos.¹ No proveer tratamiento con antirretrovirales a quienes lo necesitan

significa permitir un número de muertes por SIDA, difícil de imaginar e imposible de aceptar. Los productos antirretrovirales disminuyen los costos de hospitalización, por ejemplo, el Gobierno de Brasil ha calculado que el tratamiento con antirretrovirales ha representado un ahorro de cerca de US \$2.200 millones en atención hospitalaria.¹

Se requiere un efectivo compromiso de los gobiernos de América Latina y el Caribe, lejos de la demagogia, como se ha establecido en acuerdos y tratados internacionales, a fin de realizar lo que les corresponde en cuanto al combate de la epidemia. Es probable que eventualmente, sean rebasados por las distintas organizaciones nacionales e internacionales que trabajan en la lucha contra el VIH/SIDA, que en menor escala y con muchas dificultades -pero con gran conocimiento de causa- actúan ante la indiferencia de las autoridades locales.

Referencias

1. OIT, OPS, PMA, PNUD, UNESCO, UNFPA, UNICEF. Qué debe decir el personal de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe acerca de la epidemia de VIH. Washington. 2005 Nov. Disponible en: <http://cms.fideck.com/userfiles/onu.org/gt/File/24012545095457347.pdf>.
2. Comisión Nacional del SIDA. El SIDA en cifras, 2005. Disponible en : <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadist/pre2003pdf>
3. Comisión Nacional del SIDA. El programa de Acción para la prevención y control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006. Higiene. 2001;III (2):7-9.
4. Rodriguez CM. El SIDA en México en el año 2000. Higiene. 2001;III (2): 16-20.
5. Ponce P. Género, sexualidades y SIDA. Higiene. 2001;III (2):24-6.
6. Hogan RD, Baltussen R, Hayashi Ch, Lauer JA, Salomon JA. Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. BMJ 2005 Dec 17;330(7530):1431-7.
7. Meursing K, Sibindi F. HIV counselling – a luxury or necessity? Health Policy and Planning 2000; 15(1):17-23.
8. Herrera C, Campero L. La Visualización de las mujeres en la epidemia del VIH/SIDA. Obstáculos y retos. Presentado en Avances en SIDA e ITS: Retos para el tercer Milenio. México: CONASIDA;1999.
9. Pedrosa LI. El condón, una buena opción. Higiene. III;(2): 12-15.

Agradecimientos

Manifestamos nuestra gratitud por la valiosa ayuda de los técnicos académicos del Departamento de Medicina Familiar de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México: Dra. Laura E. Bajlet Esquivel, Dr. Tomás Chapa Luque y Ing. Irma Jiménez Galván.