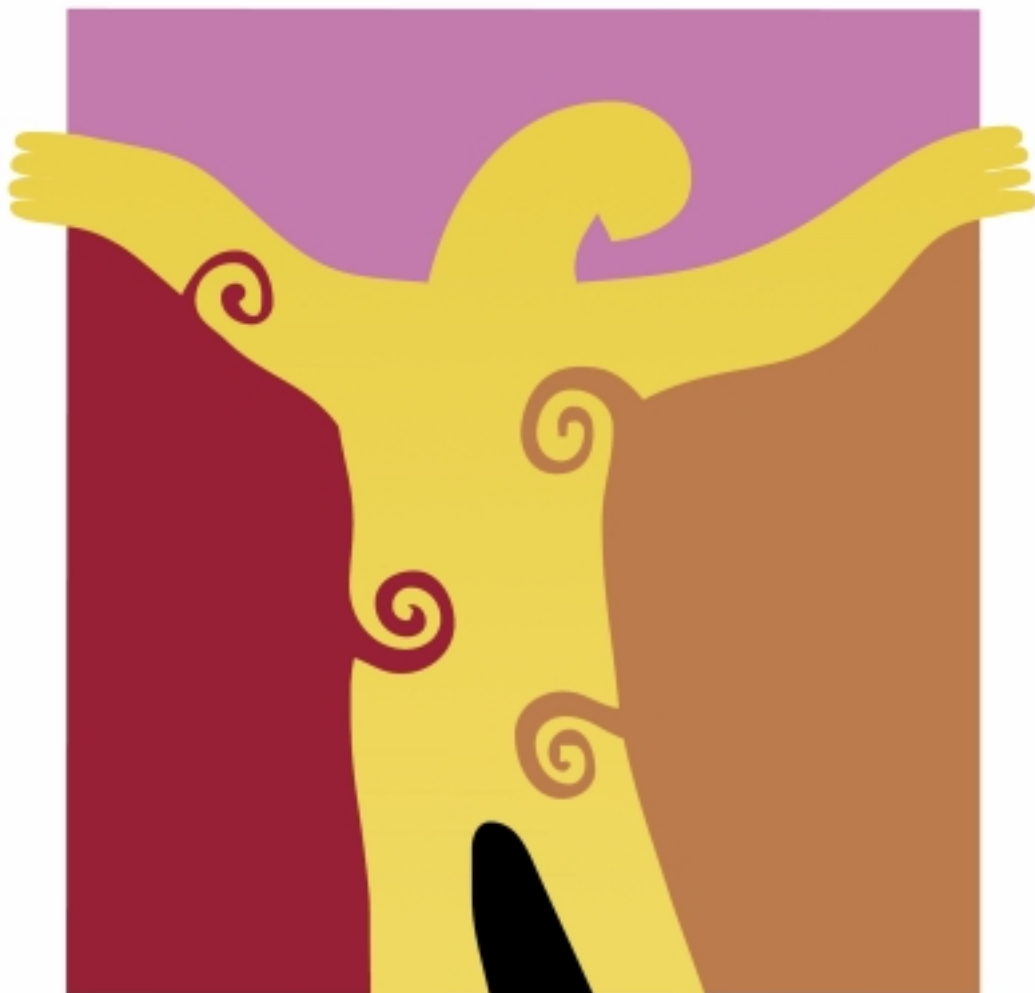


EL SIDA

un problema global/una solución global



Plataforma SIDA en África
Diciembre 2003

EL SIDA

un problema global/una solución global

Este informe ha sido elaborado por Ayuda en Acción, Basida, Cruz Roja Española, Federación Española de Planificación Familiar, Médicos del Mundo, Médicos Mundi, Prosalus y UNICEF- Comité español, organizaciones miembro de la Plataforma *Sida en África*.

Los testimonios reflejados en el informe son de personas con las que las distintas organizaciones trabajan en sus proyectos de desarrollo.

Noviembre 2003

Ilustración de portada por Chicho

Maquetado por Gregorio García

ÍNDICE

Introducción.....	5
Hacer Visibles a los Mayores. Cruz Roja Española	11
La Infancia y la Juventud Toman la Delantera. Unicef	17
Las Mujeres en la Lucha contra la Epidemia. Federación de Planificación Familiar de España	25
Atención Sanitaria: Realidades y Perspectivas. Medicus Mundi y Médicos del Mundo	31
Se Puede Vivir con el VIH, pero no con el Estigma. Cruz Roja Española	45
Actores, Herramientas y Líneas de Acción en la Lucha contra el SIDA Prosalus y Ayuda en Acción	51
Glosario.....	61
Bibliografía	63

INTRODUCCIÓN

...la pobreza mata más rápido que el VIH/SIDA.

Grace Mungumani
Uganda.

La infección por VIH/SIDA se ha convertido en una de las epidemias más devastadoras de todo el mundo y, al mismo tiempo, en uno de los ejemplos más claros de desigualdad entre los países pobres y los países ricos. En la actualidad se estima que desde su inicio, la epidemia del SIDA ha afectado a más de 60 millones de personas, causando un total de 24,8 millones de defunciones hasta finales de 2001 y dejando más de trece millones de huérfanos. En la actualidad el 95% de los infectados viven en los países más empobrecidos del planeta.

En los países desarrollados (incluyendo España) se han realizado progresos significativos en los aspectos clínicos de la enfermedad, lo que ha permitido que en el mundo occidental, en menos de 10 años, el SIDA haya pasado a considerarse como una enfermedad crónica. Pero no debemos olvidar los numerosos problemas añadidos que padecen las personas afectadas a nivel social, familiar, psicológico y laboral, y que sumados a los numerosos prejuicios personales y sociales que existen aún hoy en la población en general frente al SIDA, provocan que estas personas se encuentren muy a menudo en una situación de exclusión y desprotección social.

África y en particular el África Subsahariana es, según ONUSIDA, la región más afectada por la epidemia del VIH/SIDA. En su último informe, se afirma que en la actualidad más de 29,4 millones de africanos viven con el virus del VIH/SIDA. Durante el 2002 se produjeron 3,5 millones de nuevas infecciones, y se sabe que la epidemia se cobró la vida de 2,4 millones de africanos durante el pasado año.

En África padecen la enfermedad más de diez millones de jóvenes (entre 15-24 años) y tres millones de niños menores de 15 años. Se estima que en la mitad de los países del África Subsahariana el crecimiento *per cápita* anual se está reduciendo hasta un 1,2% como resultado directo del SIDA. Sirva como ejemplo el dato que aporta la FAO según el cual la producción agrícola, particularmente de

productos de primera necesidad, no va a poder mantenerse en el África Subsahariana, ya que han muerto más de 7 millones de trabajadores agrícolas por causas relacionadas con el SIDA.

Esta pérdida de capital humano en todos los estratos de la sociedad ocasiona de manera directa una rápida desestabilización socioeconómica en todos los sectores (educación, salud, industria, agricultura, transporte, mano de obra cualificada) con repercusión en el ámbito macroeconómico. El impacto del VIH/SIDA sobre los frágiles y complejos sistemas políticos de los países en vías de desarrollo se revela en múltiples aspectos: la aparición de necesidades de ayuda alimentaria de emergencia, el aumento en el número de huérfanos (por encima de los 13 millones en África hasta el momento actual), cambios en el perfil de la población, un aumento en el número de niños y adolescentes en las calles, refugiados y poblaciones desplazadas internamente y, como resumen, una fragmentación de las redes de seguridad social y económica. Según datos del Banco Mundial, una región que experimenta un incremento de la tasa de prevalencia del VIH/SIDA en un 15% sufre una reducción de un 1% en su tasa de crecimiento del PIB.

Los sistemas de salud pública se ven asimismo desbordados en los países más afectados. Todos los logros conseguidos en estos años, han sido eclipsados por los gastos derivados de la lucha contra el SIDA, provocando que otras enfermedades, como la tuberculosis, crezcan de forma acelerada: tanto por la incidencia de la tuberculosis en enfermos de SIDA, como por la mayor posibilidad de que se contagie a la población que no tiene VIH, incluyendo, por supuesto, al personal sanitario, cuyo riesgo de fallecer ha aumentado drásticamente en numerosos países.

Esta situación nos exige hablar de los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA como proyectos de cooperación al desarrollo, ya que la reducción de la incidencia de esta enfermedad resulta en un incremento inmediato del índice de desarrollo.

Además de los efectos devastadores del SIDA en los sistemas políticos y económicos de los países más empobrecidos del planeta, el impacto negativo de la epidemia sobre los individuos, las familias y las comunidades se ve multiplicado por la estigmatización, el silencio, la discriminación y la negación de los derechos humanos. De esta manera se neutralizan los esfuerzos de prevención, asistencia y tratamiento. Las mujeres resultan doblemente estigmatizadas: como personas que viven con el VIH/SIDA y como mujeres. Además, viven con mayor riesgo de contraer esta enfermedad a causa de su constitución biológica, la discriminación de género y la falta de poder para tomar decisiones en el terreno de las relaciones sexuales.

La crítica situación de los países del mundo más afectados por el VIH/SIDA ha generado una serie de compromisos en el ámbito de la política internacional,

sin embargo, éstos no han sido materializados hasta el momento. La Declaración del Milenio, aprobada en el año 2001, marcó el compromiso de 189 jefes de Estado para detener y comenzar a reducir la epidemia del VIH/SIDA en el año 2015. Ese mismo año Naciones Unidas creó el *Fondo Global para el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis* con el objetivo de obtener 10.000 millones de dólares anuales destinados a la lucha contra estas enfermedades. Hasta el momento los compromisos financieros no superan el 50 % de esta cantidad.

POBREZA, VULNERABILIDAD E INFECCIÓN POR VIH/SIDA

La pobreza coloca a las comunidades en una situación muy débil para combatir la epidemia del VIH/SIDA. Cuando se trata de mujeres, los factores socioculturales y la pobreza interactúan, debilitando aún más su posición. Estas mujeres a menudo sufren abusos sexuales, se ven forzadas a mantener relaciones sexuales sin protección para conseguir medios para alimentar a la familia o llevar a los hijos o hijas a la escuela, intercambian sexo por seguridad en situaciones de conflicto armado, o simplemente sufrir abusos sexuales, que no son denunciados por falta de acceso a la justicia.

Además, la pobreza incrementa la vulnerabilidad a la infección de otros modos:

- imposibilitando el acceso a recursos e información, por la falta de acceso a la educación;
- mediante la exclusión de las niñas y mujeres jóvenes de las escuelas, lo que les impide acceder a los programas educativos socio-sanitarios;
- debido al acceso deficitario a pruebas y asesoramiento médico, que limitan así el conocimiento sobre el estado serológico propio y la adopción de prácticas sexuales seguras; o
- por la incapacidad para utilizar la información sobre la prevención del VIH/SIDA debido a, por ejemplo, las escasas posibilidades para comprar preservativos.

La nutrición deficiente como consecuencia de la pobreza, reduce la capacidad del cuerpo para luchar contra la infección. Aunque se aconseja a las personas que viven con VIH que cuiden su nutrición, los alimentos recomendados suelen ser inaccesibles para las personas que viven en condiciones de pobreza. Los suplementos vitamínicos más simples casi siempre están fuera de su alcance y sus condiciones

de vida, con demasiada frecuencia, suponen la exposición a otras enfermedades, incrementando así la posibilidad de contraer las llamadas infecciones oportunistas.

La infección por VIH acarrea también el riesgo de exclusión económica. Cuando la infección avanza, la capacidad de los individuos infectados para conseguir ingresos se reduce, ya sea debido a debilidad física, absentismo laboral, incapacidad de realizar las labores más básicas de la agricultura, etc. Por otro lado, se produce un importante incremento de los gastos domésticos por las nuevas y frecuentes necesidades médicas y farmacéuticas. Para hacer frente a esta situación, las personas se ven obligadas a renunciar a algunos derechos: por ejemplo, entre la educación de una niña o niño y la medicación para la infección oportunista; o suspender la educación de ese niño o niña para cubrir la incapacidad de trabajar del adulto, para así conseguir ingresos adicionales.

Cuando estas circunstancias se repiten, afectando a diferentes miembros de la familia, el grado de pobreza se ve acentuado. Las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y las muertes, sobre todo si es de uno de los progenitores, provocan un empobrecimiento progresivo en familias afectadas, cuyos miembros más jóvenes tienen más posibilidades de verse privados de educación que los de familias en las que viven el padre y la madre. Estos niños y niñas son también susceptibles de sumirse en una mayor pobreza y ser forzados, desde edades muy tempranas, a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero o a buscar refugio en matrimonios tempranos. El ciclo de la pobreza continuará para ellos y sus descendientes.

RESPUESTAS A LOS RETOS DEL VIH/SIDA Y LA POBREZA

La respuesta al VIH/SIDA se ha caracterizado hasta el momento por las intervenciones en prevención, cuidado/asesoramiento, tratamiento y reducción del impacto. En todos estos ámbitos, se ha incidido en acciones con una alta relación de coste-efectividad que pueden ofrecer resultados positivos en el corto o medio plazo. Así, se hace mucho énfasis en la sensibilización sobre el VIH/SIDA y la disponibilidad de preservativos para la prevención, el cuidado de los enfermos en casa como el modelo más barato y proyectos de generación de ingresos para mitigar el impacto del VIH/SIDA en la pobreza.

Las respuestas a la epidemia encuentran un reto importante, que son los múltiples frentes en que se deben luchar: la prevención de la infección; evitar que los infectados desarrollen la enfermedad; impedir el desarrollo de infecciones oportunistas; mejorar la calidad de vida de los enfermos; minimizar el impacto de la

enfermedad en las personas infectadas; y ofrecer una niñez normal a los niños y niñas afectados por la epidemia. Hasta ahora, los éxitos han sido escasos y de pequeña escala. Por ejemplo, Uganda ha logrado disminuir el número de nuevas infecciones, pero aún tiene que luchar en otros frentes. En esta lucha contra el impacto de la enfermedad, no podemos dejar a un lado la lucha contra la pobreza y las inequidades.

Actualmente, muchas instituciones y organizaciones han adoptado en su trabajo un enfoque de derechos humanos. Este enfoque incide en el reconocimiento de que todas las personas tienen derechos y que otras personas o entidades tienen la obligación de asegurarlos y hacer que se respeten. La adopción del enfoque de derechos humanos en el trabajo de desarrollo ha propiciado a un mayor énfasis en la consolidación de propuestas de lucha contra la pobreza basadas en principios claros que incluyan la universalidad, indivisibilidad, interdependencia, no discriminación y rendición de cuentas.

Los primeros pasos en el trabajo sobre VIH/SIDA y derechos humanos se han centrado sobre todo (y acertadamente) en los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA. Algunas legislaciones han plasmado los derechos de estas personas y han instituido medidas para su protección. El punto de partida ha sido el énfasis en la necesidad de evitar la discriminación hacia las personas que viven con el VIH/SIDA. Si partimos de que el objetivo ha sido la reafirmación de los derechos civiles y políticos, así como el principio de no discriminación, se puede considerar que se ha conseguido cierto grado de éxito.

Los retos actuales se centran en perseguir los derechos económicos y sociales, como el derecho a la salud, a la educación, acceso a los alimentos, a unos niveles de vida adecuados, seguridad en los ingresos, etc.

La Plataforma *Sida en África* ha realizado este informe con el objetivo de sensibilizar a la opinión pública sobre la situación de los países en vías de desarrollo más afectados por el VIH/SIDA, y promover acciones que contribuyan a frenar la expansión de la epidemia y a mejorar las condiciones de vida de los afectados.

HACER VISIBLES A LOS MAYORES

En Tailandia, los cuidadores/as mayores no pueden hacer ofrendas en el templo, lo cual exagera sus sentimientos de culpa y su aislamiento social. Los frecuentes entierros les obligan a restringir sus costumbres tradicionales, agravando sus penurias. Las personas mayores se preocupan también por su propio futuro – temen que no habrá nadie que las apoye en su vejez o les garantice un entierro apropiado.

Durante las dos últimas décadas la epidemia del VIH/SIDA ha venido ocasionando un marcado impacto, en todos los ámbitos, en las mujeres y hombres mayores.

Las personas mayores desarrollan un papel fundamental en el ámbito familiar y comunitario. Son los cuidadores durante la enfermedad de sus hijos, deben hacerse cargo de sus nietos y aparte del riesgo de ser infectados por el virus.

Es urgente investigar y actuar para disminuir los efectos de la epidemia sobre las personas mayores.

Incluso en los países más afectados por el VIH/SIDA se espera que el número de personas mayores se duplique; en el África Subsahariana, el número de personas mayores se incrementará de 30 a 60 millones de aquí al 2030.

CONSECUENCIAS DE LA EPIDEMIA PARA LAS PERSONAS MAYORES

El VIH/SIDA tiene un **efecto devastador en las personas mayores**, aunque poco referido en la literatura. Tradicionalmente los hijos han cuidado de sus padres cuando son mayores, pero los papeles se han invertido, aumentando el número de aquellos que no sólo han perdido el apoyo que esperaban de sus hijos, sino que además deben cuidar de ellos e incluso de sus nietos; las mujeres se ven particularmente afectadas ya que son tradicionalmente las que cuidan de las familias.

Un estudio en Tailandia demostró que el 70% de las personas que viven con el VIH están al cuidado de sus padres o abuelos durante la fase terminal de su enfermedad; muchos de estos cuidadores tienen más de 70 años y necesitan ser cuidados ellos mismos.

Las personas mayores también se están convirtiendo cada vez más en cuidadoras primarias de niños y niñas cuyos padres y madres han muerto víctimas del VIH/SIDA. La mayor parte de los 7.8 millones de niños y niñas huérfanos del SIDA en el África Subsahariana vive con familiares de la tercera edad.

El VIH/SIDA provoca enormes **presiones económicas, sociales y emocionales** sobre las personas mayores – y sobre los niños/as, adolescentes y jóvenes a su cuidado. En los países en desarrollo, las pensiones de jubilación son infrecuentes y la mayoría de las personas mayores trabaja hasta muy avanzada edad. Los que cuidan de hijos e hijas enfermos no solamente destinan un tiempo valioso, que normalmente invertirían en actividades de generación de ingresos, sino que además se enfrentan a gastos adicionales de comida, tratamiento médico, funerarios, los de las niñas y niños a su cuidado, etc. Los cuidadores mayores son arrastrados a la pobreza precisamente en la etapa de sus vidas en que necesitan a recibir más apoyo de sus familias.

Además de en lo cotidiano, el VIH/SIDA genera presiones psicológicas. Los cuidadores/as mayores sufren ante la pérdida de sus hijos e hijas y temen no poder velar adecuadamente por sus nietos y nietas. Tienen que enfrentar el dolor de sus nietos/as ante la desaparición de los padres, problemas generacionales y el estigma social relacionado con el VIH/SIDA.

La falta de información dirigida a este colectivo conlleva el riesgo de contagio no sólo entre ellos, sino también entre los niños y jóvenes bajo su cuidado. Una razón más para incluir a las personas mayores en los programas de educación en VIH/SIDA.

Igualmente, las personas **mayores se encuentran en riesgo de contraer el VIH –y transmitirlo–** ya que se trata de un grupo sexualmente activo. Los efectos de la pobreza y los conflictos armados (por ejemplo, las relaciones sexuales entre mujeres jóvenes y hombres mayores a cambio de regalos o dinero), el aumento de la violencia sexual contra las mujeres mayores en algunas partes de África, la costumbre de dejar en herencia a las viudas y las creencias equivocadas sobre protección contra el VIH, aumentan el riesgo de infección en la tercera edad.

Pero dichos riesgos son ignorados. La **información estadística** de ONUSIDA sobre las tasas de infección finaliza a los 49 años y al carecer de datos se dificulta la puesta en marcha de las intervenciones dirigidas a las personas mayores, aumentando los riesgos para todas las franjas etarias. Estudios en Tailandia hablan de más del cinco por ciento y, en Kenia, del 3.9 por ciento. Las cifras reales pueden ser más altas, ya que los síntomas de infección de VIH entre las personas mayores pueden ser confundidos con otras enfermedades.

Por otro lado es necesario luchar contra el **estigma y la discriminación** para lograr identificar, formar y apoyar a las personas mayores, y no olvidar que en situaciones de emergencia en zonas con elevada prevalencia de VIH/SIDA las personas mayores son doblemente vulnerables.

ESTRATEGIAS INTERNACIONALES

Las estrategias internacionales de tratamiento del VIH/SIDA propuestas por ONUSIDA y el Banco Mundial no incluyen a las personas mayores, ni como cuidadoras ni como grupo en riesgo.

Sin embargo, las personas mayores están incluidas en la declaración de compromiso para intensificar los esfuerzos de lucha contra el VIH/SIDA, acordada en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en Nueva York en junio del 2001.

La respuesta internacional frente a la epidemia del VIH/SIDA refleja el vacío existente en la inclusión de las personas mayores como uno de los aspectos primordiales en el desarrollo en muchos países en desarrollo. Las personas mayores carecen de educación, formación, apoyo material y económico a pesar de ser los encargados de las distintas generaciones afectadas y/o infectadas por el virus. Además, raramente tienen acceso al tratamiento cuando ellos mismos se ven infectados.

Parece que el VIH/SIDA es una enfermedad de personas jóvenes, pero las personas mayores siguen manteniendo relaciones sexuales, pueden necesitar transfusiones.... y a pesar de todo ello la mayoría de los programas de prevención se dirigen a los jóvenes y adolescentes de la comunidad, dejando a este grupo de población sin información sobre los riesgos ni sobre la manera de prevenir.

La **exclusión** es el mayor problema al que se deben enfrentar los mayores, los huérfanos y las personas que viven con el VIH/SIDA. Los vínculos sociales y los mecanismos tradicionales de apoyo se debilitan cuando la ignorancia y el estigma marginan a la familia afectada por el VIH/SIDA, que vive con sentimientos de vergüenza, solos y aislados.

Los mayores se ven también excluidos de las actividades de la comunidad ya que el aumento de sus responsabilidades no les deja tiempo ni dinero para participar en actividades y reuniones. Sus redes sociales, imprescindibles para sobrevivir en situaciones de precariedad, se ven debilitadas en los momentos que más las necesitan.

La falta de comprensión que el impacto del VIH/SIDA tiene sobre las personas mayores **los ha excluido de la elaboración de políticas** y de las intervenciones

estratégicas frente a la epidemia. Como consecuencia, se sienten ellos mismos marginados como beneficiarios de la mayoría de los servicios de atención y tratamiento y no tienen acceso a la información ni a programas de apoyo.

Además el papel potencial y la contribución que las personas mayores pueden tener en la lucha contra el VIH/SIDA no se perciben y no son apoyados. Las personas mayores son transmisoras de información y costumbres, potenciales agentes de cambio de comportamiento y pueden comunicar las informaciones de una manera adecuada y socialmente aceptable a sus coetáneos y a los jóvenes.

DEFENDER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

A pesar de las necesidades que los hombres y mujeres mayores tienen en relación con el VIH/SIDA y del importante papel que desempeñan en la lucha contra la epidemia, sus derechos fundamentales y las libertades como personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA no están siendo respetados.

Los mayores se ven privados del derecho a recibir una información adecuada sobre cómo protegerse y proteger a las personas a su cuidado. Ven negado su acceso a los programas de atención y apoyo en su papel de cuidadores. Incluso no llegan a recibir la parte proporcional en el reparto de los recursos destinados a luchar contra el VIH/SIDA. Por otro lado, las personas mayores tienen dificultades para reclamar sus derechos.

Incluso el VIH/SIDA se utiliza para justificar la violencia y los abusos contra los mayores. Frecuentemente esto ocasiona que las ancianas se aislen o sean expulsadas de la comunidad; incluso que sean atacadas físicamente o asesinadas en base a acusaciones infundadas (por ejemplo, de brujería).

HACER A LAS PERSONAS MAYORES VISIBLES

Las personas mayores son **“invisibles” en las estadísticas** sobre impacto de VIH/SIDA actualmente existentes. En 2003 los datos internacionales están aún limitados a los grupos entre 14 y 49 años.

Las organizaciones de lucha contra la pandemia, tanto nacionales como internacionales, no han demostrado hasta el momento reconocer y apoyar suficientemente el papel que las personas mayores pueden representar en la lucha y en el control de la expansión de la epidemia. Esto refleja la generalizada falta de atención

hacia las personas mayores en las agendas de desarrollo y en las políticas promulgadas en el ámbito nacional e internacional.

El **Plan de Acción para el Envejecimiento** (Madrid 2002) representó un importante progreso ya que supuso el llamamiento a los gobiernos para que incluyeran en sus agendas a los ancianos en el desarrollo y que contemplaran su propio desarrollo.

La epidemia de VIH/SIDA ha venido a desestabilizar la de por sí ya precaria situación de los hombres y mujeres mayores en los países de escasos recursos; sobre todo, obligándoles a enfrentarse a nuevos problemas con sus ya mermadas posibilidades.

Existe un vacío de información en la recogida, estudio y análisis estadístico acerca de las personas mayores en los países del tercer mundo y será necesario realizar investigaciones serias y sistemáticas a fin de facilitar la comprensión de las poblaciones mayores.

La utilización de las habilidades y el status de las personas mayores sería una estrategia básica y eficaz en la lucha contra el VIH/SIDA. Para ello será necesario facilitarles la información sobre el virus y sus efectos y complementarlas con herramientas que faciliten su actividad como educadores comunitarios.

Se necesitan acciones integrales y coordinadas para garantizar que la naturaleza intergeneracional y el impacto socioeconómico del VIH/SIDA sean reconocidos, tomados en cuenta y subsanados. Esta colaboración y coordinación debe ser real y efectiva, con la implicación de todos los actores.

En estas acciones, es vital adoptar un enfoque intergeneracional para abordar el VIH/SIDA, en beneficio de comunidades enteras. Si desatendemos las necesidades de las personas mayores no solamente sufrirá la vieja generación, sino también las personas que ésta cuida y atiende.

La exclusión de los mayores de las campañas de información y prevención es contraproducente y acentúa el foso generacional, perpetuando la división y las diferencias entre generaciones.

RECOMENDACIONES

Los gobiernos, las ONG y las comunidades locales tienen que trabajar juntos para atender las necesidades de toda la comunidad – lo cual significa incluir a las personas mayores en el desarrollo de las políticas y la planificación de los programas. Entre los requerimientos clave se encuentran:

- Llevar a cabo más investigaciones acerca del impacto del VIH/SIDA sobre las personas mayores, a fin de desarrollar programas de desarrollo social y generación

de ingresos que incluyan a las personas mayores, para que puedan funcionar más efectivamente como cuidadores/as y personas viviendo con VIH/SIDA.

- Apoyo a los gastos escolares y de vivienda de huérfanos/as y cuidadores/as mayores.
- Proporcionar apoyo económico y social, a través de educación de pares, a cuidadores/as mayores vulnerables, incluyendo asesoría y apoyo, educación, distribución de preservativos, priorizando programas que promuevan la participación de personas mayores como educadoras.
- Llevar a cabo acciones de sensibilización sobre el riesgo de contagio de VIH de las personas mayores y los problemas que enfrentan las personas mayores viviendo con VIH.
- Sensibilizar a los trabajadores/as de salud acerca del impacto del VIH/SIDA sobre las personas mayores y desarrollo de estrategias para mejorar estos servicios.
- Sensibilización a la población más joven acerca del impacto económico, social y emocional del VIH/SIDA sobre las personas mayores.
- Garantizar la aplicación del enfoque de género en todos los ámbitos mencionados anteriormente.
- Para valorar el impacto que puede tener el VIH/SIDA sobre el envejecimiento en los países en desarrollo hay que mejorar la información estadística disponible y el análisis requerido para comprender los procesos del envejecimiento.
- Es necesario llamar la atención sobre las serias limitaciones de la información estadística acerca del envejecimiento, la cual se recoge principalmente a través de censos, no se interpreta de manera flexible y no se complementa con información basada en encuestas acerca de las relaciones entre los siguientes temas claves: transferencias intergeneracionales, atención y cuidados, estado de salud, estructuras familiares y bienestar, situación económica y salud.

LA INFANCIA Y LA JUVENTUD TOMAN LA DELANTERA

En tres comunidades de Lima (Perú), donde el alto desempleo ha desembocado en una delincuencia generalizada, se preparó a 240 jóvenes entre 10 y 24 años de edad para educar a otros jóvenes sobre la forma de tener una vida sexual sana y responsable. Asesoraron directamente a unos 5.000 adolescentes y llegaron a otros 45.000 a través de la radio, canciones en los transportes públicos y presentaciones en los mercados.

SITUACIÓN Y PANORAMA GENERAL

Alrededor de 2,7 millones de los 40 millones de personas que viven hoy en día con el VIH/SIDA tienen menos de 15 años. Solamente en 2001, alrededor de 800.000 niños contrajeron el VIH de alguno de sus progenitores, y 580.000 murieron de SIDA.

Más de 10 millones de niños han perdido sus madres o ambos progenitores a causa del SIDA. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones se producen entre los jóvenes.

Hasta el año 2001, 10,4 millones de menores de 15 años han perdido a un progenitor o a los dos debido al SIDA. Sólo en 2000, la enfermedad generó 2,3 millones de huérfanos menores de 15 años. Los niños y niñas que han quedado huérfanos a causa del VIH/SIDA representan la mayoría de los huérfanos menores de 15 años. La tragedia sigue agravándose a medida que la enfermedad provoca más y más víctimas. Desde ahora hasta 2010, la cifra total de niños y niñas que han quedado huérfanos a causa del SIDA podría llegar a duplicarse.

A pesar de ser los más vulnerables, la gran mayoría de los jóvenes no son conscientes de sus propios riesgos ni conocen la forma en que deben protegerse para no contraer la infección. Carecen de acceso al tipo de servicios que pueden ayudarles a evitar la infección, como son la información y la orientación, las pruebas del VIH y los preservativos. Los resultados son trágicos: en Botswana y Sudáfrica, se calcula que la mitad de los niños que hoy tienen 15 años morirán de SIDA.

Pero además de ser víctimas de la pandemia, los niños y los jóvenes forman parte también de la solución. Su intervención ofrece una oportunidad única en

las actividades destinadas a procurar que la gente asuma sus responsabilidades para evitar la enfermedad.

PREVENCIÓN ENTRE LOS JÓVENES

En África Subsahariana, una región donde habita el 70% de todos los jóvenes que viven con el VIH/SIDA, la mitad de las niñas adolescentes no saben aún que una persona aparentemente saludable puede haber contraído el VIH. En Mozambique, un 74% de las jóvenes y un 62% de los jóvenes de 15 a 19 años son incapaces de citar un solo medio para protegerse contra el VIH/SIDA.

Entre los jóvenes, las niñas corren por lo general más riesgos que los niños de contraer la infección. Según las últimas estadísticas, las jóvenes tienen por lo menos dos veces más posibilidades que los jóvenes de contraer el VIH en algunos países en desarrollo, una tendencia que se observa igualmente a escala mundial. **Las jóvenes son especialmente vulnerables** debido a factores sociales, biológicos y económicos que les impiden obtener información sobre cuestiones de salud de la reproducción y de adquirir la suficiente confianza en ellas mismas para entablar relaciones sexuales seguras. Muy a menudo, carecen de control para decidir cuándo y dónde deben producirse las relaciones sexuales, o no pueden ejercer su derecho a negarse a practicar unas relaciones sexuales no deseadas o en condiciones de riesgo.

Los **jóvenes refugiados y emigrantes** corren riesgos especialmente graves. Este es el caso también de los jóvenes que se prostituyen, de los que viven en instituciones (cárceles, orfanatos, etc.), de los niños de la calle y de los jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Más que otros sectores de la juventud, estos jóvenes carecen de acceso adecuado a las informaciones y los servicios sobre la salud sexual. Corren el riesgo de que se les obligue o se les convenza de practicar relaciones sexuales a cambio de dinero, de alimentos o de protección. El consumo de drogas está también generalizado en este grupo, sobre todo por vía intravenosa, un método que contribuye trágicamente en gran medida a la propagación del VIH.

Muchos adultos no han asumido la responsabilidad que les incumbe de educar a los jóvenes sobre el VIH/SIDA, una actitud completamente inexcusable. Y lo que es peor, son a menudo los adultos quienes obligan a los jóvenes –mujeres o varones- a practicar relaciones sexuales arriesgadas. Otros adultos no han hecho nada concreto para poner fin a este tipo de abusos, incluso cuando tienen conocimiento de que estos actos han sido cometidos dentro de su propia comunidad.

Prevalencia del VIH/SIDA entre los jóvenes (de 15 a 24 años de edad)



Fuente: ONUSIDA 2001

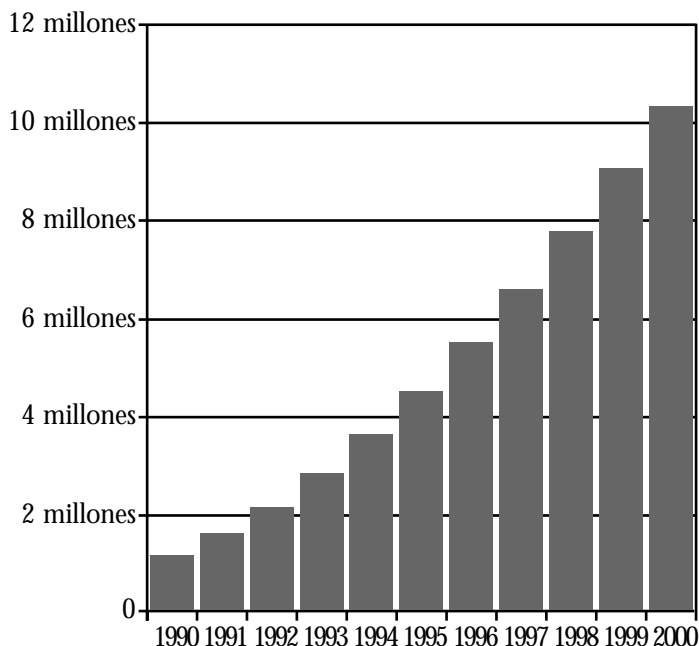
ATENCIÓN Y APOYO PARA LOS HUÉRFANOS Y LOS NIÑOS AFECTADOS POR EL VIH/SIDA

Hasta el año 2001, 10,4 millones de menores de 15 años han perdido a un progenitor o a los dos debido al SIDA. Sólo en 2000, la enfermedad generó 2,3 millones de huérfanos menores de 15 años.

Los **niños y niñas que han quedado huérfanos a causa del VIH/SIDA** representan la mayoría de los huérfanos menores de 15 años. La tragedia sigue agravándose a medida que la enfermedad provoca más y más víctimas. Desde ahora hasta 2010, la cifra total de niños y niñas que han quedado huérfanos a causa del SIDA podría llegar a duplicarse.

Debido a que el mayor número de víctimas del SIDA se encuentran en África Subsahariana, es en esta región donde vive la gran mayoría de huérfanos y otros niños y niñas afectados por el VIH/SIDA. A finales de 1999, Nigeria contaba con alrededor de 970.000 huérfanos; Etiopía con 900.000; Zimbabwe con 630.000; Zambia con 447.000 y Sudáfrica con 371.000.

Proporción de niños (<15 años) que han perdido a su madre o a ambos padres por el SIDA, 1.999-2.000



Fuente: ONUSIDA/UNICEF

Pero a medida que la epidemia se agrava en otras regiones –por ejemplo, en el Caribe y en determinados países de Asia– el número de niños y niñas huérfanos podría aumentar considerablemente en estas regiones.

IMPLICACIONES PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS AFECTADOS POR EL VIH/SIDA

Los niños y las niñas sufren enormemente cuando sus progenitores enferman o mueren. Su situación se suele caracterizar por lo siguiente:

Dificultades psicosociales. La enfermedad y la muerte de sus progenitores entrañan graves dificultades psicosociales, agravadas por los prejuicios y el sentimiento de vergüenza que rodea al VIH/SIDA.

Dificultades económicas. Debido a que sus progenitores no pueden seguir trabajando y que sus ahorros se utilizan para pagar la atención de la salud, los niños se ven obligados a asumir una terrible responsabilidad que incumbe generalmente a los adultos: mantener a la familia.

Deserción escolar. Obligados a ganar dinero y ocuparse de sus progenitores y de sus hermanos y hermanas, los niños y niñas corren el riesgo de no poder ir a la escuela, incluso cuando sus progenitores viven todavía. Cuando uno o dos progenitores mueren, hay todavía más razones para abandonar los estudios.

Desnutrición y enfermedades. Los huérfanos y otros niños y niñas afectados por el VIH/SIDA corren más riesgos de padecer desnutrición o de caer enfermos y no beneficiarse de las atenciones médicas necesarias. La pobreza es la causa principal del problema, pero el abandono y la discriminación de los que son culpables algunos adultos que se ocupan de los huérfanos son igualmente factores importantes.

Pérdida de la herencia. Los huérfanos suelen perder la herencia a la que tienen derecho.

Miedo y aislamiento. Los huérfanos desheredados se ven a menudo obligados a vivir en lugares desconocidos y hostiles.

Malos tratos y grave riesgo de contraer el VIH. Empobrecidos y sin padres y madres que los eduquen y les protejan, los huérfanos y otros niños y niñas afectados por el VIH/SIDA están expuestos a todo tipo de malos tratos y de riesgos, inclusive la infección por VIH. Muchos se ven obligados a trabajar en condiciones peligrosas y abusivas, en especial sometidos a relaciones sexuales a cambio de dinero, de comida, de “protección” o de un lugar para vivir.

*Nota: para evitar la reiteración en el abordaje del tema de la **prevención de la transmisión de la madre al hijo** en varios capítulos, se ha considerado oportuno que aparezca más adelante en este informe, en el capítulo ‘Atención Sanitaria: Realidades y Perspectivas’.*

Y SIN EMBARGO...

LOS JÓVENES YA HAN TOMADO LA DELANTERA

En Ibandan (**Nigeria**), se formó como educadoras inter pares a jóvenes aprendizas de modista empleadas en pequeños talleres que volvieron a sus lugares de trabajo para divulgar información sobre el VIH, explicar los riesgos de las relaciones sexuales sin protección e informar a sus compañeras sobre la forma de negociar la

utilización del preservativo. Las muchachas que habían estado en contacto con las educadoras inter pares tenían mucha más capacidad para protegerse de las relaciones sexuales forzadas que aquellas que no recibieron información.

En **Nepal**, los jóvenes producen y presentan el programa interactivo *Hablando con mi mejor amigo* para alentar a los jóvenes nepalíes a debatir temas y problemas relacionados con el crecimiento. El programa les proporciona un medio a través del cual pueden debatir problemas comunes, como las relaciones entre ambos sexos y la comunicación con los padres. Desde la primera emisión del programa, los jóvenes presentadores reciben un promedio de 100 a 200 cartas por semana.

La Asociación Deportiva Juvenil Mathare de Nairobi (**Kenia**) capacita a sus futbolistas para que sean educadores inter pares y ejemplos de conducta para los programas de sensibilización, prevención y asesoramiento sobre el VIH/SIDA. Los primeros en recibir capacitación fueron los miembros del equipo más antiguo, que eran más conocidos y por tanto más capaces de influir en sus compañeros. Hacen hincapié en la abstinencia sexual entre los más jóvenes, pero a aquellos que ya son sexualmente activos les recalcan la importancia de utilizar un preservativo y de ser fieles a su pareja.

En **Polonia**, se ha capacitado a numerosos jóvenes como “asesores sobre el terreno” que se desplazan a los cafés, clubes y otros lugares de reunión para educar a otros jóvenes que experimentan con las drogas sobre los riesgos a los que expone el abuso estas sustancias, el VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los jóvenes asesores aprenden a evaluar las necesidades individuales, a ofrecer la información apropiada y a derivar casos cuando es necesario.

RECOMENDACIONES

- Romper el silencio que rodea al VIH/SIDA, luchar contra los prejuicios y la discriminación e involucrar a los jóvenes, sus familias y las comunidades en que viven, en la lucha contra la epidemia.
- Velar por que todos los niños, niñas y jóvenes reciban una información adecuada sobre el VIH/SIDA y dispongan de la posibilidad real de formarse para reducir su vulnerabilidad y evitar conductas de riesgo.
- Promover y desarrollar el acceso a los servicios de salud adaptados a los jóvenes, incluyendo la atención y asistencia psico-social, bajo la protección de adultos responsables, el acceso a servicios de orientación y de detección del VIH, a preservativos y el tratamiento de infecciones transmitidas sexualmente.

- Promover la colaboración y la participación responsable de los hombres y de los jóvenes varones y luchar contra la desigualdad entre las mujeres y los hombres, contra la violencia, la discriminación y las relaciones de poder desiguales que favorecen la propagación de la epidemia.
- Prevenir la infección por elVIH entre las mujeres en edad de procrear y mejorar la atención peri natal que se proporciona a las mujeres embarazadas.
- Ofrecer a los huérfanos y a los niños y niñas vulnerables protección contra todas las formas de maltrato, de violencia, de explotación y discriminación.

LAS MUJERES EN LA LUCHA CONTRA LA EPIDEMIA

“... La Red de Mujeres Positivas de Zimbabwe nos enseñó sobre la violencia de género y cómo reconocer los abusos. Todo este tiempo casada y no sabía que sufría abusos. ...Si hubiera sabido que, aun estando casada, tenía mis derechos, no habría acabado contrayendo el virus. No me habrían obligado a mantener relaciones sexuales, y me habría negado a dejar la casa que habíamos construido juntos. Como mujeres, debemos ser fuertes para cambiar algunas de nuestras creencias culturales. Lo que necesitamos es paz, un trozo de tierra para cultivar e igualdad con los hombres. Así no sufriríamos lo que sufrimos ahora”.

Nyaradzo Makambanga.
Zimbabwe

Los roles tradicionales de género influyen en las relaciones sexuales entre hombres y mujeres y provocan enormes dificultades para abordar con éxito acciones de prevención de la infección por VIH. Estas barreras no sólo actúan sobre la capacidad individual de las mujeres para protegerse frente a la enfermedad, sino que también generan un contexto social que las pone en peligro y las somete a una presión y un riesgo mayor por el simple hecho de ser mujeres.

El **rol de género** es una construcción sociocultural que asigna un conjunto de atributos, cualidades, funciones, expectativas y defectos a hombres y a mujeres en función de las necesidades de la sociedad a la que pertenecen. Al ser creaciones culturales, estos roles se pueden modificar y cambiar.

La asignación de estos roles a uno y otro sexo no responde por tanto a fundamentos biológicos sino que descansan sobre el acuerdo social de cómo es un hombre y cómo es una mujer. Esta percepción social de cada sexo acaba siendo interiorizada por cada persona individualmente, hasta el punto de que termina siendo un elemento determinante de su “identidad”.

El modelo patriarcal que impera en la sociedad global actual se basa en una relación de poder de lo masculino frente a la subordinación de lo femenino. A pesar de la transformación que están sufriendo los roles de uno y otro género en las últimas

décadas, con más éxito en los países donde la mujer ha conseguido su independencia económica, no podemos obviar que tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, el modelo de relación entre hombres y mujeres se sigue articulando en gran medida en base a la socialización de las mujeres como pasivas, receptivas, cuidadoras y dependientes, mientras que los hombres son socializados para la acción, la independencia, la autoridad, la actividad, la fortaleza ...

Todas estas circunstancias se ponen de manifiesto durante las relaciones sexuales y determinan el grado de vulnerabilidad de uno y otro sexo ante la enfermedad del VIH/SIDA, en la mayoría de los casos en detrimento del sexo femenino. Asimismo, el modelo patriarcal define también las normas y los derechos que se aplican en el ámbito social discriminando a las mujeres en el acceso a los recursos, la educación, las fuentes de ingreso y los derechos.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VULNERABILIDAD ANTE EL VIH EN EL ÁMBITO INDIVIDUAL Y SOCIAL

Trabajar en la prevención del riesgo de las personas de contraer el VIH/SIDA implica necesariamente hablar de sexo con los hombres, y las mujeres, de forma abierta y respetuosa, para conocer qué saben sobre él, cuáles son las fantasías y tabúes que manejan, cuáles son sus prácticas sexuales ... para a partir de ahí, dotar a las personas de los instrumentos necesarios para controlar la transmisión de la enfermedad. El reconocimiento de la vulnerabilidad a la infección, la capacidad de elección de mantener o no una relación sexual, la posibilidad de mantener relaciones sexuales no exclusivamente coitales o la capacidad de decisión y negociación del uso del preservativo son algunos de estos instrumentos.

Esto implica trabajar con las personas en los tres **planos que intervienen en la configuración del riesgo ante el VIH/SIDA:**

- Plano **cognitivo**, conformado por aquellos conocimientos y creencias de hombres y mujeres respecto de la sexualidad y las relaciones sexuales, el VIH y los riesgos de infección, así como los cuidados relativos al VIH/SIDA. Aquí se incluye la capacidad de uno y otro sexo para entender el riesgo de contraer el VIH al que está expuesto y la información necesaria para reducir ese riesgo.
- Plano **actitudinal**, es decir, aquel ligado a la forma en que cada sexo evalúa las situaciones, a sí mismo y a los demás. Aquí se incluyen los sentimientos acerca del VIH/SIDA, actitudes hacia las personas infectadas, etc.

— Plano **del comportamiento**, que incluye aquellas prácticas, comportamientos y habilidades relacionadas con el riesgo de contraer el VIH, con la reducción de ese riesgo y con el cuidado ante la infección. Aquí se incluyen, entre otros, las prácticas sexuales, así como las habilidades para utilizar métodos preventivos y negociar su uso.

Además de la responsabilidad individual de cada persona, el entorno social al que pertenecemos influye sobremedida en la expansión o control de la epidemia del VIH/SIDA. Dichos condicionantes sociales van desde el poder adquisitivo a la independencia económica, pasando por las normas sociales relativas al matrimonio, el acceso a la educación o el poder sobre los recursos productivos, y afectan de manera distinta a hombres y a mujeres.

BARRERAS DE GÉNERO QUE IMPIDEN LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

En el ámbito individual, existen **factores biológicos** que determinan una mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección del VIH. Estos factores tienen que ver con circunstancias como la mayor permeabilidad de la mucosa vaginal ante agentes infecciosos, la existencia de una mayor carga viral en el semen del hombre, siendo mucho más probable que una mujer sea infectada por un hombre que al revés, o la existencia de un epitelio vaginal y anal frágil en el caso de las mujeres jóvenes.

No obstante, las investigaciones llevadas a cabo por distintos organismos y la experiencia resultante de los programas aplicados sobre el terreno, demuestran que *la condición de subordinación que caracteriza el rol de género de las mujeres y su consecuente falta de poder dentro de las relaciones sexuales constituye el mayor obstáculo para que puedan ejercer su derecho a protegerse frente al VIH/SIDA.*

En el nivel de los **conocimientos y creencias en torno al sexo** (plano cognitivo), las barreras de género se manifiestan sobre todo con relación al ideal femenino de la mujer como inocente, pura, maternal y virgen. En muchas culturas la ignorancia de las mujeres acerca de la sexualidad se considera un signo de pureza mientras que el conocimiento de estos asuntos se toma como señal de poco virtuosismo. Consecuentemente, la capacidad de las mujeres y jóvenes para buscar información o hablar sobre sexo está muy constreñida por las normas culturales, que sólo enfatizan el valor de la virginidad.

Esta falta de información, determinada por el rol de género atribuido a las mujeres, limita su capacidad para protegerse a sí mismas del VIH. Por ejemplo, en un estudio realizado en Brasil, India, Jamaica y Sudáfrica, algunas mujeres argumentaron que no les gustaba usar preservativo porque si llegaba a deslizarse dentro de la vagina podría perderse y llegar a la garganta o al intentar sacarlo llevarse con él los órganos reproductivos.

En el ámbito de las **actitudes y los comportamientos**, las normas y las expectativas hacia las mujeres influyen directamente en su capacidad para protegerse del VIH. Muchas veces, los conocimientos existen pero las creencias y la imposición de determinadas prácticas sexuales las siguen poniendo en situación de riesgo.

En las culturas donde la virginidad es muy valorada, se ha demostrado que las jóvenes llevan a cabo otras prácticas sexuales, como el coito anal o el “sexo light” (que incluye un pequeño grado de penetración), que con objeto de preservar su virginidad las sitúan en una posición de alto riesgo de contraer el VIH.

Por otro lado, se considera que las mujeres vírgenes están libres de enfermedades, lo que lleva a que se produzcan una enorme cantidad de matrimonios entre hombres mayores y mujeres jóvenes que finalmente quedan infectadas por el VIH. En la actualidad, el mayor índice de prevalencia entre las mujeres se da en el tramo de edad entre 15 y 25 años mientras que en los hombres es en el de 25 a 35 años.

Otra de las manifestaciones de la influencia de los roles de género sobre la vulnerabilidad de las mujeres se manifiesta cuando las mujeres llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo por el hecho de considerar que estas prácticas son muy placenteras para el hombre o cuando son sometidas a relaciones sexuales sin su consentimiento y de forma violenta. En muchos otros casos es el propio miedo a la violencia, sin necesidad de que ésta se materialice, el que paraliza a las mujeres en su afán de protegerse ante prácticas de riesgo.

Con relación al uso del preservativo, por ejemplo, las mujeres no exigen su uso por temor a la disolución de la pareja, a que el hombre pueda considerar que le ha sido infiel o simplemente porque consideran que le quita placer al varón.

Finalmente es preciso destacar que el ideal femenino de la maternidad impuesto a todas las mujeres tiene sus implicaciones a la hora de trabajar en la lucha contra el VIH/SIDA. En muchos países en desarrollo la autoestima de la mujer y el reconocimiento social de la misma depende de su fertilidad, lo que hace muy difícil desligar la sexualidad de la reproducción y promover las relaciones no coitales y el uso de preservativos. Esta dificultad se ve agrandada por la connotación económica que conllevan los hijos, puesto que son una mano de obra segura para la unidad familiar y un seguro de vida para la vejez de los padres.

En el **ámbito social**, la situación no es mucho más favorable para las mujeres, que son discriminadas a la hora de participar y beneficiarse de las actividades e ingresos productivos, estando obligadas a ser dependientes del hombre a pesar de asumir tres cuartas partes del trabajo (productivo y reproductivo) de sostenimiento de la unidad familiar. En esta situación de dependencia, la capacidad de negociación dentro de la relación sexual queda bastante mermada. Existen estudios que demuestran que muchas mujeres entienden que el riesgo de mantener una relación marital con un hombre infectado por el VIH/SIDA es mucho menor que el de abandonar dicha relación.

Con el fenómeno de las migraciones laborales y las relaciones sexuales que los hombres mantienen fuera del matrimonio, hay un gran índice de mujeres que están siendo contagiadas al regreso de sus parejas.

En otras ocasiones, las jóvenes se ven obligadas a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero o insumos, o son directamente incorporadas a las redes de tráfico sexual donde imperan las reglas del que ostenta el poder económico.

En el **nivel educativo**, las estadísticas demuestran que, debido a su rol de género, las niñas y jóvenes son más susceptibles de ser obligadas a abandonar la escuela que los chicos. Ante recursos escasos, las familias prefieren invertir en la formación de un hijo varón, relegando a las hijas a contraer matrimonio a edad temprana o a ayudar en las tareas productivas más básicas y a prestar cuidados al resto de la familia. La epidemia del VIH/SIDA está agravando esta situación al inclinar a los padres a casar a sus hijas aún más jóvenes, así como a abandonar la escuela para ayudar a la madre a sobrellevar una nueva responsabilidad, añadida a las que ya soporta, como es la de cuidar a los enfermos.

Finalmente, si hablamos de la **estigmatización** sufrida por las personas infectadas por el VIH/SIDA o al acceso a los tratamientos y cuidados necesarios, las mujeres se ven también perjudicadas por su condición de género. Por citar algunos hechos, las niñas huérfanas son peor recibidas que los niños en la familia de acogida y las mujeres infectadas pueden ser abandonadas por el marido y obligadas así a asegurar su propia subsistencia.

RECOMENDACIONES

- Incorporar de forma efectiva la perspectiva de género como elemento indispensable dentro de las estrategias globales y nacionales de prevención del VIH/SIDA.

- Desarrollar mecanismos de aplicación y evaluación de la metodología de género en los programas y proyectos relacionados con el VIH/SIDA.
- Promover investigaciones que identifiquen las modificaciones técnicas y legislativas que debe afrontar cada país para eliminar cualquier forma de discriminación de género frente al VIH/SIDA.
- Eliminar las barreras de género en el acceso a los servicios sanitarios que desarrollan programas de prevención del VIH y prestan tratamiento a las personas infectadas.

ATENCIÓN SANITARIA: REALIDADES Y PERSPECTIVAS

Mi nombre es Ababech y soy una mujer de 25 años que vive con el VIH. He visto sufrir a algunos de mis amigos durante mucho tiempo y rezo para que no me ocurra lo mismo, aunque sé que esta enfermedad me matará algún día con mayor o menor sufrimiento. Ahora sé cuáles son las vías de transmisión: a través de agujas infectadas y practicando sexo no seguro; éste fue el modo por el yo me infecté. Por esto intento convencer a la gente de que utilice el condón en sus relaciones sexuales, algo a lo que en mi país se es muy reacio. Antes de que el SIDA afectara demasiado a mi estado físico, trabajaba como secretaria; ahora ya no puedo y no percibo ingresos económicos. Siempre me ha gustado participar en las actividades de mi comunidad, pero ya no puedo, es muy difícil ocultar mi enfermedad porque he perdido demasiado peso y debo permanecer en cama varios días por semana. Mis vecinos quieren visitarme y me ofrecen su ayuda, pero los rechazo. Me siento muy avergonzada y creo que conocen mi situación aunque yo no se lo haya dicho. Hay días en los que me siento demasiado avergonzada para salir a la calle y cruzarme con la gente. Es tan duro...

En el mundo desarrollado, una mejor comprensión de la enfermedad, de sus manifestaciones clínicas, de la patología relacionada con la infección VIH, junto con la disponibilidad de numerosos fármacos con actividad antirretroviral y acceso a los mismos, ha conseguido alterar la tendencia natural de la enfermedad en las personas infectadas.

La mayor parte de la población mundial afectada por el VIH, que se concentra en los países en desarrollo, no ha obtenido ninguna ventaja de estos beneficios inmediatos, ya sea por los altos costes farmacéuticos, o por los problemas estructurales de los sistemas sanitarios de los países en los que viven. Las necesidades presupuestarias necesarias para afrontar la epidemia de SIDA (actividades de prevención para 500 millones de personas y de tratamiento para 5 millones) sobrepasan los recursos disponibles en los países en desarrollo, por lo que es necesario el aporte de los países donantes.

No obstante, aún siendo el aspecto financiero un asunto importante, no es el único que debe preocuparnos. La dispensación de un buen servicio sanitario requiere que la infraestructura existente en los países beneficiarios sea la adecuada para gestionar las nuevas tecnologías y los instrumentos puestos a su disposición.

PREVENCIÓN

Uno de los pilares fundamentales de la lucha contra el SIDA, tanto en África como en el resto del mundo, es la estrategia preventiva. A falta, hasta el día de hoy, de una vacuna eficaz, las medidas de control tienen que pasar por la prevención y por los planes terapéuticos. El objetivo de las políticas de prevención es contener la propagación del VIH en la población para evitar la transmisión a otras personas, y en este sentido, la implantación de planes estratégicos nacionales se ha mostrado eficaz en la lucha contra el VIH.

Los aspectos más importantes de las **estrategias de prevención** son la educación, sensibilización, información y comunicación sobre las conductas de riesgo, las vías de transmisión del VIH y la lucha contra la estigmatización de la población seropositiva.

Esta línea está dirigida al conjunto de la población, aunque hay que tener en cuenta la necesidad de concentrar los esfuerzos en los grupos de seropositivos detectados a través de test y en las sesiones de asesoramiento.

Un mayor conocimiento de las formas de transmisión del virus permite incidir en las conductas de riesgo que llevan al contagio y facilita que la población tome conciencia sobre las medidas preventivas que pueden adoptar para evitarlo. La importancia de esta toma de conciencia radica, asimismo, en que permite incidir de forma muy especial en la mejora de la calidad de vida de las personas que son ya seropositivas, contribuyendo a crear un contexto social que facilita la reducción del grado de discriminación y estigmatización que sufren.

La mejora de los cuidados dispensados a las personas que viven con VIH/SIDA, es uno de los principios básicos de cualquier estrategia de lucha contra los efectos de la enfermedad. Con cuidados, apoyo y tratamiento adecuado, las personas infectadas pueden mejorar su calidad de vida y prolongarla por muchos años. Es importante preparar a la comunidad beneficiaria, así como a los diversos actores implicados, para cuidar mejor a los enfermos y mejorar su situación física y moral reduciendo el miedo y el estigma.

La prevención de la transmisión madre - hijo

Cuando no se da una intervención preventiva, alrededor de un 35% de los niños nacidos de una madre infectada con el VIH contraen el virus a causa de la transmisión de madre a hijo. En 2001, 800.000 menores de 15 años contrajeron el VIH, y en más del 90% de los casos se debió a una transmisión de la madre al hijo.

Los niños y las niñas pueden quedar infectados durante el embarazo, el parto o el periodo de lactancia. Alrededor de un 15% a un 20% de los lactantes infectados con el VIH contrajeron el virus durante el embarazo, un 50% durante las labores del parto, y un 33% sufrieron la infección durante la lactancia.

En condiciones naturales la transmisión de VIH de una madre infectada a un recién nacido ocurre en un 20-30% de los casos. Sin embargo, existe una combinación de múltiples formas para abordar el problema (tratamiento antirretroviral a la madre, cesárea, tratamiento del recién nacido, alimentación artificial) que puede reducir la transmisión de un 30% estimado hasta un 2%.

A pesar de que este tipo de medidas sanitarias y tratamientos han sido aplicados con éxito en países desarrollados, en los países en vías de desarrollo sólo puede acceder a ellos un porcentaje muy reducido de la población. El coste de este tipo de **tratamientos preventivos** puede parecer accesible incluso para países en vías de desarrollo (el programa de nevirapina, uno de los medicamentos más eficaces que existe en la actualidad, cuesta entre 2 y 4 dólares por tratamiento), pero nos encontramos con el problema de la dificultad de acceder al tratamiento y el seguimiento del mismo cuando pasamos de un estudio clínico controlado a implementar el programa en áreas rurales.

Por otro lado, para las madres infectadas con el VIH, sobre todo en los países en desarrollo, la decisión de amamantar a sus hijos es un auténtico dilema. Los niños nacidos de madres infectadas con el VIH que no contraen el virus durante el embarazo ni el parto, corren de un 10% a un 15% de **riesgo de infectarse por la leche materna**, según sea la duración del periodo de amamantamiento. La utilización de sustitutos de la leche materna reduce el riesgo, pero presenta otros problemas sanitarios peligrosos, especialmente la diarrea. En los países en desarrollo, muchas mujeres no tienen los medios suficientes para comprar sustitutos de la leche materna ni tampoco tienen acceso a agua salubre, que resulta indispensable para la preparación y la utilización seguras de los sustitutos.

Una mujer que padece el VIH/SIDA tiene que confrontar por tanto varias dificultades importantes: la preocupación por su salud y su supervivencia; el riesgo

de contaminar a su hijo por medio de la leche materna; y el peligro de que su hijo sufra otros problemas de salud si ella no lo amamanta.

Por último, un factor determinante es la **accesibilidad a servicios antenatales**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que solamente el 63% de las embarazadas en el África Subsahariana tiene acceso a una visita clínica antenatal y sólo el 42% de los partos son asistidos por personal de salud entrenado. Finalmente, la disponibilidad de recursos, medicamentos y de tests para detectar el VIH son otro problema añadido.

Prevención de la transmisión sexual del VIH mediante abordaje sindrómico

Los síntomas más comunes de las ITS pueden ser tratados de manera sencilla siguiendo las recomendaciones de la OMS, y adaptados para cada país. Este “**tratamiento sindrómico**” de las ITS puede ser realizado por cualquier trabajador sanitario mediante el diagnóstico correcto de las ITS sin necesidad de sofisticadas pruebas de laboratorio, y sin necesidad de esperar una nueva visita del paciente para comenzar el tratamiento.¹

Estas intervenciones deben ir acompañadas de **Campañas de Información** sobre ITS/SIDA y promoción de conductas sexuales responsables y seguras orientadas a la población en general. Además se debe mejorar el acceso a preservativos, mediante un plan de distribución comercial a precios asequibles, y otros dispositivos efectivos. En estas políticas es necesaria la implicación de líderes comunitarios capaces de respaldar y asumir la promoción de actividades educativas para el cambio cultural.

El tratamiento inmediato de las ITS reduce su contagio a nuevas parejas sexuales, y consecuentemente, la aparición de nuevas infecciones. También disminuye el

¹ En la práctica, esta estrategia prevé en primera instancia la clasificación de los principales agentes causales en función de las manifestaciones sindrómicas que producen, además intervienen la utilización de flujogramas para el diagnóstico y tratamiento, el tratamiento de los pacientes por todas las causas posibles del síndrome, el asesoramiento a todos los pacientes y la promoción de cambios en las conductas de riesgo, la utilización del preservativo y el tratamiento de los compañeros sexuales.

riesgo de complicaciones, y sobre todo, disminuye el riesgo de transmisión del VIH, ya que las ITS facilitan la transmisión del VIH. Un estudio realizado en Mwanza (Tanzania) demostró que al mejorar el control de las ITS en el nivel sanitario de asistencia primaria, disminuye el número de nuevas infecciones por el VIH. Sus resultados fueron que al tratar las ITS, la incidencia del VIH disminuyó en un 42% entre la población adulta.

La sostenibilidad de los proyectos preventivos

La sostenibilidad de los proyectos de cooperación al desarrollo se ha convertido en un fin en sí mismo, una condición imprescindible en la identificación y planificación de estas intervenciones. Como tal, la **sostenibilidad** se define como la capacidad que tienen los beneficiarios de acceder a los servicios o productos generados por el proyecto una vez que éste finalice.

La lucha contra el SIDA se ha convertido en una prioridad para muchas ONG y en una necesidad en el África Subsahariana. Las estrategias fundamentales que se deben seguir para conseguir la sostenibilidad de los proyectos de lucha contra el SIDA son el control de las ITS, la prevención de la transmisión del VIH/SIDA madre hijo, el *test* voluntario y el asesoramiento antes y después del test, los cuidados domiciliarios, la profilaxis y tratamiento de enfermedades oportunistas y la sensibilización de la población en general y de los grupos más vulnerables en particular.

Pero existe un componente común a todos los anteriores y menos reconocido, que permite desarrollar una estrategia sostenible, “las **supervisiones formativas**”. Los equipos de profesionales que trabajan en los diversos proyectos de prevención de transmisión del VIH/SIDA deben recorrer regularmente todos los centros de salud en los que se trabaja, recogiendo los registros correspondientes, y manteniendo sesiones de formación continua caso por caso con el personal sanitario de estos centros. De esta manera, es posible generar una capacidad sostenible por parte de los sistemas locales de salud para diagnosticar, prevenir y tratar el SIDA. El impacto de estas supervisiones es en ocasiones infravalorado y, sin embargo, se han convertido es uno de los pilares de los programas de lucha contra el SIDA.

Todavía hay que recorrer mucho camino hasta que la distribución de los medicamentos sea sostenible, hasta que el tratamiento de los seropositivos sea una realidad, pero la formación de los recursos humanos locales es un valor incuestionable en la prevención y tratamiento de la enfermedad.

ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DEL VIH

El **asesoramiento pre y post test** se considera como una herramienta utilizada tanto en el área de la prevención como en la atención, y constituye en sí misma una importante estrategia para ayudar a las personas a adquirir comportamientos preventivos. Además, sirve de apoyo psicosocial en el proceso de diagnóstico de la infección por VIH. A través del *counselling* (*asesoramiento*) se aconseja al paciente en cuanto a medidas de protección de la pareja, *test* voluntario de la pareja, planificación familiar y opciones de apoyo, dado que por el momento no se dispone de soluciones terapéuticas.

Los servicios de asesoramiento deben considerarse como parte integrante y esencial de todos los proyectos de prevención de la transmisión del VIH/SIDA, por lo tanto es imprescindible tratar de ampliar estos servicios en todos los niveles de atención sanitaria, y en particular en el primer nivel.

Los **objetivos de los servicios de asesoramiento** o *counselling* se pueden resumir en los siguientes:

- Asegurar que las personas que viven con el VIH reciban consejos sobre prevención para reducir el riesgo de transmitir la infección a otras personas.
- Asegurar que tienen conocimiento precoz de su estatus serológico y acceso a servicios médicos y psicosociales.
- Garantizar que las personas que se encuentran en alto riesgo frente al VIH reciban consejos de calidad para reducir el riesgo de adquirir la infección.
- Garantizar que las personas a las que se ofrece o reciben el resultado del *test* VIH se les da información sobre cómo se transmite el virus y el significado del resultado del *test*.

Por otro lado, los elementos imprescindibles para ofrecer **un servicio de asesoramiento de alta calidad** son:

- Confidencialidad estricta de las personas a las que se ofrece el asesoramiento y prueba del VIH.
- Obtención del consentimiento informado previo a la realización de la prueba VIH.
- Proporcionar la posibilidad de *test* anónimo, de manera que el resultado del *test* no conste obligatoriamente como tal en la ficha del paciente. Esta técnica

se ha usado ampliamente, y proporciona importantes beneficios tanto a nivel individual como a nivel de salud pública.

- Coordinación con servicios locales, estatales o privados, que proporcionen cuidados sanitarios a las personas seropositivas.
- Proporcionar servicios que sean adecuados según el contexto cultural, lingüístico, de edad y de género.

Todos estos factores influyen en la manera en que las personas buscan, aceptan y entienden los servicios para la prevención y diagnóstico del VIH.

Un aspecto que hay que tener presente cuando se trata de asesoramiento en los países en vías de desarrollo es, a diferencia de los occidentales, el papel de la comunidad en la toma de decisiones. En muchas ocasiones, los miembros de la comunidad toman las decisiones en conjunto y en función del interés común, y pueden ser perfectamente capaces de reconocer aspectos específicos de creencias o valores que hayan de modificar. Así, por ejemplo, la realización de la prueba frente al VIH puede ser aceptada por los individuos si previamente lo es por la comunidad. Como consecuencia, el éxito o efectividad de un programa de prevención depende de que las actividades estén integradas y apoyadas en la respuesta comunitaria.

Estos servicios de asesoramiento han de ser evaluados de manera regular, aunque las fuentes de evaluación sean limitadas.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

Este es uno de los temas que ha centrado la atención de la opinión pública mundial durante los últimos años. Sin duda, la terapia antirretroviral, ha demostrado la capacidad de inhibir la extensión del virus durante periodos extremadamente prolongados, con notables **ventajas** sobre el sistema inmunológico y, en consecuencia, con eficacia clínica demostrable, tanto en situaciones experimentales (estudios controlados) como en estudios de comunidad. En el mundo desarrollado, la utilización de terapias farmacológicas, aunque muy costosas, han permitido un aumento de la supervivencia y una disminución de la incidencia de enfermedades oportunistas y de la mortalidad. De esta manera, se ha demostrado que dichas terapias son realmente útiles desde el punto de vista coste-efectividad.

La introducción en amplias proporciones de este tipo de tratamientos en países sin recursos debería, además del demostrado aumento de la supervivencia, propor-

cionar estímulos a la población para que se someta a los tests diagnósticos, tener un efecto directo en la disminución de la propagación de la enfermedad, reducir el problema de los huérfanos y disminuir los casos debidos a la transmisión materno - fetal. Finalmente, las estructuras asistenciales soportarían una menor sobrecarga de pacientes y podrían liberar recursos humanos y económicos para hacer frente a otros problemas sanitarios.

Las **dificultades** que se plantean en este terreno son notables. No se trata sólo de los costes que, aunque elevados, están por lo general decreciendo (principalmente por la presión de los múltiples *lobbies* internacionales). Las principales preocupaciones se refieren a los problemas de “cumplimiento” del tratamiento. Para reducir la posibilidad de un fallo terapéutico, es necesaria la toma de más del 95% de las dosis prescritas, respetando siempre los horarios y la correcta relación con las comidas.

La posibilidad de fallos terapéuticos en amplia escala hace previsible la aparición de una epidemia secundaria por virus resistentes a los fármacos, con la inevitable recaída posterior de estos pacientes. La terapia está también sometida a innumerables efectos secundarios, a veces fatales. La escasa posibilidad de un control de laboratorio de los pacientes en tratamiento es otra causa de mortalidad debida a la terapia farmacológica y, paralelamente, es posible un aumento de la supervivencia, pero con una deficiente calidad de vida, lo que hace necesario un aumento de la asistencia.

La posibilidad de adquirir fármacos *genéricos* no puede, por lo tanto, considerarse una medida única, capaz de resolver por sí misma el problema del SIDA en África. Las **necesidades** son múltiples: en primer lugar, la formación del personal sanitario destinado a la gestión de estos tratamientos y de sus efectos secundarios, la disponibilidad de investigaciones específicas de laboratorio enfocadas al diagnóstico de infecciones oportunistas y el control de los efectos secundarios.

Medicamentos antirretrovirales: situación actual en África

A pesar de las dificultades significativas reseñadas, los medicamentos antirretrovirales están disponibles en África, aunque para una minoría de los pacientes. Las terapias antirretrovirales han sido introducidas entre otros a través de organizaciones internacionales (ONUSIDA ha llevado en unos países seleccionados una “iniciativa ONUSIDA para el acceso a medicamentos contra el VIH”) y, en parte, a través del mercado privado. A pesar de esto, muy poca gente tiene acceso a los medicamentos (ONUSIDA estima que el 0.06% de los pacientes VIH positivos están ac-

tualmente bajo tratamiento), además de que la mayoría está en tratamientos subóptimos (terapia con sólo 2 medicamentos). Hay evidencias de que muchos pacientes tuvieron que cambiar la terapia a causa de problemas financieros. La **accesibilidad** a un tratamiento efectivo es aún muy baja.

Costes

Los costes debidos al tratamiento, como se ha dicho antes, están en continua evolución. La **estimación “oficial”**, basada en los precios de las empresas productoras, calcula una necesidad anual del orden de 9.500 a 23.500 \$USA por persona/año. Con los medicamentos genéricos y la reciente disminución de precios, es razonable pensar que el coste podría girar en torno a los 300-500 \$USA por paciente/año. Esta cantidad, multiplicada por el número probable de enfermos residentes en África Subsahariana que tienen necesidad urgente de tratamiento (al menos, los pacientes ya en fase de SIDA declarado, que suman unos 2,5 millones de personas) llevaría a un coste farmacéutico de unos 1.500 millones de dólares USA por año.

Intuitivamente, se calcula que esta cifra va más allá de **las posibilidades de los países en vías de desarrollo** (su PIB por persona es inferior a 400 \$USA y la cifra destinada a sanidad no supera los 15 \$USA por persona y año), e incluso está notablemente por encima de lo hasta ahora aportado por los países desarrollados para la lucha contra el SIDA. Además de este coste, habría que calcular el empleado en prevención y el de apoyo a las comunidades para el tratamiento de las patologías asociadas al SIDA, que se calcula por ONUSIDA en aproximadamente 3.000 millones de dólares por año.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE VACUNAS

La identificación del VIH dio enseguida el impulso para la búsqueda de una vacuna que pudiese proteger contra la infección. Los primeros estudios clínicos, desarrollados en 1987, demostraron pronto que las expectativas de desarrollo de una vacuna eficaz en breve tiempo eran infundadas.

En la actualidad, se ha hecho patente **la necesidad de seguir desarrollando nuevas fases en los estudios** de la vacuna con un amplio número de personas. Para ello, será preciso implicar a los países en vía de desarrollo para que comprendan la necesidad e importancia del estudio y su participación activa; será preciso, ade-

más, reforzar las infraestructuras locales para conseguir reunir los estándares científicos y éticos adecuados en los estudios. Los resultados de las experiencias realizadas hasta ahora demuestran una eficacia protectora parcial de las vacunas, valorada en menos de un 60%; por lo tanto, no se puede esperar que las vacunas actualmente en fase avanzada de estudio puedan sustituir completamente a las demás medidas preventivas. La vacunación deberá, de todas formas, estar siempre acompañada de campañas de información, de educación para la salud y por consejos de comportamiento que prevengan la difusión de la infección.

Es importante subrayar que la prioridad es individualizar vacunas que sean adecuadas para las personas que viven en las zonas de más alta endemia, y por lo tanto, por prototipos virales presentes en los países en vías de desarrollo. Es necesario que las instituciones supranacionales, como ONUSIDA y el Banco Mundial, y las industrias farmacéuticas sean conscientes de este problema y dirijan las investigaciones para actuar donde sea más necesario y no donde sea más rentable, a fin de no aumentar la ya enorme diferencia existente entre el Norte y el Sur del mundo.

Una vacuna segura, altamente eficaz y poco costosa, constituiría seguramente el instrumento principal para el control a largo plazo de la pandemia de VIH, especialmente en los países en vías de desarrollo; los resultados, hasta ahora, han tenido aspectos frustrantes y la solución no se va a conseguir en un plazo de tiempo corto, pero los progresos son tangibles y esperanzadores.

Mediante la introducción de métodos terapéuticos más potentes y costosos, los gastos sanitarios globales han sido reducidos de forma proporcional a la reducción de las complicaciones serias en las fases avanzadas de la infección por VIH. Aunque estas terapias se han mostrado eficientes respecto a los estándares de los países industrializados, la casi totalidad de los países en vías de desarrollo no pueden permitirse el pago de estos medicamentos y mucho menos el seguimiento de la eficacia terapéutica y de los efectos secundarios que debe acompañarlos.

Los recursos para proporcionar una cobertura adecuada con fármacos antirretrovirales no existen en los países en vías de desarrollo, aunque los medicamentos les fuesen suministrados a precios bajísimos, si bien un uso incluso limitado tendría un impacto inmediato sobre la epidemia de SIDA. Por otra parte, la complejidad del régimen terapéutico requiere la intervención de personal cualificado y tecnología adecuada. Esto puede constituir un desafío por ahora no superable. Es necesario implementar formas de aplicación de la terapia antirretroviral que sean sencillos y sostenibles en el tiempo. El empleo de estos medicamentos se ha mostrado muy eficaz, como hemos visto anteriormente, para reducir la transmisión materno-infantil del VIH.

IMPLICACIONES ÉTICAS Y DE SOSTENIBILIDAD DESDE LA VISIÓN DE LAS ONG

Las ONG tanto del Norte como del Sur han adquirido una posición relevante en la cooperación internacional, especialmente a partir de los años 80. Entre todas las acciones en el ámbito del SIDA llevadas a cabo en los países en vías de desarrollo, las de las ONG han resultado especialmente eficaces por una serie de motivos: en general, estos organismos carecen institucionalmente de fines de lucro, y disponen de fondos que proceden de sus respectivas fuentes y que pueden ser gestionados de forma privada, por lo que están menos burocratizados. Además las ONG han podido actuar independientemente de las exigencias de intervención de los organismos internacionales, aplicando su propia iniciativa para satisfacer necesidades primarias y esenciales de las poblaciones locales (con las cuales sostienen un contacto directo y continuado). El tiempo ha demostrado que los resultados obtenidos por las ONG han sido más apropiados, respecto a los de la cooperación oficial, y realizados con menores medios económicos.

Algunas de las mayores preocupaciones de las ONG son la **sostenibilidad y los aspectos estructurales** (tipo de unidad, distribución en el territorio, estado de mantenimiento). La disponibilidad de equipamiento, fármacos y asuntos de personal (número, calificación, formación, supervisión) son cruciales y tienen que ser estudiados minuciosamente y corregidos. Hay que señalar, además, que la epidemia del SIDA no sólo ha abierto un ámbito de trabajo en las estructuras ya sobrecargadas, sino que también ha diezariado al personal ya de por sí escaso. En la planificación de necesidades formativas, en algunos países se prevé la pérdida a causa de la epidemia de SIDA en los próximos años, de un número considerable de personal sanitario.

La necesidad de introducir los medicamentos antirretrovirales en los países empobrecidos es obvia. Sin embargo, cuando miramos un área geográfica limitada o proyectos donde estamos en estos momentos trabajando, no resulta sencillo tomar decisiones sobre el tratamiento con medicamentos para el VIH. El tema **de cuándo y qué medicamentos introducir** es muy complejo, y nos plantea diferentes dificultades que debemos tener en cuenta:

- a) La terapia antirretroviral por sí sola no puede considerarse la única forma de controlar la epidemia de SIDA. Creemos que el tratamiento con terapias antirretrovirales no es eficaz si no se ponen en marcha otros componentes de los programas de control del SIDA. Una vez que se ha considerado la introducción

de estos medicamentos en una zona, se debería hacer el máximo esfuerzo para asegurar la equidad, la accesibilidad y la sostenibilidad del tratamiento.

- b) El personal sanitario que trabaja en el campo de la salud deben ser formados en el tratamiento antirretroviral, por ejemplo, medicamentos, pautas recomendadas, efectos secundarios y principios básicos de manejo de pacientes para asegurar el cumplimiento. Incluso si las instituciones deciden no introducir tratamiento antirretroviral, se deberían al menos formar en el diagnóstico y tratamiento de los efectos secundarios.
- c) Evitar la transmisión de madres a hijos es probablemente la manera más segura y de mejor relación coste - efectividad para usar medicamentos antirretrovirales. Sin embargo, la equidad y la accesibilidad deberían ser cuidadosamente consideradas y vigiladas. También se debe considerar el problema de la mujer que vive con el SIDA en aquellos lugares donde se abandona la terapia después del periodo de profilaxis.

Argumentos favorables y barreras de la introducción de medicamentos antirretrovirales en los países del África Subsahariana

ASPECTOS FAVORABLES	BARRERAS
<ul style="list-style-type: none"> • Ética • Disminuye la transmisión del VIH • Disminuye el número de huérfanos • Se incrementan las aptitudes técnicas del personal de laboratorio • Se incrementan los conocimientos de los trabajadores de salud <p>Nota: Las aptitudes técnicas y los conocimientos del personal de salud y las mejoras logísticas son a la vez precondiciones y posibles consecuencias positivas de la introducción de medicamentos antirretrovirales en un área determinada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elevados costes • Los recursos (financieros y humanos) son detraídos de otros programas con mejor relación coste efectividad • Probabilidad de uso de pautas de tratamiento menos potentes debido a restricciones financieras y consecuente aparición de fallos en el tratamiento • Riesgo de resistencia a drogas de 2ª elección en la epidemia del VIH • Morbilidad y mortalidad debido a los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales

La mayoría de las barreras en contra se pueden contrarrestar con una implicación profunda de todos los actores que participan del problema: políticos, sanitarios, empresas farmacéuticas y la sociedad civil, y que los riesgos que puede haber no pueden en ningún caso servir de excusa para mirar hacia otro lado y no abordar el problema de la falta de un tratamiento de calidad.

La **gestión clínica de los pacientes con infección VIH** comprende, además de los aspectos estructurales ya descritos (personal, estructuras, equipamiento) y de los medicamentos, la adecuada formación del personal médico y la disponibilidad de protocolos nacionales. Deberá realizarse un esfuerzo notable, por lo tanto, en la formación adecuada (y el reciclaje continuo) del personal dedicado al diagnóstico y tratamiento y a la puesta al día de los protocolos nacionales, de manera que tengan en cuenta los cambios de las nociones científicas y la modificación de las disponibilidades locales respecto a diagnósticos y tratamientos. Su enfoque deberá pasar, necesariamente, por la inclusión del seguimiento clínico de la enfermedad del SIDA entre los objetivos del sistema existente. Esto significa no tanto crear nuevos especialistas en SIDA como encomendar competencias de diagnóstico y tratamiento al personal ya existente en el país. Probablemente, de acuerdo con los gobiernos locales, se deberá implicar también al sistema privado. El tratamiento de las ITS figura entre las funciones “históricas” de este sector que, si está adecuadamente formado y supervisado, podría, por lo menos teóricamente, llegar a ser un recurso válido del sistema.

RECOMENDACIONES

- Lograr la integración de los programas de lucha contra el VIH/SIDA dentro de los Sistemas Nacionales de Salud, de forma que se puedan aplicar estrategias y políticas dirigidas específicamente al control de la epidemia y al acceso a tratamientos eficaces y sostenibles.
- Seleccionar las poblaciones en situación de alto riesgo, enfocando y priorizando las actividades hacia las poblaciones más vulnerables, como lo son las mujeres, jóvenes, personas que ejercen la prostitución, etc.
- Asegurar la sostenibilidad y el desarrollo de programas a largo plazo con la participación de todos los actores implicados en la lucha contra el VIH/SIDA, y en especial de las comunidades afectadas, ya que son éstas las que deben convertirse en actores fundamentales y participar desde el diseño de los proyectos hasta la evaluación de su impacto.
- Implementar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento desde una perspectiva ética, teniendo en cuenta la relación coste-efectividad.
- Lograr que disminuya el coste de los tratamientos para las personas afectadas por el VIH/SIDA, particularmente en lo que se refiere a terapias antirretrovirales. Para ello, abogamos por fomentar la utilización de genéricos a bajo coste y de calidad.

SE PUEDE VIVIR CON EL VIH, PERO NO CON EL ESTIGMA²

Ernst vive el estigma en carne propia. Este letón de 26 años es muy conocido por ser un acérrimo defensor de los derechos del niño. No vacila en abordar los problemas de drogas y abuso sexual entre los jóvenes. Actúa con rapidez para ayudar a los demás, pero cuando se trata de él, su voz titubea y enmudece. Pues el hecho de ser seropositivo ha forzado a esta figura pública a vivir en la sombra.

“A mí lo que me preocupa es mi madre” dice Ernst. “¿Tendrá problemas en el trabajo si se llega a saber que soy seropositivo? Mi hermano menor no lo sabe. ¿Cómo reaccionará cuando se entere? Es una existencia muy solitaria”.

Pero el estigma asociado a la infección trasciende las preocupaciones de la familia. “El miedo afecta a cada aspecto de tu vida diaria”, explica, e incluso no es fácil lograr el debido equilibrio entre la asistencia psicológica y la médica. “El apoyo psicológico es bien limitado en Letonia para las personas afectadas por el VIH/SIDA. Tengo la impresión de que mi médico se siente incómodo al atender a alguien infectado. Los médicos se concentran sólo en el aspecto médico y no ofrecen ayuda cuando estoy deprimido a causa de mi salud. Sientes que lo único que desean todos es simplemente que te vayas”.

Han pasado más de 20 años desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA y no sólo persisten los prejuicios sino que, como consecuencia de ellos se incrementan los procesos estigmatizantes y la discriminación tanto de las personas con VIH como de aquellas consideradas en riesgo, resultando cada vez más evidente ser un factor clave en su propagación.

El estigma y su consecuencia más directa, la discriminación, provocan silencio, miedo, negación, y aumentan el impacto de la enfermedad, llevando a una violación sistemática de los derechos humanos.

El principio de la no-discriminación es fundamental para el concepto y la práctica de los derechos humanos. Todos los instrumentos internacionales de derechos

² Anon, Tanzania 2001

humanos prohíben la discriminación basada en la raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en sus resoluciones, ha declarado que la expresión “*u otras condiciones*” en los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos debe interpretarse de forma que abarque también el estado de salud, incluido el VIH/SIDA.

Varios años de experiencia abordando la epidemia del VIH/SIDA han confirmado que la **promoción y protección de los derechos humanos** constituyen un componente esencial para prevenir la transmisión del VIH y reducir el impacto del VIH/SIDA. Cualquier respuesta jurídica o normativa al VIH/SIDA, sobre todo el uso coercitivo del poder del estado, debería ser no sólo pragmática en el objetivo general de la salud pública, sino también ajustarse a las normas internacionales sobre DDHH. Debe prestarse especial atención a las normas sobre DDHH cuando se preparan leyes o políticas relacionadas con el VIH/SIDA.

El estigma promueve y refuerza las desigualdades existentes, especialmente las económicas, de género, sexualidad y raza. La desigualdad de género y la violencia contra las mujeres prolonga la expansión del VIH y dificulta, cuando no impide, la seguridad de las mujeres y su búsqueda de atención, tratamiento y apoyo.

La superación de la discriminación que ejercen los profesionales de la salud contra las personas que viven con el VIH/SIDA es particularmente importante, pero también la que se practica contra los grupos socialmente vulnerables, como los usuarios de drogas, los y las trabajadoras del sexo y los hombres que tienen sexo con hombres.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA son universales, puesto que tienen lugar en todos los países y las regiones del mundo. Son provocados por muchas causas; entre ellas, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre los modos de transmisión del VIH, los prejuicios, la falta de tratamiento, las informaciones irresponsables de los medios de comunicación sobre la epidemia, el hecho de que el SIDA sea de momento incurable, los tabúes en torno a la sexualidad, los miedos relacionados con la enfermedad y la muerte, y los miedos relacionados con el consumo de drogas.

La Declaración de Compromiso, aprobada en junio de 2001 durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, subraya el consenso global en torno a la importancia de enfrentarse al estigma y la discriminación provocados por el VIH/SIDA.

En todo el mundo, la vergüenza y el estigma asociados a la epidemia han silenciado el debate abierto sobre sus causas y las respuestas adecuadas. La conse-

cuencia ha sido que los infectados por el VIH y los afectados por la enfermedad se sientan culpables y avergonzados, no puedan expresar sus opiniones, que no son tomados en cuenta y además puede tener consecuencias muy negativas para ellos.

El estigma relacionado con el VIH también deriva de la asociación del virus y la enfermedad con algunas de los tabúes de la existencia humana: sexo, sangre, enfermedad, muerte,...

La acción derivada del estigma es la discriminación. Ésta ocurre cuando se practican diferencias y/o desigualdades contra una persona en función de su estatus (real o supuesto) o por su pertenencia a un grupo particular. La discriminación conlleva frecuentemente la violación de los derechos humanos fundamentales, sobre todo de mujeres y niños.

Aunque el estigma y la discriminación no son medibles en sí mismas, sus consecuencias son devastadoras y bien visibles en los ámbitos personal, colectivo, económico, social y cultural

En algunos casos, llegan a provocar una profunda depresión y angustia en las personas infectadas, al mismo tiempo que impiden que otras personas se sometan a la prueba del VIH y soliciten tratamiento. La epidemia persiste y se convierte en un problema de todos.

En un reciente informe de ONUSIDA, se añade que dichas consecuencias “hacen que quienes corren el riesgo de infectarse y algunos de los afectados sigan manteniendo relaciones sexuales sin protección porque están convencidos de que comportándose de forma diferente levantarían sospechas acerca de su estado seropositivo”.

El problema reside en que, si bien los líderes políticos y civiles convienen en la necesidad de hacer mucho más para acabar con el estigma, la realidad es que se avanza muy poco en este terreno. Esta inacción trae como consecuencia el aumento de las tasas de infección a nivel mundial.

Si algo se ha avanzado en este terreno ha sido gracias a las personas que viven con el VIH/SIDA, que junto a otros grupos de activistas no escatiman esfuerzos para lograr cambios. Gracias a los grupos de apoyo, han logrado salir del aislamiento y enfrentar el problema. Sin embargo, las personas que viven con el VIH/SIDA no pueden actuar solas. Es necesario hacer un esfuerzo más universal para vencer los múltiples tabúes y derribar las barreras que hacen que el estigma y la discriminación aviven la pandemia del SIDA.

Promover la aceptación de la enfermedad en su dimensión real es clave en la respuesta frente al estigma a todos los niveles de la sociedad. Los líderes a todos los

niveles (políticos, religiosos, tradicionales) deberían jugar un papel primordial en la creación de sociedades más abiertas y libres donde el silencio y la negación de la epidemia no tuviesen cabida. La participación activa de las personas viviendo con el virus o afectadas por él es crucial en esta lucha. Es la lección primordial que todos los países que han logrado contener la epidemia han aprendido.

Aunque el estigma y la discriminación revistan diversas formas, el resultado es el mismo: las personas seropositivas y enfermas, y en muchos casos también su familia, son objeto de rechazo y exclusión y se llega a negarles hasta el acceso a servicios sociales y médicos.

La **discriminación en el lugar de trabajo** sigue siendo uno de los grandes problemas. A pesar de que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) insiste en la necesidad de no discriminar a los trabajadores en función de su estado serológico, en muchas ocasiones aún se siguen negando los derechos a la atención, cobertura de seguros, etc., e incluso llegan a perder su puesto de trabajo.

Luchar contra el estigma y la discriminación de quienes viven con el VIH/SIDA no basta para ganar la batalla, es necesario complementar estas acciones con programas de prevención y de apoyo y asistencia a personas enfermas y afectadas. Los tres componentes son complementarios y necesarios.

En la **Declaración de compromiso de las Naciones Unidas en la lucha contra el VIH/SIDA**, se considera que el estigma y la discriminación son cuestiones prioritarias y se apela a la formulación de estrategias que “se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; [y] eliminen la discriminación y la marginación”. ONUSIDA hizo suyo el llamamiento a la acción y para combatir el estigma ha iniciado una campaña mundial en torno al lema “Vive y deja vivir” en la que participan otras organizaciones.

El estigma y la discriminación son los principales obstáculos para una prevención y atención eficaces. Si no abordamos esos problemas, jamás tendremos éxito en nuestros esfuerzos. Si bien difiere en cuanto a forma y contexto, el estigma está presente en todas partes. Afecta los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA, los mecanismos de la sociedad para sobrellevar la situación, y la atención a las personas enfermas.

Los epidemiólogos han constatado que la epidemia se ceba en aquellas comunidades y grupos donde los derechos humanos son más vulnerados. Parafraseando a Jonathan Mann, que fue director del programa de SIDA de la OMS: “La prevención del VIH sólo será posible si se implementan los derechos humanos”.

RECOMENDACIONES

- Garantizar en todo momento y a todos los niveles el respeto de los derechos humanos y, sobre todo, del derecho de “todas las personas” a vivir con dignidad, incluyendo aquellas que viven con VIH/SIDA.
- Promover el respeto de los principios fundamentales de los derechos humanos, y especialmente de los más directamente aplicables al VIH/SIDA:
 - Derecho al máximo nivel alcanzable de salud física y mental
 - Derecho a información y educación
 - Derecho a la intimidad
 - Derecho a compartir los avances científicos y sus beneficios
- Desarrollar acciones que abarquen todos los sectores para enfrentarse a las desigualdades y a los estereotipos de género, raciales y sexuales de los que tan a menudo se nutren el estigma y la discriminación.
- Aplicar el Código deontológico de la OIT, para establecer normas que protejan los derechos humanos y creen un entorno adecuado en el lugar de trabajo.
- Asegurar que los servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo sean accesibles a todas las personas.
- Controlar las violaciones de los derechos humanos y asegurar que las personas sean capaces de afrontar la discriminación y recibir compensaciones a través de instituciones administrativas, judiciales y de derechos humanos diseñadas para proteger los derechos a nivel nacional.

ACTORES, HERRAMIENTAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA

“Mucha gente involucrada en la lucha contra el VIH/SIDA, desde ministros de gobierno hasta personas afectadas por el SIDA, piensa que el Fondo Global es el mejor vehículo disponible para financiar la lucha contra la pandemia”.

Stephen Lewis

Enviado Especial de la ONU para VIH/SIDA en África

INICIATIVAS INTERNACIONALES

Por lo general, no existe conferencia o cumbre internacional que no incluya el SIDA en su agenda, independientemente de que se trate de un encuentro sobre economía o sobre salud. La comunidad internacional es consciente en la actualidad de que el SIDA afecta a todos los sectores socioeconómicos de los países afectados.

En lo que se refiere a esta epidemia, podemos hacer una distinción entre las políticas definidas desde el sector público y las iniciativas emprendidas desde el sector privado, que en principio responderían a estas políticas.

Programa EDCTP

La Unión Europea puso en marcha en 2002 el Programa EDCTP (Programa para la formación de un partenariado de pruebas clínicas entre los países europeos y los países en vías en desarrollo), dentro de su línea estratégica “SIDA, tuberculosis y malaria”.

El objetivo principal de este programa es obtener medicamentos para el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria adaptados a las condiciones específicas de los países del Sur y accesibles para su población.

El programa EDCTP, con 600 millones de euros para un período de cinco años, pretende acelerar el desarrollo de nuevas intervenciones para estas enferme-

dades adaptadas a los países del Sur, especialmente en África Subsahariana. De este modo, se pretende que los medicamentos desarrollados sean más eficientes y de más fácil uso y acceso. Las actividades y productos resultantes del programa son considerados bienes públicos para asegurar que lleguen a quien más lo necesita en los países del Sur.

Para todo esto, el programa propone aumentar la cooperación y las redes de los países del Norte, ayudar a fortalecer las capacidades de los países del Sur y obtener fondos adicionales para combatir otras enfermedades.

El programa debe asegurar la participación activa de los miembros del Sur en cada una de sus etapas. El programa pone especial atención en la relación entre salud sexual y reproductiva y lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Se propone introducir el “mainstreaming de género”³ para que se tome en cuenta la importancia de las diferencias entre mujeres y hombres en la transmisión de estas enfermedades.

El NEPAD: “Nuevo Partenariado para el Desarrollo de África”

El NEPAD pretende ser un nuevo marco de asociación entre África y los países más industrializados y los organismos multilaterales, avalado por los 53 líderes de la Unión Africana. Este programa, nacido en 2002, expone que son los propios africanos y sus líderes los responsables de sacar a su continente del subdesarrollo y de su exclusión del mundo globalizado actual. Realizan una llamada al resto de la comunidad internacional para que sus apoyos sirvan para complementar sus esfuerzos, pero sin caer en la dependencia a través de esa ayuda. Para ello, propone una agenda y un programa de acción para colaborar en la erradicación de la pobreza en el continente africano.

En el ámbito de la salud, el NEPAD se centra en tres aspectos: asegurar el acceso sostenible a un saneamiento y a agua segura y adecuada; desarrollar los recursos humanos en salud, evitando las fugas de personal a países más avanzados; y luchar contra las enfermedades (sobre todo VIH/SIDA, malaria y tuberculosis) a través de sistemas de salud efectivos y accesibles.

³ Se entiende por “mainstreaming de género” la integración de las diferencias de género en la formulación y ejecución de las políticas, en este caso, en el programa EDCTP.

Colaboraciones entre el sector público y el sector privado

En los últimos años, se han vuelto habituales los consorcios entre los sectores públicos y privados con el objetivo de mejorar la situación de salud en los países en desarrollo. En este sentido se han establecido numerosas iniciativas de lucha contra el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria.

La IAVI (siglas en inglés para **Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA**) es una organización mundial sin ánimo de lucro que trabaja para acelerar la búsqueda de una vacuna para la prevención del VIH/SIDA. IAVI patrocina los trabajos público-privados de investigación para el desarrollo de vacunas y su experimentación en seres humanos.

Además de apoyar sus propios programas científicos, IAVI trabaja en la promoción de la iniciativa entre los organismos y entidades que pueden movilizar los recursos necesarios, así como por políticas públicas que aseguren que una vez descubierta la vacuna, ésta esté disponible sin retraso.

IAVI recibe la mayor parte de los fondos económicos de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Banco Mundial, las Fundaciones Rockefeller, Solan y Starr y 8 gobiernos nacionales.

Llama la atención que de los 80 ensayos de vacunas que se están llevando a cabo en la actualidad, sólo 4 se realicen en África, continente que acoge el 70% de los casos de SIDA. En este sentido cabe destacar la iniciativa emprendida por la Universidad de Kenya poniendo en marcha el programa KAVI (Kenyan AIDS Vaccine Initiative) que en cooperación con IAVI está investigando una posible vacuna contra el SIDA en África Subsahariana.

La **Iniciativa global por la salud** se basa en el principio de la empresa como actor esencial en la reducción de los efectos adversos provocados por las enfermedades y la pobreza en los negocios.

Surge en 2001 y está promovida por el Foro Económico Mundial, en colaboración con ONUSIDA y los programas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Paremos la tuberculosis” y “Hacer retroceder la malaria”, por centrarse fundamentalmente en estas tres enfermedades. En esta iniciativa participan también empresas multinacionales como Coca-Cola, Exxon Mobil o Nike. También trabaja con la IAVI y el Fondo Global de Negocios por el VIH/SIDA.

El 30 de agosto de 2003 se firmó un acuerdo en el marco de la **Organización Mundial del Comercio (OMC)**, en respuesta a las tareas pendientes de la Conferencia Ministerial de la OMC celebrada en 2001 en Doha (Qatar), que supuesta-

mente resolvería el suministro de medicamentos a países en desarrollo sin capacidad de producción farmacéutica. Este acuerdo autoriza a estos países a importar medicamentos genéricos bajo el amparo de la salvaguarda del acuerdo ADPIC que permite la concesión de licencias obligatorias.

Sin embargo, el proceso aprobado resulta lento y complejo, ya que el país que solicita la licencia debe declararse en situación de emergencia sanitaria y esperar a que otro con capacidad de producción de medicamentos genéricos se decida a producir los que el país demandante necesita.

El país que necesita los medicamentos debe informar de su situación y su demanda concreta a la OMS la cual, una vez ha comprobado que la información del solicitante es correcta, da su autorización para que el pedido sea enviado a la OMC, que es quien autoriza la importación y el país/laboratorio que puede realizar el envío en la cantidad solicitada con un etiquetado específico.

Según la OMS, el acceso a medicamentos es una emergencia mundial. En este sentido, ha hecho público el **Plan OMS 3x5**, que pretende que 3 millones de personas sean tratadas contra el VIH para el año 2005.

Este programa necesita 5.000 millones de dólares anuales y tiene tres objetivos:

- 1) prolongar la vida de las personas infectadas;
- 2) liberar a las futuras generaciones de la infección; y
- 3) combatir la discriminación de los afectados.

En 2002, de los 5 millones de personas en los países en desarrollo que necesitaban medicación, sólo 300.000 fueron tratadas, la mayoría de ellas en Brasil.

La cooperación española en VIH/SIDA

En abril de este año se ha hecho pública la “**Estrategia de la Cooperación Española en Salud**”, que dentro de sus líneas verticales recoge en primer lugar la “Cobertura de enfermedades prevalentes en los países en desarrollo”, y dentro de ésta las intervenciones sobre enfermedades transmisibles, destacando en este grupo el VIH/SIDA.

La estrategia establece que “Los distintos actores de la Cooperación Española deberían prestar apoyo en todas aquellas actividades encaminadas a implantar mecanismos nacionales más integrales y fiables para la supervisión, vigilancia y evalua-

ción del VIH, apoyar programas de prevención, educación y promoción dentro de las estrategias de Atención Primaria de Salud. También fomentar los planes de apoyo a las personas que viven con el VIH, y apoyar las políticas de adquisición de medicamentos a bajo precio, que garanticen el acceso a toda la población”.

El VIH/SIDA está incluido en los borradores de estrategias de salud por país que en estos momentos maneja Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), y para los que se ha solicitado la participación de las ONG. También es un apartado importante del Programa de Salud para África, con el que AECI quiere impulsar la calidad y cantidad de la cooperación española en dicho continente. Dado el estado embrionario de estos proyectos, es pronto aún para hacer una valoración y habrá que esperar a conocer los documentos finales.

La mayoría de los proyectos y programas puestos en marcha por ONG con la cofinanciación de administraciones públicas se centran en la mejora de la atención sanitaria a las personas seropositivas y, aunque es una tendencia en aumento, son escasos los proyectos de ONG que incluyen la distribución de medicamentos antirretrovirales.

El Gobierno español participa en el programa ESTHER, de cooperación hospitalaria en materia de VIH/SIDA. Este programa fue impulsado por la Unión Europea después de la Asamblea Extraordinaria de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y consiste en el traspaso de conocimientos entre hospitales para hacer frente a la epidemia. En él participan otros cuatro países europeos, que cooperan con otros países en África y América Latina. Dos hospitales españoles participan, apoyando a dos hospitales de Ecuador y Guatemala.

Otras actividades de cooperación que lleva a cabo España en esta materia son cursos de capacitación en VIH/SIDA, con un enfoque fundamentalmente médico, para profesionales de América Latina, así como otras colaboraciones puntuales a solicitud de otros países.

EL FONDO GLOBAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA MALARIA Y LA TUBERCULOSIS: UN EJEMPLO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La Sesión Especial de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA de 2001 se convocó con el objetivo de examinar y hacer frente al problema del VIH/SIDA, garantizando un compromiso mundial que fortaleciese la coordinación e intensificase los esfuerzos nacionales, regionales e internacionales para combatir la enfermedad de

manera integral. Como resultado de esta Asamblea, los gobiernos ratificaron su compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo que se refiere al VIH/SIDA: detener e invertir la propagación del SIDA para 2015.

Los países más ricos, reunidos en la cumbre del G8 en Génova ese mismo año, se comprometieron a movilizar los fondos necesarios para hacer frente al VIH/SIDA en los países sin recursos suficientes y crearon **el Fondo Global para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria** (en adelante, el Fondo Global), concebida como iniciativa independiente público - privada, pensada para atraer y gestionar nuevos recursos para hacer frente al impacto que dichas enfermedades tienen sobre la pobreza.

Si se incrementa de forma inmediata la respuesta global al VIH/SIDA, se estima que, sólo desde el momento actual y hasta finales de la década, podrán evitarse 29 millones de nuevas infecciones. ONUSIDA estima que para el 2005 habrá que emplear unos 10.500 millones de dólares anuales en la prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA. Se prevé que esta cifra aumente hasta los 15.000 millones de dólares para el año 2007. Las estimaciones sugieren también que hacen falta 2.000 millones de dólares anuales para hacer frente a la tuberculosis y a la malaria.

El Fondo Global canaliza recursos de los donantes para distribuirlos a través de subvenciones a propuestas concretas, que se otorgan en sucesivas rondas de negociación. Desde que comenzó su funcionamiento, el Fondo Global ha convocado tres rondas de admisión de propuestas para la financiación de proyectos en países receptores, que se aprueban tras seguir un proceso de revisión.

Así, desde enero de 2002, se ha aprobado el desembolso de 2.000 millones de dólares, a repartir entre 125 países. De éstos, 49 han firmado acuerdos formales de donativos. En este momento el Fondo ya ha entregado a 58 de ellos la subvención, lo que supone un desembolso de casi 143 millones de dólares. Por otra parte, existen ya compromisos para que el Fondo reciba de aquí al año 2008 unos 4.600 millones de dólares. De ellos, 1.200 millones fueron anunciados con motivo de la cumbre del G8 en Evian, Francia (del 1 al 3 de junio de 2003).

Necesidades previstas

La última reunión de la Junta del Fondo Global aprobó la convocatoria de una próxima ronda de propuestas en enero de 2004, sobre cuya aprobación se decidirá en junio. Parece probable que ésta sea la única convocatoria de 2004 y aún no está claro si habrá una quinta en 2005, pues la prioridad será renovar las propuestas aprobadas

en las rondas 1 y 2. Debido a la falta de financiación, quizá no se pueda asegurar la financiación de una quinta ronda.

Si no se cubren las necesidades a corto plazo, la iniciativa puede haber fracasado incluso antes de que los donantes tengan que responder a compromisos futuros.

El sector privado

Respecto a la **aportación del sector privado**, debemos destacar que hasta la fecha soló ha supuesto el 2% del total de los compromisos. Sin embargo, el VIH/SIDA está teniendo impacto en este sector, debido a las consecuencias de la enfermedad sobre la producción, el consumo y los beneficios generados en los países en desarrollo.

La creencia de que el Fondo está sujeto a burocracia, que las aportaciones directas tienen más relación con sus metas y objetivos y que de esta forma es más sencilla la rendición de cuentas de cara a sus accionistas y directivos, disuade a las empresas de realizar aportaciones al Fondo Global. Sin embargo, el Fondo Global está demostrando ser un mecanismo muy eficaz a la hora de atraer fondos y distribuirlos después, con una eficacia poco común en la financiación internacional. Además, el impacto financiero teórico del VIH/SIDA sobre una empresa cuyos empleados pudieran padecer la enfermedad justifica en términos financieros, por no hablar de los éticos, la necesidad de que el sector privado se involucre en el Fondo Global en el corto plazo.

Varias son las razones que hacen del Fondo Global una **herramienta eficaz en la lucha contra el VIH/SIDA**:

- Las subvenciones del Fondo Global a los países en desarrollo son una forma de **ayuda no condicionada**. Así, los países receptores no están obligados a adquirir con los fondos donados bienes o servicios del país donante.
- Incluso en su constitución, el Fondo Global funciona de forma **participativa**. Por ejemplo, los Mecanismos de Coordinación de País, a través de los cuales cada país puede presentar propuestas coordinadas, están compuestas por gobiernos, ONG, organizaciones comunitarias, sector privado, personas que viven con VIH/SIDA, académicos y agencias multilaterales y bilaterales.
- En la adjudicación de recursos “tendrán prioridad las propuestas de los países y regiones con mayor grado de **necesidad**, basada ésta en la mayor carga de la enfermedad y la menor capacidad para generar los recursos adicionales necesarios para afrontar estos problemas sanitarios”. En contraposición a los países

miembro del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) que sólo destinaron el 29% de su ayuda del año 2000 a países altamente empobrecidos, el Fondo Global ha destinado a estos países el 50% de los fondos adjudicados.

- El Fondo Global está desarrollando mecanismos que aseguran la **rapidez** en el desembolso de fondos y la reducción al máximo de la burocracia.
- Permite a los países receptores fijar sus **prioridades**, y respeta su criterio que, por estar en contacto con su realidad, le permite identificar las intervenciones que son más eficaces, viables y culturalmente adecuadas.
- El dinero adjudicado por el Fondo son **subvenciones**, y no créditos, por lo que no agrava la situación de deuda en la que están inmersos muchos países en desarrollo.

Necesidad de vigilancia

A pesar de que el Fondo Global se trata de una iniciativa de los países del Norte que ha sido respaldada por los países del Sur y que cuenta con un alto nivel de confianza por su parte, presenta algunos puntos potencialmente débiles que deben tenerse en cuenta.

- Una preocupación es que los fondos donados por los países vayan en detrimento de la cooperación en otras áreas de desarrollo. Para evitar esto, sus directrices señalan que las propuestas deben demostrar cómo los recursos que a él se destinan son adicionales a los ya existentes. Por otro lado, los procesos de seguimiento y evaluación analizan si se están desviando flujos de financiación debido a las adjudicaciones.
- Es necesario asegurar la participación plena de todas las partes interesadas en los Mecanismos de Coordinación de País, sin dar más importancia a gobiernos y organismos y agencias que a las ONG y organizaciones comunitarias, que por lo general son quienes están más en contacto con el trabajo en VIH/SIDA.
- Como medio de financiación semi - vertical (para iniciativas concretas), podría dejar a un lado el desarrollo de otros proyectos que supongan trabajo sectorial, refuerzo de los sistemas sanitarios, integración en las prioridades del país y sostenibilidad. Creemos que el Fondo Global y la financiación vertical tienen un sitio en la lucha contra el SIDA. Ambas opciones no son excluyentes y la dimensión y la naturaleza de la epidemia requieren la canalización a través de programaciones tanto verticales como horizontales.

RECOMENDACIONES

- La mayor parte de las iniciativas de cooperación internacional que se emprenden y que aglutinan grandes cantidades de fondos se centran en el acceso a tratamiento. Sin embargo, es necesario contemplar también el apoyo económico y social para las personas afectadas e infectadas.
- Es necesario que todos los gobiernos aporten fondos suficientes al Fondo Global. En especial, los países de la Unión Europea deberían igualar la cantidad de 1.000 millones de dólares, anunciada por el Gobierno de Estados Unidos.
- Facilitar una información de manera transparente y participativa sobre el uso gubernamental de las subvenciones del Fondo Global, mediante la publicación de datos periódicos y accesibles sobre objetivos y metas alcanzadas, involucrando a todos los actores sociales, con especial énfasis en las asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA;
- Proporcionar la asistencia necesaria para que los países receptores adquieran la capacidad de utilizar las subvenciones del Fondo Global de manera efectiva.
- Promover el desarrollo de una estrategia sobre movilización de recursos para el Fondo Global, que incluya al sector privado.

GLOSARIO Y COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS TÉRMINOS UTILIZADOS

Counselling Mantenemos en algunas partes del texto la utilización de este término, ya que consideramos importante que se contemple el “Acompañamiento” en su amplio sentido procedente de la palabra en inglés.

DDHH Derechos humanos en el sentido “amplio”

Discriminación Las concepciones estigmatizadoras hacen que algunas personas frecuentemente actúen (o se abstengan de actuar) de una forma que niega la dignidad personal, servicios o derechos de otra persona.

Estigma Los prejuicios o actitudes sociales, despectivas o negativas hacia las «diferencias», reales o percibidas, de otras personas no existen por naturaleza, sino que son creados por personas y comunidades. El estigma deriva de un proceso de desvalorización. El VIH/SIDA se sustenta en prejuicios ya existentes y los refuerza. Aumenta las desigualdades sociales ya existentes (el género, la sexualidad y la raza).

IAMI (siglas en inglés) Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA

Mainstreaming de género Es la integración de las diferencias de género en la formulación y ejecución de las políticas.

Se propone introducir este término para que se tome en cuenta la importancia de las diferencias entre mujeres y hombres en la transmisión de estas enfermedades

ITS Infecciones de transmisión sexual. Este término se prefiere al de ETS (enfermedades de transmisión sexual) por ser más amplio y evitar la connotación peyorativa de la palabra ‘enfermad’.

OMC Organización Mundial del Comercio

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización no gubernamental

ONUSIDA Organización de Naciones Unidas para el SIDA (compuesta por representantes de 9 agencias)

PIB Producto Interior bruto

Plan OMS 3x5 Con el que la OMS pretende que 3 millones de personas sean tratadas contra el VIH para el año 2005

PVVS Personas viviendo con VIH/SIDA La mayor parte de las veces, la **persona** con SIDA no es un paciente, y siempre serán **personas** aún cuando sean pacientes. Muchas **personas** con VIH/SIDA se superan en lo relativo a esta situación y a cómo controlarla.

UNGASS Sesión Especial de la Asamblea general de Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana (el virus que provoca el síndrome clínico conocido por SIDA). No debe utilizarse el término “SIDA” si la intención es referirse al “VIH”. La mayoría de las personas seropositivas (a veces abreviado como “**VIH+**”) no presentan síntomas durante años.

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida **El SIDA** es un conjunto de síntomas y condiciones que se presentan cuando el sistema inmunológico de la persona está gravemente afectado por el VIH. Este daño implica que al sistema le resulta difícil combatir las infecciones, lo cual finalmente pone en peligro la vida de la persona.

Pero consideramos que SIDA en un contexto general incluye a todas las personas que viven con el virus y también los efectos que ocasiona la pandemia.

Sida Es la acepción “gramaticalmente correcta” pero a lo largo del informe se presenta generalmente como VIH/SIDA, o solo SIDA (pero en mayúsculas), por darle todo el énfasis que consideramos necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Advocacy for Action on Stigma and HIV/AIDS in Africa.* Regional Consultation Meeting on Stigma. 4-6 June 2001, Dar-es-Salaam.
- Advocacy Guide for HIV/AIDS.* International Planned Parenthood Federation. 2001.
- Algunas reflexiones sobre la exclusión social y las Políticas Públicas de respuesta: una perspectiva desde España.* Joan Subirats. Documento preparado para el seminario “Buenas Prácticas en Inclusión Social. Diálogo entre Europa y América latina y el Caribe” 21 y 22 marzo 2003. Milán, Italia.
- An NGO position paper concerning the use of the Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria in procurement and equitable pricing of commodities.* Oxfam GB; Christian Aid, International HIV/AIDS Alliance, Médecins Sans Frontières; ECHO Health; National AIDS Trust, Terence Higgins Trust, VSO, Essential Drugs Project.
- “Can We Reverse the HIV/AIDS Pandemic with an Expanded Response?”. Stover, J., et al. *The Lancet*, Vol.360, Julio de 2002.
- Comunicado de prensa: New Figures Show AIDS Fight Under-resourced,* UNAIDS, 10 de octubre de 2002
- Comunicado de prensa: Global Fund Praises New Funding Pledges by G8, Underscores Need for \$US3 Billion by End of 2004.* Fondo Global para la lucha contra SIDA, Tuberculosis y Malaria. 6 de junio de 2003.
- Derecho penal, salud pública y transmisión del VIH: Un documento de opciones de política.* ONUSIDA. 2002.
- El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Sexta Directriz Revisada: Accesos a la prevención, tratamiento, atención y apoyo.* HDCH/ONUSIDA. (Original Inglés Agosto 2002).
- Envejecimiento de la Población y Desarrollo – Nuevas Estrategias de Protección Social.* Informe del seminario realizado el 31 de octubre de 2002 en el National Press Club, Washington, DC, Estados Unidos Seminario organizado por HelpAge International, National Academy of Social Insurance e Initiative for Policy Dialogue.
- FAQ: Initial Questions on the Global Fund.* Fondo Global para la Lucha contra SIDA, Tuberculosis y Malaria.
- Disponible en: www.globalfundatm.org.faq_gfund.html
- Global Fund Update for NGOs and Civil Society.* Garmaise, D. ICASO, 2002

- Hablando claro: VIH y SIDA.* ActionAid Alliance 2002
- HIV/AIDS and ageing: a brief paper.* HelpAge International 2003
- Hoja de Datos: La transmisión del VIH de madre a hijo.* UNICEF 2002
- Hoja de Datos: Los jóvenes y el VIH/SIDA.* UNICEF 2002
- Hoja de Datos: Los huérfanos y otros niños y niñas afectados por el VIH/SIDA.* UNICEF 2002
- Informe de Desarrollo Humano.* Oxford University Press 1990.
- Informe de Desarrollo Humano.* Oxford University Press, 1995.
- Informe sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA 2002.* ONUSIDA, 2002.
- Los Jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial.* UNICEF, ONUSIDA, OMS. 2002
- Salud y Desarrollo: Sida, medicus mundi con Africa.* Medicus Mundi, et al. 2002
- Programa Mundial de reducción de la vulnerabilidad familiar frente al VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas.* Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. 2003.
- Salud y Género. Guía Práctica para Profesionales de la Cooperación.* Médicos del Mundo, 2002.
- The Global Fund: which countries owe how much?.* France, T., Ooms, G., Rivers, B. Aidspace, 21 April 2002
- The Living Arrangements of Older Adults in Sub-Saharan Africa in a Time of HIV/AIDS.* Zachary Zimmer. Julia Dayton. 2003. N° 169. Working Papers. Population Council.
- VIH/SIDA. Recursos Humanos y Desarrollo Sostenible.* Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible. ONUSIDA 2002.

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

www.globalfundatm.org

www.un.org

www.undp.org

www.unicef.org/spanish/aids

www.helpage.org



www.ayudaenaccion.org



www.basida.org



www.cruzroja.es



www.fpfe.org



www.medicusmundi.es



www.medicosdelmundo.org



www.prosalus.es



www.unicef.es