

Desidamos

Sobre nuestra sexualidad y reproducción



Revista de FEIM • Año XIV • Número 1 • Julio 2006 • Argentina

- > Normalizando el testeo.
Normalizando el SIDA.
- > El acceso a medicamentos esenciales...
es esencial.

- > **TEMA ESPECIAL**
Foro regional
CONCASIDA 2005



FEIM

FUNDACIÓN
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN
DE LA MUJER

**CONSEJO ASESOR
INTERNACIONAL**

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

COMITE EDITORIAL

Directora
Dra. Mabel Bianco

Coordinadora
Dra. Laura Pagani

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

Diseño de tapa
Estudio Celis Bernardo

Promoción Publicitaria
Elsa Bruzzo

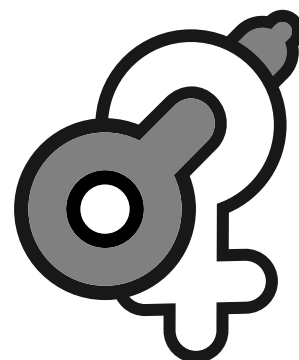
Composición e Impresión
Altuna Impresores S.R.L.

correo-e:
altunaimpresores@ciudad.com.ar

Revista Propiedad de la
Fundación para Estudios
e Investigación de la Mujer
Paraná 135, 13, Capital Federal
Registro Nac. de la Prop. Intelectual
N° 326.301

Año XIV • Número 1
Julio 2006 • Argentina

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



Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

INDICE

EDITORIAL

- "UNGASS 06: Renovando la promesa" por Mabel Bianco 3

TRABAJOS

- "Normalizando el testeo, normalizando el SIDA" por Edwin Cameron 4
- "El acceso a los medicamentos esenciales... es esencial" por Martín Foreman 8

TEMA ESPECIAL: FORO 2005 / CONCASIDA 2005

- "Propiedad Intelectual, Derechos Humanos y Salud. La vida en el Norte vale más que la vida en el Sur", por Alessandra Nilo 10
- "Vulnerabilidad y Género: Mujeres frente al VIH/SIDA", por Ana María Pizarro 14
- "Intervenciones para la prevención del VIH/SIDA en Argentina: Un análisis de costos", por Gabriela Hamilton y otros 19

COMUNICACIONES

- Declaración de Chacao: "Salud no es comercio. Un mundo, una Lucha" 25
- Con las mujeres de todo el mundo - Un pacto para erradicar el VIH/SIDA 27

HUMOR

- Quino 2
- Sendra 24 y 30



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



UNGASS 2006, RENOVANDO LA PROMESA

Del 31 de mayo al 2 de junio se realizó en Nueva York la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas –UNGASS– para Revisión de los progresos y los desafíos pendientes respecto a la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA aprobada en junio 2001. Esta Sesión Especial fue organizada por el Presidente de la Asamblea General y ONUSIDA, la agencia de Naciones Unidas que actuó como Secretaria, quienes promovieron una importante participación de representantes de la Sociedad Civil. Para ello en febrero 2006 el Presidente de la Asamblea General y

ONUSIDA convocaron a 12 representantes de distintos grupos de la sociedad civil, representantes de empresas privadas, sindicatos de trabajadores de salud, redes de PVVS y grupos comunitarios/ONG con trabajo en VIH/SIDA, jóvenes, mujeres hasta grupos religiosos, para constituir un grupo de apoyo. Este grupo plural de trabajo participó y colaboró con el Presidente de la Asamblea General y ONUSIDA en la discusión del programa de la Sesión Especial y especialmente en la participación de la sociedad civil. El objetivo era lograr que la voz de los distintos grupos de la sociedad civil estén representados y sean escuchados por los gobiernos.

Esta experiencia fue la primera de trabajo conjunto formalmente estructurada entre gobiernos y sociedad civil en la programación y desarrollo de actividades de Naciones Unidas, que por su naturaleza son fundamentalmente solo intergubernamentales. Esta novedosa modalidad, implementada en momentos en que en Naciones Unidas se discute su funcionamiento, generó muchas expectativas tanto en gobiernos como en la sociedad civil. Tuve el privilegio de ser una de los 12 integrantes de ese grupo de trabajo, representando a grupos de mujeres. Mi principal objetivo fue que las voces de las mujeres tuvieran una presencia igualitaria con la de los varones en todos los grupos y también que América Latina y el Caribe estuvieran representadas, ya que era la única miembro de esta región. Participaron oficialmente como ponentes en distintas actividades en esos tres días más de 120 representantes de la sociedad civil, número récord en una reunión de Naciones Unidas. Sin embargo creemos que esas voces no fueron lo suficientemente numerosas, pero si debemos reconocer que fueron importantes, ya que sumadas las de más de mil participantes de la sociedad civil, a pesar de no tener voto, a la hora de la definición del Documento Político tuvieron impacto.

La discusión del Documento Político, fue el aspecto más difícil y el que a todos nos dejó un sabor amargo, porque ni a gobiernos ni a sociedad civil, aunque por distintos motivos, nos pareció lo mejor. Pero fue allí donde con mayor crudeza surgió la polarización política que atraviesa a estos temas en todo el mundo y que en Naciones Unidas se vió en su mayor esplendor. La derechización y el conservadorismo de los gobiernos del mundo desarrollado se evidenció claramente. África, el continente más afectado por la pandemia, se asoció a la voz de los países desarrollados que liderados por Estados Unidos lucieron posiciones fundamentalistas y mezquinas. Si bien en las reuniones preparatorias regionales en África, se habían planteado posiciones claras para avanzar, en Naciones Unidas la presión para aunar voces llevó a que el África Subsahariana, la más afectada por la epidemia, subsumiera su voz en la de la unión africana con el importante peso de los países del Norte y sus fuertes influencias religiosas. La Unión Europea, a pesar de las posiciones de avanzada de muchos de sus miembros, al tener que unificar su opinión con los otros países de esa región con políticas muy conservadoras, hizo aportes y adoptó decisiones conservadoras.

Los países de América Latina y el Caribe actuaron como bloque y fueron la principal voz, que junto a India, dió batalla y logró que el documento final no perdiera lo logrado en el 2001 y en algunos campos incluso avanzara. Debemos señalar la evolución positiva que el grupo de países de nuestra región ha desarrollado y que a pesar de las diferencias cuenta con mecanismos de negociación claves, además de incorporar a representantes de la Sociedad Civil. En el 2001 el Grupo Río fue muy positivo, pero este año fortalecido con la incorporación del Caribe fue mucho mayor su peso en el resultado final.

Respecto al Documento Final aclaremos que si bien no se logró avanzar con metas más precisas, se consiguió incorporar y fortalecer compromisos frente a temas como: los adolescentes y jóvenes, especialmente sobre prevención, educación en VIH y sexualidad y servicios de salud amigables. También incorporó importantes compromisos en derechos de las mujeres, equidad de género y el compromiso de hombres y niños para lograrla. A esto se sumó la ratificación de los objetivos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo –CIPD– sobre acceso universal a salud reproductiva en el 2015, a pesar de la resistencia del gobierno de USA y otros como Siria, Pakistán e Irak. Se aumentó el compromiso para el financiamiento y en este tema África se unió a América Latina y el Caribe e India. También respecto a los acuerdos sobre comercialización y reconocimiento de patentes de medicamentos se logró cambiar la propuesta inicial que ponía a todos los países a merced de la Organización Internacional de Comercio, domina por los países ricos. Sin metas precisas pero con esos compromisos aprobados, nos toca ahora a la Sociedad Civil ser los que para el 2008 logremos que los gobiernos produzcan avances concretos y sino, sean responsables y rindan cuentas ante el resto del mundo.

Argentina llevó una importante delegación en la que la sociedad civil estuvo ampliamente representada y asumió posiciones claras de avanzada. El desafío ahora es ampliar y perfeccionar los logros con políticas y programas concretos. Juntos gobiernos y sociedad civil podremos lograrlo!

Mabel Bianco

NORMALIZANDO EL TESTEO, NORMALIZANDO EL SIDA

Edwin Cameron*

Conferencia dictada en Memoria de Ronald Louw en la Universidad de Kwa Zulu-Natal, en Durban el 4 de mayo del 2006 en el marco de la Campaña en homenaje a R. Louw "Ser testeado, ser tratado".

Ya se hicieron homenajes a Ronald Louw, hoy yo solo voy a preguntar qué podemos hacer para darle sentido a su muerte. ¿Por qué se murió Ronald Louw? No me refiero a la causa física. Obviamente, sabemos que causó su muerte el domingo 26 de Junio 2005, se murió de SIDA. Aunque él era una persona bien alimentada, en buena salud física, con acceso a tratamiento médico, sin las enfermedades de la pobreza en África, él se murió de SIDA. Se murió porque su sistema inmune, atacado durante años por el virus del SIDA, no pudo luchar contra las infecciones que lo atacaron. Aunque sus circunstancias eran muy diferentes a la de la mayoría de los africanos, su muerte comparte un destino que ha afectado, y todavía afecta, a millones en este continente. Sabemos que en el caso de Ronald, esto se pudo evitar. Él no debía morir. Él se murió no porque no tuvo ayuda, sino porque le llegó tarde. **Él se hizo el test del VIH y recibió el diagnóstico el 15 de Mayo 2005, el día que fue al hospital con los síntomas de SIDA, casi siete semanas antes de su muerte.**

El SIDA ahora, no es necesariamente una condición fatal, es una enfermedad controlable médicamente. En millones de casos está siendo tratado con éxito en el mundo. Las personas sobreviven con SIDA muchos años, si tienen acceso a los tratamientos, más del 90% de los pacientes de SIDA con tratamiento anti-retroviral se recuperan y retoman su vida productiva. Ronald sabía esto. Él conocía los hechos científicos sobre el SIDA y las buenas noticias del tratamiento médico. Él era muy activo en la prevención del VIH y la abogacía sobre tratamiento. Era miembro de la Campaña de Acción por Tratamiento y del Centro Comunitario de Gays y Lesbianas de Durban. Tuvo acceso al seguro de salud y el apoyo de sus amigos. Pero, evitó los médicos hasta que su cuerpo cayó. ¿Por qué este hombre educa-

do, con conciencia política, activo sexualmente, con dinero y que conocía el SIDA y sabía sobre sus riesgos entre parejas del mismo sexo, porqué murió de SIDA? **¿Por qué no se hizo el test para VIH antes? ¿Por qué, cuando hace años sufrió problemas pulmonares muy relacionados con SIDA, no aceptó el testeo? ¿Por qué eligió quedarse sin diagnóstico cuando una prueba podría ofrecerle el camino a la salud? ¿Por qué eligió ignorar su condición serológica?**

Ronald Louw no se murió de ignorancia o pobreza. Como profesor de derecho, y abogado, él sabía que estaría protegido de la discriminación ante un diagnóstico de SIDA. Él no se murió por temor a la discriminación, ni a las reacciones de las personas, algo más difícil de confrontar. **Se murió porque le daba pánico confrontar el VIH dentro de sí mismo.** El estigma del VIH y SIDA es la discriminación y el aislamiento. Hay mucho escrito y discutido sobre las dimensiones externas del estigma del SIDA. El temor a la discriminación y el aislamiento impide a mucha gente hacerse los tests diagnósticos. Poco se ha escrito sobre la dimensión interna del estigma, el temor, el rechazo de sí mismo y el odio por sí mismo que experimenta la gente con VIH. Aunque saben que van a recibir apoyo, protección, tratamiento y aceptación, tienen miedo. Ronald Louw era una de las personas que tuvo temor. No se murió de estigma externo, dentro de él una parte tuvo miedo de descubrir que tenía el virus. Ese temor era más fuerte que su conocimiento sobre el tema y más fuerte que su misma habilidad para salvar su vida. El estigma interno, que está dentro de nuestros cuerpos y nuestras mentes, es más destructivo, y peligroso que el externo.

Frecuentemente el SIDA se compara a la tuberculosis (TB), que antes del tratamiento, era una enfermedad con gran estigma. Las comparaciones con la TB no identifican bien el problema. El SIDA tiene estigmas no sólo porque está asociado con debilitación y

* Juez de la Corte Suprema de Sudáfrica

muerte; también hay otros. A diferencia de la TB, la mayoría de los casos de VIH se transmitieron por sexo. Lo más importante es el temor externo que encuentra aliados dentro de la persona que teme la infección del VIH. Tiene sentimientos de vergüenza y la idea que no tiene derecho a vivir. Ronald, creo, era discapacitado en este sentido.

En *Witness to AIDS, (Testigo de SIDA)*, expongo esta dimensión interna del estigma. Hablo de mi horror, en 1986, cuando descubrí que tenía VIH. Trabajaba para un centro público de derechos humanos en la Universidad Wits, con colegas que eran conocidos defensores de los derechos humanos, pero mis sentimientos eran tan fuertes que no podía buscar su simpatía, apoyo, me sentía una persona horrible, como si hubiera violado a sus niños. Escribo como el estigma externo de SIDA frecuentemente encuentra un aliado interno, que rechaza las opciones buenas para su salud, paraliza, aplaza, retrasa, niega la muerte. Fracasamos en entender el estigma cuando nos concentramos en las manifestaciones y causas externas y no las dimensiones internas que son más peligrosas.

Mi jardinero de Zimbabwe, un hombre tímido y amable, sabía que yo sobrevivía al SIDA porque tuve acceso al tratamiento. También él sabía que si el test del VIH le resultaba positivo yo le aseguraría acceso al tratamiento. Pero mi jardinero murió de SIDA, negaba que tuviera VIH, y negó que estuviera enfermo. Regresó a Zimbabwe y se murió, solo y sin medicación. Cuento esto en mi libro. Lo más importante es que **yo debiera haber sido más proactivo ayudando a mi jardinero. No debiera haberlo dejado en su mundo de aislamiento y temor.** Debiera haber insistido en su diagnóstico y tratamiento. Debiera haber creado un puente para que él reciba cuidado médico y tratamiento. Esto tiene una idea detrás, dirigida a la protección de los derechos humanos que se construyó alrededor del diagnóstico de VIH.

Mi libro publicado en abril 2005, seis semanas antes del diagnóstico de Ronald y su enfermedad fatal. Sé que leyó el cuento sobre mi jardinero. El lunes 11 de abril, después de la publicación de mi libro, me escribió, me felicitó y me contó que le gustó el libro. También me contó que visitó a nuestro amigo, Zackie Achmat, en Capetown —18 meses antes Zackie empezó el tratamiento anti-viral— y Ronald escribió “era alegre ver a Zackie con buena salud,” dijo “estoy seguro que Zackie seguirá viviendo por muchos años”. Zackie todavía sobrevive, porque el recibe tratamiento, que Ronald no tuvo. Cuando me escribió esa carta, estaba con su madre, faltaba alrededor de un mes para su muerte y todavía no tenía diagnóstico de VIH. Este hombre, elocuente, informado, con conciencia de de-

rechos, activo contra el SIDA, me escribió desde su propio aislamiento y temor, cinco semanas antes de desplomarse y hospitalizarse. Seguramente sabía que sus síntomas eran fatales. Seguramente sabía, que era una enfermedad fatal, pero era incapaz de evitar su muerte. En Ronald había razones poderosas, difíciles de confrontar el VIH. Por ejemplo, la enfermedad de su madre que era muy lenta y larga, y que le impedía cuidarse a sí mismo. Sumergido en su muerte, no podía confrontar su propia enfermedad. Un hombre intelectual que tuvo todas las habilidades menos la de aceptarse a sí mismo y salvar su vida.

La historia de Ronald tiene un significado importante y profundo hoy. Porque Ronald no es la única persona que tuvo temor y se aisló. Cuando observamos la comunidad, hay muchos casos parecidos al de Ronald. Cuentos de gente que, como Ronald, tienen acceso a la medicación, apoyo y aceptación, no discriminación, pero todavía tienen mucho temor, y hacen los tests demasiado tarde. Estos sentimientos de temor no se relacionan con la raza, sofisticación o nivel de educación ni con la condición social o el nivel educacional. Los temores empiezan en la realidad externa, lamentablemente, de un gobierno en que los mensajes de prevención y tratamiento todavía no son claros. Todavía hoy ni nosotros ni el gobierno reflejamos en la realidad externa, una respuesta adecuada a la epidemia. Pido que pensemos y reflexionemos sobre lo que ellos consideran sus propias conciencias de derechos, algo más difícil de confrontar. Los derechos humanos proteccionistas que construimos alrededor del SIDA, en particular el diagnóstico, contribuye y reafirma la dimensión interna del estigma. La historia del SIDA en estos 25 años puede verse como una lucha para afirmar que el SIDA no sea tratado como algo normal.

Uno de los aspectos de la lucha para normalizar el SIDA, es cambiar los procedimientos de testeo para SIDA y VIH. Estamos lejos de tratar el SIDA como una enfermedad normal. Planteo si la consideración del SIDA como algo excepcional desde la perspectiva de derechos humanos, no está minando los derechos humanos. La muerte de Ronald nos muestra que la lucha para normalizar el SIDA no es sólo contra los estigmas externos, también contra los temores internos de quienes tienen VIH. Los protocolos y procedimientos alrededor del VIH y el tratamiento para SIDA, ¿no reafirman la manifestación interna del estigma e impiden el acceso al tratamiento? En 25 años de consensos en salud pública, el SIDA ha sido tratado como algo excepcional. El consenso se basa en el gran estigma sobre el SIDA, y que no había tratamiento. Adicionalmente el largo periodo de vida del virus, y que es transmitido por la actividad sexual consensuada

entre adultos. Además el VIH es una infección de difícil detección en las etapas primarias. Por todas estas razones, la epidemia de SIDA era tratada en forma diferente a las emergencias de salud. Lo paradójico del SIDA es que protegiendo los derechos de quienes viven con VIH no se daña, se contiene la enfermedad. Las medidas diseñadas para proteger infecciones innecesarias, pueden alejar a la gente del diagnóstico y el asesoramiento sobre cambios de conducta.

Esta paradoja lleva a una nueva paradoja. La gente con VIH es protegida haciéndosele el diagnóstico, asegurándole la confidencialidad y garantizando el consentimiento. Consentimiento que es específico. El proceso incluye reuniones de asesoramiento antes y después de la prueba en sesiones cuidadosamente estructuradas. Estas precauciones y protecciones trataron a la enfermedad como algo excepcional, porque era excepcional, no solo por el nivel de estigma alrededor del SIDA, sino también porque no había tratamiento. Las protecciones existían en un mundo en que el estigma causaba la muerte y se protegía a las personas de tests innecesarios que victimizan y los convertía en víctimas de discriminación. Pero el mundo cambió. Y la epidemia también. Las personas activas ahora luchan para la normalización del SIDA, ahora que el tratamiento es accesible. Aún en regiones muy pobres como África, la lucha de los activistas logró que haya tratamiento antiretroviral. **Donde el tratamiento es accesible, todo parece indicar que la excepcionalidad del VIH está impidiendo un efectivo manejo.**

Mucha gente, cuando le ofrecen pruebas diagnósticas, como los procedimientos son tan excepcionales prefieren no hacerlas. Cuando visitan un centro de salud, no reciben la prueba para VIH en forma simple. El informe del diagnóstico de la enfermedad es algo excepcional, incluyendo las complicadas etapas del consentimiento, y también los consejos. Estas protecciones tratan de proteger a la gente con VIH; **hoy sugiero que estas protecciones reafirman los temores internos de la gente de tener VIH.** La gente evita las pruebas porque el consentimiento, los consejos y otras protecciones muestran el estigma y la excepcionalidad del SIDA. Estas protecciones promueven la idea que la enfermedad es excepcional y anormal. La gente evita las pruebas, prefieren decir que los síntomas no son por el VIH. La excepcionalidad del VIH, creada para proteger de la discriminación, en realidad está impidiendo recibir tratamiento y hacerse las pruebas diagnósticas. Necesitamos evaluar las protecciones para las pruebas de VIH y preguntarnos si las protecciones deben cambiar. **Sin duda, el paciente debe estar protegido de hacerse una prueba diagnóstica contra su voluntad. Pero cuando el diagnós-**

tico permite el tratamiento y la preservación de la vida, el derecho obliga a presentar los beneficios al paciente. Diagnóstico y tratamientos temprano deben estar asociados. Donde hay tratamiento, el objetivo debe ser hacer las pruebas de VIH normales y eliminar los procedimientos que impiden que mucha gente haga las pruebas. El diagnóstico debe ser simple y sin polémica.

Hay un tema central en la lucha por la normalización del SIDA. ¿Cómo podemos decir que el SIDA es especial? Nada sobre SIDA, la enfermedad, ni la epidemia, es excepcional. Lo excepcional son: el impacto destructivo, el estigma alrededor de ello, la discriminación, y las respuestas excepcionales. Nuestra respuesta estratégica al SIDA debe focalizar en la normalización del tratamiento de VIH en la atención de la salud. La idea del SIDA como algo excepcional, planteada para proteger a la gente con VIH, ahora puede ser un riesgo. Los procesos complejos que rodean al VIH en los hospitales donde el tratamiento es accesible, es donde suele empezar el temor y la inhibición de quienes viven con VIH, que temen tener VIH, y reafirmar sus concepciones que el VIH es algo horrible, y no aceptable. **Sin duda las personas no pueden ser obligadas al testeo, especialmente donde el diagnóstico implica aislamiento, discriminación y rechazo.** La historia de Ronald Louw y otras parecidas de prejuicio, ignorancia, y temor, muestran estos riesgos.

La normalización del SIDA y las pruebas alrededor del SIDA, habrían cambiado el resultado de Ronald. Quizás Ronald debía haber sido empujado al test, cuando recibió ayuda para su pulmonía, si las regulaciones hubieran sido diferentes, quizás él se habría hecho la prueba y evitaba los efectos del VIH. La muerte de Ronald Louw es un aviso para todos. Un aviso que muestra que los protocolos para los tests, aunque para proteger, a veces solo crean más temores internos en las personas. **Estoy sugiriendo que donde las condiciones existen, debemos re-medicalizar el diagnóstico del VIH, haciéndolo parte normal del tratamiento médico,** sujeto sólo a un rechazo del paciente. Las condiciones para esto son: 1) tratamiento anti-retroviral accesible para el paciente, 2) asegurar que las consecuencias de la prueba no van a causar discriminación, ni aislamiento, 3) el paciente necesita tener confidencialidad de la prueba y sus resultados. **Estas condiciones todavía son raras en África. Donde existen, necesitamos tratar de normalizar el diagnóstico y el tratamiento de SIDA.** Estas condiciones existían para Ronald, si los procedimientos de las pruebas eran diferentes, seguramente su muerte se habría evitado por el tratamiento temprano.

Estoy apoyando, que donde hay tratamiento se pueda asegurar la confidencialidad y disminuir la discriminación, porque necesitamos hacer menos rígidas las normas sobre los consejos pre-diagnóstico o terapia. Los consejos pre-test existen no meramente para satisfacer los derechos humanos. El pre-test bien estructurado y administrando terapia reduce los compartimientos sexuales de riesgos. Los consejos pre-test, quizás aplicados como lecturas sobre el tratamiento del VIH, es algo deseable y útil. También los consejos después de la prueba son útiles e importantes. **Los consejos son algo útil cuando facilitan el cuidado de la salud y pueden ofrecerse sin derrochar tiempo ni energía del personal. En los casos en que los consejos pre o post-prueba afectan de manera negativa el diagnóstico y tratamiento del VIH, necesitamos reconocer están impidiendo la vida.** El SIDA es una enfermedad horrible, y los consejos pre-prueba pueden apoyar o ayudar. Pero el cáncer, la malaria y la

diabetes insulina dependiente también son horribles, pero no hay pruebas o terapia que inhiban su diagnóstico o control, aunque siempre está la decisión del paciente de aceptar su tratamiento.

En una gran epidemia de VIH, donde el tratamiento masivo es un hecho, los consejos pre test son un recurso rico que podemos tener. Necesitamos acordar que para normalizar el SIDA necesitamos tener un diagnóstico y control de la enfermedad parecido a otras enfermedades. Si hubiéramos realizado esto más temprano, es posible que hubiéramos ayudado a salvar muchas vidas, incluyendo la de Ronald Louw. **El mensaje es: “hacete la prueba, recibí el tratamiento”, este es nuestro homenaje a Ronald.** El mensaje nos pide, especialmente a aquellos que nos consideramos personas que defendemos los derechos humanos, explorar las implicaciones de este mensaje, en cada lugar y circunstancia. ♦

ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

CAPITAL FEDERAL

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

EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES... ES ESENCIAL*

por Martin Foreman¹

Ocho años después de entrar en vigencia el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), y más de un año desde que la Declaración de Doha diera prioridad a la salud pública respecto de las patentes, en el mundo todavía hay millones de personas que no tienen acceso a los medicamentos básicos.

Las causas son muchas. Los pacientes no pueden llegar hasta el médico porque no pueden pagar su traslado hasta la clínica o el hospital. O si logran llegar, el doctor no está porque también debe atender su clínica privada. O el doctor está, pero ese día hay demasiados pacientes. O el doctor ve al paciente y receta un medicamento, pero el paciente no tiene dinero para comprarlo. A veces sucede que el medicamento es gratis en teoría, pero el presupuesto gubernamental destinado a medicamentos esenciales no alcanzó. O el Ministerio de Salud compró el medicamento pero éste «desapareció» de la farmacia del hospital, sólo para reaparecer a la venta en una farmacia privada cercana. En otras palabras, la corrupción, la ineficacia y la pobreza son factores que pueden limitar el acceso de una persona a los medicamentos que necesita. Estos aspectos deben resolverse a nivel nacional.

Sin embargo existe un obstáculo fundamental que sólo puede resolverse internacionalmente. Se trata de la posibilidad de reemplazar los medicamentos patentados por sus equivalentes genéricos. Según el acuerdo sobre los ADPIC, los dueños de las patentes pueden extender su monopolio hasta 20 años en los países miembros de la Organización Mundial del Comercio. Todos los miembros de la Organización Panamericana de la Salud son también miembros de la OMC. Como las patentes originan monopolios, los

fabricantes pueden cobrar precios altos. Cuando se acaban los monopolios, los precios bajan. En el momento en que los fabricantes de los países en desarrollo comenzaron a producir versiones genéricas de los medicamentos antirretrovirales, el costo anual del tratamiento contra el SIDA bajó de 10.000 dólares a algo más de 200 dólares en países donde había versiones genéricas de esos medicamentos.

Los gobiernos pueden emitir licencias obligatorias que otorgan el derecho de fabricación a otra empresa mediante el pago de regalías al propietario de la patente. Pero estas licencias son utilizadas principalmente en el ámbito nacional. Un país pobre sin capacidad para producir medicamentos no puede emitir una licencia obligatoria a un fabricante de otro país, y por eso tiene que pagar precios de monopolio. Esta cuestión—las licencias obligatorias para exportar desde un país con capacidad de producción a otro que no la tiene—sigue sin resolverse desde hace más de un año en la mesa de negociaciones de la OMC. Cada tanto, los delegados pasan días debatiendo cómo hacerlo, pero aún no llegaron a un acuerdo. Básicamente, la organización está dividida en dos. Mientras el mundo en desarrollo busca que las licencias obligatorias para exportar se otorguen de la misma manera que las utilizadas en los mercados nacionales, el mundo industrializado quiere restringir las licencias para los medicamentos contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria pero no para los medicamentos contra la neumonía, la diarrea, el cáncer o las enfermedades del corazón, y además, someter su otorgamiento a un largo procedimiento burocrático.

No debe sorprender que los países que se oponen a la extensión de licencias obligatorias sean los países sede de la industria farmacéutica, la cual es dueña de la mayoría de las patentes. **La industria sostiene que la protección del monopolio le es esencial para financiar la investigación:** si no se respetan las patentes, no puede recuperar los costos ni asignar fondos suficientes para la investigación sobre nuevos medicamentos,

(continúa en pág. 31)

* Publicado en Revista Perspectivas de Salud, revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 8, Número 1, 2003.

¹ Martin Foreman reside en Londres y escribe sobre los aspectos mundiales del VIH/sida, sexualidad y salud pública. Su informe "Patentes, Píldoras y Salud Pública" fue publicado en 2002 por el Instituto Panos (www.panos.org.uk)

The background features a stylized globe with a grid of latitude and longitude lines. A white silhouette of the Americas is centered on the globe. The design uses various shades of green and blue, with a pattern of small white dots scattered across the background.

VIH/SIDA

FORO 2005 CONCASIDA 2005.
El Salvador, Noviembre 2005.

PROPIEDAD INTELECTUAL, DERECHOS HUMANOS Y SALUD LA VIDA EN EL NORTE VALE MÁS QUE LA VIDA EN EL SUR

Alessandra Nilo*

Implementar respuestas eficaces contra la expansión del VIH y Sida requiere la utilización de ingredientes específicos tales como la voluntad política de los gobernantes, el control social y la garantía plena de los derechos humanos. Estos componen una base esencial sin la cual las políticas públicas y sus servicios de prevención, cuidado y apoyo, no cubren sus funciones. No es exactamente con estas palabras, que la Declaración de Compromiso sobre VIH y Sida de las Naciones Unidas-UNGASS/2001¹, describe la necesidad de una respuesta integrada en su texto. Pero se puede decir que este es el único sentido, pues ella reafirma la demanda de participación de la sociedad civil y personas seropositivas en la elaboración e implementación de las propuestas de prevención y cuidados frente al VIH y Sida; convoca a los gobiernos a actuar efectivamente y, principalmente, **afirma que el acceso al tratamiento es un Derecho Humano**, por lo tanto debe ser garantizado a todos/as los que lo necesitan. Entretanto a pesar de haberse establecido metas concretas para el 2003, el 2005, y el

2010, hasta hoy ninguna de ellas se alcanzó satisfactoriamente.

El escenario internacional actual es preocupante. De hecho, no existe desarrollo sustentable para los países en desarrollo, las guerras y la pobreza se perpetúan y aumentan las imposiciones comerciales de los países ricos que cada vez dificultan más la articulación en pro de los derechos humanos. A mediados de los años 90, los países en desarrollo asumieron compromisos costosos para proteger los derechos de propiedad intelectual de los países desarrollados o ricos. El acuerdo sobre los Aspectos de Propiedad Intelectual Relacionados al Comercio (TRIPS) no trata apenas de patentes², y produjeron un impacto negativo en el área de la salud y el desarrollo tecnológico de los países pobres. De tal manera que 142 países miembros de la Organización Mundial de Comercio (OMC), reunidos en Doha, Qatar, aprobaron en noviembre del 2001 una declaración sobre los derechos de uso de la Propiedad Inte-

lectual y la Salud Pública, que se convirtió en algo histórico por afirmar que los países tienen derecho a proteger la salud y a promover el acceso universal y equitativo a los medicamentos esenciales³. O sea **reconoce la supremacía del derecho a la salud sobre cualquier interés comercial**⁴.

En el 2003, el mismo año en que se observó que las primeras metas de UNGASS no eran alcanzadas y que el Fondo Global no disponía de los recursos necesarios, la Organización Mundial de la Salud -OMS-, lanzó la campaña del "3 por 5", cuya propuesta era tener tres millones de personas accediendo al tratamiento antirretroviral en el 2005⁵. Al mismo tiempo que Naciones Unidas y la OMS discutían su respuesta, la OMS también discutía los grandes impactos experimentados por los países del Sur, frente a la escasa voluntad política de defender la soberanía nacional, aliada a la incapacidad de resistir la pre-

* **Periodista y Directora Presidente de GESTOS -Seropositividade, Comunicação e Género-. Miembro de la Coordinación Ejecutiva de LACCASO y de la articulación "Um Mundo, Uma Luta -UMUL-"**

¹ Sesión Especial de las Naciones Unidas sobre VIH y Sida, junio 2001.

² El TRIPS confiere grandes beneficios a las empresas de los sectores farmacéutico, biotecnológico, de tecnología, de información, software, a los productores musicales, a los poseedores de marcas famosas, etc. Fueron esos los responsables del éxito de las negociaciones durante la rueda de Uruguay y del GATT. "El Acuerdo TRIPS como instrumento de la cruzada de restablecimiento de las Reglas de la OMS", Basso, Maristela e Beas, Edson.

³ (Boletín WHO/Oswaldo Cruz 2004) As flexibilidades, exastao de direitos, licença compulsória e provisao bolar.

⁴ Los parágrafos 4, 5 e 7 de la Declaración de Doha sobre TRIPS y Salud Pública, se refiere a la necesidad de implementar políticas de propiedad intelectual que articulen el incentivo al desarrollo de los nuevos medicamentos con la promoción de acceso a la salud para todos/as.

⁵ Esta propuesta generó críticas de ONGs y activistas porque ya se sabía en esa época que, de hecho, 6 millones de personas necesitan ARVs.

sión económica de los países ricos. La clave es que, principalmente, los acuerdos bilaterales que no respetaban Doha, corroboraban con las políticas neoliberales de reducción del Estado y contrariaban las alternativas para la implementación de políticas sociales justas. El impacto de la embestida bilateral, a través de los acuerdos entre países o la creación de áreas libres regionales para el comercio, en el área de salud ha sido devastador. En el 2003, la OMC aprobó una resolución⁶ que permite a los países sin capacidad de producir sus medicamentos conseguirlos en el exterior por medio de la importación de genéricos.

Claro que la decisión fue significativa. Especialmente para el VIH y Sida, malaria, tuberculosis o para las enfermedades extremadamente descuidadas, tipo la leishmaniasis, el Chagas, la enfermedad del sueño⁷ pues, mismo como la evolución de los conocimientos científicos sobre ellas, la dispensación de medicamentos seguros, eficaces, de costos accesibles y fáciles de usar, ha sido pequeña. “La decisión será particularmente valiosa para los países mas chicos y mas pobres...”, dijo el Director General de la organización, Supachai Panitchpakdi. “Esto posibilitará el uso con total flexibilidad las leyes de propiedad intelectual de la OMC para combatir enfermedades”. A pesar de este optimismo, activistas cuestionaron el tratado, afirmando que impone muchas condiciones a los países que desean usarlo, o que dificultan hacerlo realidad y tenían razón.

A pesar del reconocimiento de

que los medicamentos deben ser tratados de forma diferente en comparación a otros bienes y servicios, los lobistas de las industrias farmacéuticas se movilaron en sus países e intensificaron las medidas para garantizar que los remedios que se venden en los países pobres no invadiesen los mercados de los países ricos. En ese sentido, la estrategia de presionar a través los acuerdos bilaterales y regionales ha sido cada vez más recurrente, ya que estos acuerdos promueven reglas más restrictivas con inversiones en investigación y desarrollo todavía más concentrados en el sector privado que, sabemos, genera precios abusivos para una población afectada cada vez más pobre. No es casual que todas las patentes de ARV pertenecen a empresas de países del Norte, ricos y desarrollados.

Ante esta coyuntura, ampliar la capacidad de monitorear las instancias multilaterales –como la OMC, la Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI)–, influenciar la pauta de los acuerdos bilaterales, regionales⁸ y la agenda del comercio, se convirtió en algo esencial para los movimientos sociales de salud y especialmente importante para garantizar las respuestas al VIH y Sida. Hay alrededor de 45 millones de personas infectadas en el mundo y

⁸ El ALCA, por ejemplo, debe ser muy acompañado por lo menos por los movimientos de salud. La propuesta de constituir la mayor zona de libre comercio del planeta -34 países de América, menos Cuba- fue lanzada en la Primera Cumbre de las Américas (Miami, 1994) y avanzó con dificultades hasta febrero del 2004, cuando los negociadores suspendieron la reunión en Puebla (México) y nunca consiguieron retomarla, en medio de divergencias entre el MERCOSUR y los Estados Unidos, que empezaron a privilegiar los acuerdos bilaterales o con bloques subregionales.

cerca de 6 millones que necesitan hoy tener acceso a los ARV. ¿Cómo lograr tratamiento para todos/as con precios accesibles? ¿Cómo fortalecer los servicios públicos de salud? ¿Cómo dar autonomía y capacidad de producción a los países en desarrollo?

La situación es grave. En América Latina y el Caribe, región con 2,2 millones de personas viviendo con VIH y Sida, con elevada subnotificación y un número de países en los cuales impera la violación de los Derechos Humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos, la ausencia de políticas sociales inclusivas, y en un contexto que, evidentemente, ha aumentado las condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: **apenas una de cada cinco personas tiene acceso a servicios de prevención, hay 450.000 personas que necesitan ARV y apenas 290.000 están en tratamiento y entre ellos alrededor del 60% vive en un único país: Brasil**⁹. Por eso, Brasil ejemplifica bien el impacto de las decisiones sobre comercio en el sector salud: a pesar de ser reconocido mundialmente por la eficacia de su programa de distribución de ARV, a pesar de defender Doha internacionalmente, no lo implementó internamente y hoy tiene cerca de 80% de su presupuesto para medicamentos gastado en la importación de esos medicamentos patentados. En 1993 comenzó produciendo la zidovudina (AZT), pero actualmente produce apenas ocho medicamentos ARV¹⁰ de los 17 que distribuye a través de la red pública¹¹. De

⁹ WHO-2005

¹⁰ Siete fueron desarrollados (1997 y 2001) por Farmanguinhos – laboratório público estatal, Fundação Oswaldo Cruz.

¹¹ Informaciones de la Dra. Cristina Possas – Unidad de Investigación y Desarrollo Tecnológico PNDST/AIDS – MS 2005

⁶ 30/08/2003 – La negociación duró dos años y fue articulada entre Estados Unidos, Brasil, India, Kenia y Sudáfrica. Es conocido como la Resolución del 30 de agosto.

⁷ Tripanosomiasis Africana.

acuerdo con un estudio de caso sobre acceso a tratamiento¹² realizado en el 2005, los acuerdos con la Organización Mundial de Comercio¹³ y la Ley de Propiedad Industrial (1996) boicotearon las empresas farmacéuticas nacionales paralizando 1.700 unidades productivas del país¹⁴.

Ampliando la mirada más allá de Brasil, observamos que los acuerdos comerciales han causado fuerte impacto en América Latina y el Caribe, no solo en el campo socio económico, también en la vida reproductiva y productiva de la población: la pobreza afecta 220 millones de personas; la tasa de desempleo continua alta, muy por encima de los 6.1% que ostentaba hace 25 años; siete de cada diez nuevos empleos son precarios, trabajadores informales y con baja cobertura social¹⁵.

Desafíos

Todavía es un gran desafío incorporar la agenda del desarrollo en la agenda del movimiento de salud. Equivocadamente el tema todavía parece lejano del día a día

de los activistas y profesionales del sector salud. Aún debido a nuestra escasa capacidad de monitorear, las empresas multinacionales farmacéuticas encuentran terreno fértil para fortalecer sus estrategias y así, la idea de descalificación de los genéricos ha ganado más fuerza. La producción y desarrollo de medicamentos sigue concentrada en el sector privado, al mismo tiempo que, debido a las reformas neoliberales, no siempre se garantiza el tratamiento de las personas seropositivas como una responsabilidad de los gobiernos. Para agravar la situación, se observa que en algunos países, la existencia legal de un sistema público de salud, con leyes que no han sido suficientes para garantizar el acceso al tratamiento.

El lobby de las industrias farmacéuticas continúa y es importante tratando de influenciar los gobiernos y los consumidores con informaciones falsas, no solo contra la calidad de los genéricos, también justificando el precio final de los productos a partir del costo de la inversión para la investigación y desarrollo. Así las personas acaban creyendo que, de hecho disminuir el precio de los antirretrovirales va a impedir el avance de la investigación científica en el área, lo que es una gran equivocación. Datos del 2002, por ejemplo, ya mostraban que la inversión en producción y desarrollo de Merck era de apenas 5%; de Abbot 9% y de Glaxo 13%. Paralelamente, los periódicos del mundo entero informaban que los gastos de Merck ese año en marketing eran del orden del 13%. Más allá de esto no podemos olvidar que EU y Europa detentan cerca del 66% del mercado mundial de consumidores, mientras que América Latina y el Caribe, apenas el 8%. **O sea los precios pueden y deben ser más bajos.**

Otra cuestión que precisa ser monitoreada por la sociedad es la concesión de patentes para segundo uso de medicamentos. En los países con baja capacidad de producción y desarrollo la mayoría de las patentes depositadas son de productos extranjeros. La concesión para segundo uso aumenta la dependencia e impide la producción de medicamentos genéricos. “Segundo uso” no significa “invención de producto nuevo”, condición esencial para la concesión de patente. La resolución¹⁶ que se está discutiendo en la OMS inclusive, considera que más del 70% de los nuevos medicamentos aprobados no traen beneficios adicionales frente a los ya existentes.

“Qué patentar” es de hecho un tema cada vez más polémico. Por ejemplo, ¿qué decir del patentamiento de descubrimientos? Hoy tenemos 4.382 genes (18,5% de los genes humanos) patentados por 1.156 instituciones, 63% empresas y 27% Universidades. ¿Estamos patentando la vida? Son muchas las cuestiones y nuestra capacidad de articulación en torno de estos temas aún es limitada. A pesar de que la propiedad intelectual es un derecho de naturaleza privada, se rige por normas nacionales, su revocación o suspensión provisoria puede ocurrir por medio de legislación local, particularmente en los países donde las normas de derecho internacional no son auto-ejecutables por el ordenamiento interno¹⁷.

¹² Monitoreo de la UNGASS – Mirada de la Sociedad Civil sobre Acceso al Tratamiento – Vilela, Wilza; Nilo, Alessandra; Veloso, José Carlos e Brandao, Jair (2005) mimeo

¹³ Los países en desarrollo tenían hasta el 2005 para adecuar sus legislaciones. La India utilizó el plazo, pero el Brasil promulgó la Ley de Propiedad Industrial n° 9.279 el 14 de mayo de 1996, más en función de las presiones ejercidas por la industria farmacéutica transnacional y por los agentes de propiedad intelectual. (REBRIP, 6/10/2004)

¹⁴ La importación de principios activos remitidos al exterior (2003) US\$ 115.600.840,20. La importación de productos acabados remitidos al exterior (2003), US\$ 192.915.718,00.

¹⁵ Datos presentados por la OIT en la Cuarta Cumbre de las Américas, en noviembre, 2005.

¹⁶ 59ª Asamblea Mundial de la Salud

¹⁷ La legislación doméstica implementadora de las obligaciones generales por el TRIPS deben claramente especificar que está reservado al Poder Ejecutivo el derecho de revocar o suspender su aplicación. El Acuerdo TRIPS como Instrumento de Retaliação Cruzada y las Reglas de la OMC, artículo Basso, Maristela e Beas, Edson.

¿Qué estamos haciendo sobre esto? Muy poco. Ha sido recurrente que los países ricos utilizan sus legislaciones de acuerdo con sus intereses. Alemania, Australia, Canadá, EU, Reino Unido, Nueva Zelanda, por ejemplo, han usado con tranquilidad licencias compulsivas alegando emergencia nacional de salud. Canadá, según un informe de la OMS, concedió entre 1969 y 1992, 613 licencias compulsivas para importar o producir drogas genéricas pagando 4% de royalties. En el 2005 el discurso del Senador Chuck Schumer en el Congreso de EU, ante una posible pandemia del virus H5N1 que produce la gripe aviaria, exigía la licencia compulsiva del Tamiflu¹⁸ para garantizar al pueblo norteamericano medicamentos en la cantidad necesaria.

Consideraciones Finales

Cinco años después de la Declaración de Doha, nos enteramos que los acuerdos firmados por los gobiernos con los laboratorios continúan violando el interés público de los países en desarrollo; los derechos a la propiedad intelectual continúan prevaleciendo sobre el derecho fundamental a la vida y la salud; los gobiernos no se empeñan en utilizar las flexibilidades de Doha; no hay inversiones significativas de las industrias nacionales de medicamen-

tos para la producción y desarrollo de nuevos productos. Los países siguen sin autonomía para responder a los problemas de salud pública, presionados diplomáticamente por las políticas neoliberales de los organismos multilaterales, controlados por los países poseedores de las patentes. La ausencia de una verdadera política de cooperación internacional ha facilitado el dominio del Norte, más que respetar las decisiones adoptadas en las Naciones Unidas y por la OMC solo cuando es de su propia conveniencia.

Pero, felizmente, ésta difícil coyuntura no nos ha paralizado. En enero del 2006 el comité ejecutivo de OMS dio un paso importante en dirección a estas grandes necesidades de salud enviando a la Asamblea Mundial de la Salud una resolución¹⁹ que pide la creación de un nuevo marco global en investigación y descubrimiento. Esta propuesta, que recibió el apoyo de un grupo multipartidario de los Miembros del Parlamento Europeo, será considerada para su aprobación en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo. En febrero el Parlamento Europeo, en Bruselas, pidió asegurar fondos públicos para investigación y que sean principalmente invertidos en las necesidades y prioridades públicas, incluyendo las necesidades específicas de salud de las poblaciones de países en desarrollo.

Estamos frente a un desafío consi-

derable pero no imposible de ser superado. Para eso precisamos crear interfaces con otros sectores que están discutiendo TRIPS tales como el movimiento de comunicación, de agricultura, de software; coordinar acciones en el ámbito internacional pero también traer esos temas a la realidad local de cada uno de nuestros países, por eso el espacio primero de nuestra intervención y en el que debemos crear sinergias, trayendo para la discusión temas como la democracia, el multilateralismo y el derecho a la salud. Discutir desarrollo y comercio es hoy esencial en la agenda del Acceso Universal al tratamiento y prevención del VIH y Sida.

Es posible formular políticas para promover la salud, garantizar los derechos sexuales y reproductivos, mejorar la cobertura de la seguridad social, impulsar la educación, y fortalecer los derechos humanos. Todos estos temas deben constituir las políticas de Estado, más allá de las contingencias gubernamentales momentáneas, intereses de empresas farmacéuticas multinacionales o visiones fundamentalistas. Ese camino existe, la alternativa es viable, pero necesita ser construida colectivamente. Como parte de nuestra agenda cotidiana.

Esa es la visión de futuro y la voluntad de acción que queremos lograr en un futuro próximo, respuestas más concretas y sustentables en las cuales las vidas del norte tengan el mismo valor que las vidas del sur: vidas humanas que no podemos perder por el VIH y Sida. ♦

¹⁸ En octubre de 2005, cuando el senador dio su discurso habían sido registrados 43 muertes en Vietnam, 13 en Tailandia una en China.

¹⁹ Propuesta por Kenia y por Brasil para la 59ª Asamblea Mundial de la Salud.

VULNERABILIDAD Y GÉNERO: MUJERES FRENTE AL VIH/SIDA*

Dra. Ana María Pizarro**

“En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad de las mujeres y la subordinación de sus expectativas en provecho de los deseos sexuales del hombre, mientras que la masculinidad se caracteriza por la conquista sexual, las múltiples parejas y el control casi total de las interacciones sexuales”. Conciencia Latinoamericana, Católicas por el Derecho a Decidir.¹

El VIH y el SIDA en las mujeres

La marcada tendencia de la cultura patriarcal para clasificar y encasillar las diferencias en el ejercicio de poder, y la exclusión, –cuyo campo y efectos más visibles y severos se manifiestan en las mujeres, al nivel de las familias y comunidades locales, las escuelas y sistemas educativos, los sistemas y servicios de salud–, dificultan el desarrollo de estrategias y acciones efectivas para enfrentar la pandemia del VIH y Sida. A la negación y al desconocimiento de los efectos que la discriminación provoca en la vida de las personas afectadas, –especialmente de carácter sexual, en tanto se le asocia a opciones sexuales, género y etnia–, se suma la pobreza creciente que obliga a la migración e inmigración en países empobrecidos, la ineficacia de los estados para el establecimiento de un marco legal, ético y de derechos humanos apropiados,

para controlar el incremento del VIH y Sida y sus repercusiones en el ámbito de la salud, la economía y la sociedad en su conjunto, especialmente para las mujeres.² Generalmente, **las políticas de salud no mencionan medidas específicas dirigidas a las mujeres afectadas por la epidemia**, excepto en situación de embarazo, aunque afirman que consideran al género como un “determinante” de la rápida expansión de la misma. No toman en cuenta las desventajas de las mujeres debidas a múltiples factores de discriminación, socioculturales como la cultura patriarcal, la falta de poder de las mujeres en la negociación del sexo seguro, las desventajas de las trabajadoras comerciales del sexo frente a sus clientes, ni hace referencia a la situación de las mujeres de las etnias respecto del VIH y Sida, el impacto socioeconómico, el impacto del VIH y Sida en las familias y la comunidad, ni en la prevención y el tratamiento de las ITS.

Fundamentalismo religioso: violencia y opresión de las mujeres

La declaración de la Cumbre de

Bangkok sobre el SIDA, además de denunciar “la indiferencia criminal de los gobiernos” y la “insensata actitud de los laboratorios”, sacó a luz nuevos y sorprendentes hallazgos sobre las víctimas, –por el preocupante crecimiento en mujeres con parejas estables–, y sobre el impacto de posturas conservadoras como la de la iglesia Católica frente a la prohibición del uso del condón.³ Así, las preocupaciones de papas, cardenales, obispos y sacerdotes marchan a contramano de la realidad de la pandemia, y condena a su feligresía, –y al resto de la población mundial– a sufrir y morir a consecuencia de su postura intransigente, que incrementa los daños, dado que no se hacen responsables de los resultados de lo que propugnan. Especialmente en la región centroamericana, las presiones de sectores religiosos se ejercen desde los jefes de Estado hasta las y los trabajadores que aplican las políticas y programas. La violación de la legislación nacional que establece el carácter laico del estado es permanente. Las amenazas de excomunión o las sanciones morales contra diputa-

* Trabajo presentado en IV Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA (CONCASIDA), El Salvador, Noviembre 2005.

** Directora SI MUJER, Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA desde la Sociedad Civil, Nicaragua

¹ Vol XIII, N10. Diciembre 2004.

² Capítulo VI. Agenda de Salud Integral de las Mujeres, Movimiento Autónomo de Mujeres, Nicaragua.

³ Editorial, Conciencia Latinoamericana. La enfermedad es el lado nocturno de la vida..... Diciembre 2004.

das y diputados ante cualquier iniciativa o modificación de la legislación –ya sea sobre la educación o la salud públicas, las familias, la adolescencia o la violencia–, han sido el modus operandi de las jerarquías religiosas en la última década. La imposición de criterios basados en valores religiosos y no en valores humanos universales, –como la solidaridad, el respeto a la libertad de conciencia o a la libertad de información en la educación pública–, la eliminación de documentos para capacitación del profesorado sobre educación sexual, la imposición de programas de salud pública privilegiando el uso de métodos “naturales” como única forma de anticoncepción, las campañas publicitarias sostenidas contra el uso del condón y la permanente distorsión de la información, –que privilegia mitos, tabúes y falacias sobre la efectividad de los condones–, ha sido parte sustancial de la agenda desarrollada por los jerarquías religiosas y aceptada por los gobiernos.

Así, la población de Centroamérica, mayoritariamente joven, pobre y desinformada, se enfrenta inermemente a una pandemia que continúa cobrando vidas, mientras las iniciativas gubernamentales no logran contrarrestar ninguna de las causas que agravan y perpetúan los factores que subyacen en la vulnerabilidad de las poblaciones. La pobreza y extrema pobreza en que vive la mayor parte de la población, la exclusión social producto del neoliberalismo económico, la creciente violencia social, la violencia de género, –o sea la que se manifiesta en violencia sexual y violencia contra las mujeres y la niñez–, así como el fundamentalismo religioso, son el sustento y terreno más propicio para que la pandemia del SIDA crezca y se perpetúe.

La atención de salud de las mujeres positivas

La atención de las mujeres no diferencia las necesidades prácticas, determinadas por las condiciones de vida de las mujeres para su desarrollo, ni las necesidades estratégicas, determinadas por la posición que ocupan las mujeres al interior de las familias, las comunidades o la sociedad en su conjunto.⁴ Progresivamente, la razón hombres-mujeres con SIDA se reduce a expensas de las personas más jóvenes y se va equiparando aceleradamente entre los 15 y 19 años; en la población adolescente el porcentaje de mujeres resulta casi el doble del porcentaje de mujeres adultas. En Nicaragua, a setiembre 2005 el MINSA reporta que las mujeres son el **29,17%** del total de personas de 20 a 35 años afectadas por el VIH; sin embargo del total de personas adolescentes afectadas de 10 a 19 años, las mujeres ascienden al **45,32%**.⁵ El vertiginoso crecimiento del VIH en mujeres y en mujeres cada vez más jóvenes ha sido reportado ampliamente, tan ampliamente como se comprueba la impotencia de los Estados y de los programas de salud y educación para ensayar algún tipo de propuesta concreta para frenar esta diseminación. La paulatina privatización de los servicios públicos de salud que trasladan a la población responsabilidades del cuidado de personas enfermas, tratamientos y acompañamiento en los hogares, se traslada en realidad a las mujeres, que asumen nuevas cargas sin reconocimiento social ni monetario. Peor aún, las mujeres que viven con VIH o SIDA se

ven obligadas a asumir cargas asistenciales, cuidado de otros integrantes de la familia, aun estando enfermas ellas mismas.

Embarazo y VIH y Sida

Aunque la reproducción de las mujeres –y no la de los hombres–, suele ser parte fundamental de los programas públicos de salud, cuando se incorporan consideraciones sobre las embarazadas VIH+ o con SIDA, se parte del esquema patriarcal enraizado en esos mismos servicios que *todos los embarazos son o deben ser deseados*. A partir de ello, los programas de salud intentan –y ocasionalmente lo logran–, brindar alguna atención especializada a estas embarazadas portadoras. Sin embargo, si una de ellas manifiesta que el embarazo es no deseado o solicitan su interrupción por múltiples razones –como el temor por su propia salud, por dejar más rápidamente huérfanos a sus demás hijos e hijas, por razones económicas, psicológicas, por enfrentar su situación sin ayuda alguna, etc.–, esas razones no son consideradas ni tomadas en cuenta. En la mayoría de países existen legislaciones que permiten la interrupción del embarazo por alguna/as razones, la más frecuente es para salvar la vida de las mujeres. Sin embargo, esta posibilidad no se incorpora en las Normas y Protocolos de salud en general, ni en los que progresivamente se van definiendo para la atención del VIH y Sida. Así se ignora y viola la legislación relativa al aborto en la mayoría de los países latinoamericanos. En Nicaragua, por ejemplo, amparándose en la legislación nacional vigente desde hace más de 130 años, el Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra las ITS/VIH/SIDA incorpora desde 1999

⁴ Idem.

⁵ Reporte a junio 2005, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MINSA, Nicaragua.

el aborto terapéutico voluntario para las mujeres; sin embargo, en el sistema de salud no se aplica y las mujeres deambulan solicitando el aborto terapéutico sin recibir respuesta. Cuando responden, ya es “tarde” porque el embarazo ha avanzado, o la respuesta es negativa afirmando que “el hijo que tendrá cuidará de ella en su vejez”, porque el hospital desconoce el Plan Estratégico”. Las mujeres pobres, —que son las que se atienden en los servicios públicos—, cargan con un embarazo indeseado y de alto riesgo, que al llegar a término no encuentra preparado al sistema de salud para su atención; recibe mala calidad, rechazo y discriminación, que terminan por incrementar el daño que el VIH ya les ha ocasionado.

La afectación del VIH en mujeres que se embarazan predomina en las más jóvenes, las que menos posibilidades tienen de exigir métodos de prevención, de evitar relaciones de riesgo, como de obtener servicios adecuados y tratamientos. A junio 2005 en Nicaragua, el MINSa registró 62 embarazadas VIH+ desde el comienzo de la pandemia, de las cuales el **53,22%** tiene 15 a 24 años, entre ellas el 22,58% tiene 15 a 19 años.⁶ No existe un sistema de vigilancia adecuado para mujeres en riesgo. Tampoco la oferta de medicamentos para embarazadas está entre las preocupaciones centrales. En Nicaragua, el MINSa reporta a fines del 2004 que 14 embarazadas VIH+ estaban recibiendo profilaxis mediante el tratamiento antirretroviral, aunque no se reporta el número total de embarazadas en el período⁷. Es conocida la práctica de

ofrecer tratamiento mientras dure el embarazo y su suspensión después del nacimiento, evidenciando que es en la salud del “producto” que realmente está puesto en interés. **La esterilización quirúrgica voluntaria para mujeres y hombres VIH positivos, igualmente contemplada en el Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra las ITS/VIH/SIDA desde 1999, no se provee en el sistema público de salud**, a menos que la terminación del embarazo ocurra por cesárea y quien atiende acepta la solicitud de la mujer.

SIDA y lactancia materna

En la mayoría de países de América Latina y el Caribe no existen investigaciones sobre Lactancia materna y VIH. El movimiento internacional de mujeres ha denunciado que hay contradicciones que deben ser resueltas, dado que investigaciones conocidas reportan diferentes cifras sobre las probabilidades que una mujer VIH+ infecte al feto o recién nacido durante el embarazo, el parto o la lactancia, especialmente cuando esta es prolongada. Los reportes tienen amplias diferencias, dado que sitúan la transmisión vertical entre 7% y 45%⁸ en países “en desarrollo”. Otras fuentes ubican este último porcentaje en más del 50%. La lactancia materna, se afirma, constituye el 3% al 4% de todos los casos de transmisión vertical, aunque otras fuentes la reportan entre el 14% y el 19%.⁹ En 1998, la Comunidad Internacional de Mujeres Vivien-

do con VIH y Sida¹⁰, ICW, expresó su postura a ONUSIDA demandando una investigación urgente sobre la lactancia materna, dado que tienen derecho a saber que es una vía de transmisión y a conocer las investigaciones realizadas, así como alternativas que no sean fórmulas comerciales. El UNICEF calcula que en los últimos veinte años 1,7 millones de niños han contraído el VIH por amamantamiento—, y pide guardar el sentido de la proporción, dado que durante el mismo período han muerto 30 millones de niños por no haber sido amamantados.¹¹ Sin embargo, también se han realizados acuerdos en Latinoamérica¹², que recomiendan “Contraindicar la lactancia materna a mujeres seropositivas al VIH y garantizarles sustitutos de leche materna”. Esta contradicción debe ser resuelta y los mensajes para el personal de salud y para las propias mujeres deben simplificarse en criterios homogéneos, aplicables a cada realidad local.

SIDA y mujeres lesbianas

La atención de las mujeres en los servicios públicos, parte del pre-concepto que todas las mujeres son heretosexuales, o deben serlo. Prácticamente en ningún país existen investigaciones sobre el tema. Pese a que las lesbianas han sido consideradas tradicionalmente como un “grupo de bajo riesgo” frente al VIH y Sida, las organizaciones de mujeres que trabajan en el tema no concuer-

⁶ Reporte a junio 2005, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MINSa, Nicaragua.

⁷ Reporte a diciembre 2004, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MINSa, Nicaragua.

⁸ Lactancia materna y VIH y Sida. Campaña Mundial contra el SIDA, ONUSIDA.

⁹ Situación de la lactancia materna y la transmisión del VIH en América Latina. SIDALAC.

¹⁰ Mujeres, vulnerabilidad y SIDA. Enfoque de DDHH. Cuadernos Mujeres Salud 3.RSMLAC.

¹¹ Código Internacional: El VIH/SIDA y la lactancia materna. IBFAN, 2001.

¹² Agenda Nacional dirigida a los programas nacionales de SIDA/ETS. Brasil.

dan con esa definición. Entre otras razones, el Centro para el Control de las Enfermedades de los EEUU, sólo considera lesbianas a las mujeres que han tenido relaciones sexuales sólo con otras mujeres desde el año 1977 a la fecha, lo que deja afuera a muchísimas (sino a una mayoría) de lesbianas. Mujeres que fueron usuarias de drogas inyectables son incluidas sólo en esa categoría, sin que se les pregunte su orientación sexual. Lesbianas que han estado o están casadas, o que se han practicado inseminación artificial con esperma no chequeado médicamente, o que tienen contactos sexuales esporádicos con varones, tampoco son registradas como una categoría especial cuando contraen el VIH. No existen investigaciones sobre prácticas sexuales entre mujeres y sus riesgos relativos de transmisión del VIH.

VIH y SIDA en las mujeres negras e indígenas

La medicina occidental tiene una visión hegemónica que sostiene que las enfermedades cursan de una manera similar en mujeres y en hombres, y en todos los grupos raciales/étnicos. La variable clase, sexo, género y raza etnia en la salud es un dato epidemiológico esencial. En Nicaragua se carece de información sobre las patologías que afectan a las mujeres negras o indígenas, cuyo estado de salud no es registrado en las estadísticas oficiales. No existe información sobre el VIH/SIDA que incorpore la variable raza y/o etnia. En el 2004, el Plan Nacional de Salud incorporó como eje transversal la interculturalidad, mencionando que los servicios de salud deberán ser aceptados por los pueblos indígenas, comunidades étnicas y afrodes-

cendientes”; sin embargo, se carece de medidas concretas para hacerla realidad. El Objetivo 3 del Plan Nacional de Salud establece la “governabilidad del sector salud fortaleciendo la participación de las comunidades étnicas y los pueblos indígenas, con equidad de género y generacional”, pero en las intervenciones —es decir, en las acciones concretas— no se menciona a la población negra o indígena, lo que demuestra que el Estado aún nada tiene para ofrecer a este importante segmento de la población, mucho menos a las mujeres indígenas o negras.

Ni en la Política Nacional de Salud, ni en normas de atención en el sistema público en Nicaragua se contemplan medidas para que la atención del VIH y Sida se ajuste a las preferencias culturales de las mujeres al momento de su atención; se les considera como si todas fueran blancas o mestizas del Pacífico.

Mujeres migrantes y VIH y Sida

Es bien sabido que la economía del país en gran medida se sostiene gracias a las remesas que envían las personas que se ven obligadas a trabajar en el extranjero. Nicaragua tiene altos índices de población migrante, y ha logrado postergar los estallidos sociales a que la inclina la crisis crónica de la política y la economía gracias a ese bolsón de ayuda que recibe de las humildes manos de las/los trabajadores en el exterior. Sin embargo, mientras las trabajadoras migrantes se afanan por enviar dinero para que su familia en Nicaragua pueda cubrir sus necesidades de salud, ella misma no cuenta con ninguna cobertura ni protección, ni leyes

que la amparen ni servicios que las atiendan, mucho menos en relación al VIH y Sida.

SIDA y mujeres en trabajo sexual

La pobreza y la falta de oportunidades de crecimiento económico, —las mismas razones por las cuales las mujeres ocupan un lugar inferior en la sociedad—, inducen a las mujeres al trabajo sexual. La carencia de legislación y políticas que protejan sus derechos las torna especialmente vulnerables. La falta de acceso a la educación formal, a la educación sexual, a servicios de asesoría jurídica, a métodos para evitar la infección por VIH o a servicios de salud adecuados, hace que sufran múltiples discriminaciones, como reflejan investigaciones nacionales y regionales sobre trabajadoras comerciales del sexo. Las conclusiones de numerosos estudios afirman que la discriminación y estigmatización hacia este grupo de mujeres se traduce en rechazo y marginación lo cual puede incluir a los servicios de salud, a las autoridades diseñadores de políticas sociales, muchas de las cuales no contribuyen a la búsqueda de soluciones de los múltiples problemas que enfrentan éstas mujeres. Las trabajadoras comerciales del sexo ambulantes tienen mayor vulnerabilidad en tanto tienen menor acceso a los servicios de salud y su acceso a las intervenciones de los programas y proyectos en ITS-VIH y Sida es menor.¹³

En el 2004, una investigación de la Facultad de Medicina de León de Nicaragua concluye que “La

¹³ Estudio Multicéntrico Centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en Mujeres TCS en Nicaragua.

razón que más frecuentemente mencionaron para haber entrado a la prostitución fue la necesidad económica y las pocas oportunidades de trabajo....., la mayoría de éstas mujeres tenían como única fuente de ingreso la prostitución y son madres solteras que tienen que mantener a sus hijos y en la mayoría de los casos también a otros familiares, sin contar con otra ayuda económica.....; la actitud que prevaleció hacia el uso del condón puede decirse que fue positiva,....., pues se puso de manifiesto que ellas hacen el esfuerzo para convencer a los clientes del uso del condón. Las trabajadoras comerciales del sexo tienen alto riesgo de infección por VIH, y podrían contribuir a su diseminación”.¹⁴

Demandas de las mujeres en relación al VIH y Sida:

En Nicaragua, el Movimiento Autónomo de Mujeres, que lucha por la democratización y el respeto de los derechos de ciudadanía y de los Derechos Humanos – y entre ellos, los derechos sexuales y reproductivos–, ha elaborado una serie de demandas al Estado, contenidas en la Agenda de Salud Integral de las Mujeres, que por su universalidad pueden ser aplicadas en cualquier país del continente americano.

1. Dar efectivo cumplimiento a la Ley 238 y su Reglamento, partiendo de reconocer que la pandemia no es una cuestión moral ni religiosa, sino un urgente problema de salud pública y que es deber del estado

destinar recursos para enfrentarla.

2. Garantizar el acceso a tratamiento anti-retroviral en establecimientos públicos para las personas que conviven con el VIH y Sida, controlando los medicamentos para evitar que se comercialicen en forma privada.
3. Brindar atención integral a embarazadas que conviven con VIH y Sida implementando la oferta de anti-retrovirales, sin suspenderlos después del parto.
4. Aumentar la capacidad de diagnóstico de los laboratorios de los SILAIS del país, ofertando de manera gratuita la prueba Elisa en todos los niveles del sistema de salud y garantizando el examen de carga viral.
5. Establecer coordinación entre el Modelo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia y el Programa ITS, VIH y Sida del MINSA, para el impulso de campañas y acciones para prevenir la infección de mujeres, adolescentes y jóvenes, considerando las necesidades diferenciadas según etnia, edad, capacidades diferentes, ubicación geográfica y condición de escolaridad.
6. Elaborar y difundir material informativo sobre el VIH y Sida, especialmente formulado para las personas no videntes.
7. Establecer un sistema de vigilancia adecuado y programas de protección especial para las trabajadoras sexuales, mujeres privadas de libertad y otras en situación de riesgo.
8. Aplicar en el caso de mujeres que conviven con el VIH y Sida las disposiciones del Plan Es-

tratégico Nacional, especialmente las siguientes:

- a. Aceptar las demandas de esterilización quirúrgica voluntaria.
 - b. Realizar la interrupción voluntaria de embarazos, estableciendo procedimientos para que el Comité de Aborto Terapéutico atienda sus demandas
 - c. Integrar la atención de mujeres embarazadas que son aseguradas, a un Plan de cobertura total en programas de seguridad social.
 - d. Impulsar campañas públicas y permanentes de sensibilización y educación contra la discriminación, hacia las personas que conviven con el VIH/SIDA y prevención de las ITS.
 - e. Garantizar la permanencia e integración en puestos de trabajo de las personas que conviven con el VIH y Sida.
 - f. Incluir en los planes de capacitación y comunicación del MINSA la información científica necesaria sobre los problemas de salud emergentes y potencialmente pandémicos como el VIH/SIDA e ITS.
 - g. Destinar recursos suficientes para la prevención permanente del VIH y Sida en los puestos fronterizos, oficiales y no oficiales, fortaleciendo a la vez los mecanismos de contraloría social desde las organizaciones que integran la CONSIDA.
9. Brindar atención y protección a hijas-os de mujeres que conviven con VIH y Sida, lo mismo que a los huérfanos por esta causa.

¹⁴ Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de TCS en relación al VIH/SIDA, 2004.

INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH Y SIDA EN ARGENTINA: UN ANÁLISIS DE COSTOS*

G. Hamilton¹, M. D. Pené², A. Basombrío³; J. Sanguinetti⁴

Introducción

La epidemia del VIH y Sida ha puesto las capacidades nacionales de control de enfermedades transmisibles bajo presiones significativas. Las autoridades nacionales tienen que encontrar los recursos financieros para prevenir la expansión de la epidemia en un contexto de recursos escasos. En muchos casos, esto implica una reasignación de recursos desde otros programas hacia el VIH y Sida y/ o una necesidad de recursos adicionales. En este contexto, los actores que diseñan políticas nacionales tienen que decidir como distribuir recursos entre diferentes intervenciones de prevención del VIH con el propósito de alcanzar el mayor impacto en la reducción de la epidemia. Durante el año 2004 el Banco Mundial propuso al Programa Nacional de Lucha contra los RH, Sida y ETS un modelo denominado START (asignación costo-efectiva) que se ha diseñado para de-

terminar qué asignación de recursos permite prevenir el mayor número de nuevas infecciones por VIH. Esta metodología ya se aplicó en Honduras, Panamá y Guatemala entre mayo de 2002 y agosto de 2003 y en el primer semestre del 2004 en Costa Rica, India y Nepal.

El modelo START implica una serie de siete etapas, 1) Definición de las poblaciones vulnerables: grupos y tamaño de las mismas, 2) Estimación de la incidencia del VIH en cada una de ellas, 3) Cálculo de infecciones secundarias a partir de infecciones primarias, 4) Definición de las intervenciones de prevención a incorporar al análisis, 5) Estimación de la composición de la población alcanzada por cada intervención, 6) Estimación del costo de cada intervención y 7) Estimación de la efectividad de cada intervención. El propósito del trabajo fue estimar los costos en función de realizar acciones programáticas específicas a tal efecto y enfrentar la complejidad institucional del tema VIH y Sida en el Estado, atentos a la necesidad de orientar recursos para garantizar criterios de equidad de derechos, calidad y accesibilidad. El informe completo realizado en conjunto con expertos nacionales e internacionales, se encuentra disponible en <http://www.bancomundial.org.ar> o en <http://siteresources.worldbank.org/INTARGENTINASPANISH/Resources/START.pdf>

Objetivo

En este artículo se desarrolla el punto referido a las intervenciones de prevención priorizadas, los componentes de cada una y la metodología de estimación de costo, con el fin de conocer el costo unitario de las diferentes alternativas. Esto puede facilitar la profundización del conocimiento acerca del costo y el gasto que se produce a partir de cada intervención, con el fin de obtener mayor precisión en las acciones ya emprendidas y aquellas por emprender. Tanto las poblaciones a incorporar al análisis como las intervenciones de prevención fueron propuestas por profesionales y consultores del Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS, a partir de la literatura, de las experiencias realizadas en el país y el consenso logrado en un taller. Se comenzó definiendo a las poblaciones vulnerables, considerando a aquellas que, por diferentes motivos, se encuentran más expuestas a contraer la infección por VIH y Sida. El objetivo fue conocer mejor cada población y, en base a este conocimiento, facilitar una mejor planificación de las intervenciones y actividades de prevención adaptadas a cada necesidad. La eficiencia de las intervenciones preventivas aumenta cuando se dirigen a las poblaciones con mayor vulnerabilidad para la infección. Pero este tipo de intervenciones no son suficientes por

* Trabajo presentado por la Dra. Adriana Basombrío en el IV Foro Latinoamericano y del Caribe, Noviembre 2005, El Salvador

¹ Gabriela Hamilton, Directora; ² María Delia Pené, Epidemióloga; ³ Adriana Basombrío, Médica consultora y ⁴ Juan Sanguinetti, Lic. en Economía, consultor, del Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

sí solas. Es imprescindible complementarlas con otras destinadas a población general, en primer lugar porque la frontera entre lo que podríamos denominar «*población vulnerable*» y «*población general*» es prácticamente imposible de definir y, además las situaciones asociadas con el riesgo de infección varían a lo largo de la vida de un mismo individuo y con ello, también su exposición.

Se definieron como **poblaciones vulnerables**, algunas en consonancia con otros países de América Latina y del mundo, otras más específicas de nuestro país y dentro de éste, de diferentes regiones. Fueron las siguientes: a) – Adolescentes no escolarizados; b) – Adolescentes escolarizados; c) – Menores desprotegidos y en situación de calle; d) – Mujeres en edad fértil; e) – Recién nacidos; f) – Hombres que tienen sexo con hombres (HSH); g) – Trabajadores/as sexuales (TS); h) – Personas privadas de la libertad (PPL); i) – Usuarios de drogas inyectables (UDIs); j) – Personas con infecciones de transmisión sexual (ITS); k) – Grupos de trabajadores; l) – Población indígena; m) – Donantes de sangre; n) – Receptores de sangre y o) – Personas viviendo con VIH y Sida (PVVS). Las **intervenciones seleccionadas** fueron: 1) Fortalecimiento y ampliación de centros de consejería y testeo para VIH y Sífilis; 2) Prevención del VIH y Sida en adolescentes no escolarizados; 3) Prevención del VIH y Sida en adolescentes escolarizados; 4) Prevención del VIH y Sida en menores desprotegidos y en situación de calle; 5) Información y comunicación a población general; 6) Prevención de la transmisión vertical del VIH; 7) Prevención del VIH y Sida en TS; 8) Prevención del VIH y Sida en HSH; 9) Prevención del VIH y Sida en PPL; 10) Prevención transmisión sanguínea- Provisión Sangre Se-

gura; 11) Programas de reducción de daños en usuarios de drogas inyectables; 12) Promover la consulta, el diagnóstico y el tratamiento oportuno ITS; 13) Programas de Prevención Secundaria con PVVS; 14) Promoción y defensa de los derechos humanos; 15) Prevención del VIH y Sida en grupos de trabajadores y 16) Prevención del VIH y Sida en población indígena. Para realizar este ejercicio se tomaron datos conocidos de la realidad, aclarando las fuentes, estimado un número determinado, con el fin de adaptarlo en otra instancia a los niveles locales. Por ejemplo, la cantidad de centros de testeo en todo el país es un cálculo de mínima. Es altamente probable que sean necesarios mayor cantidad de centros en algunas provincias, o inclusive dentro de una misma ciudad, pero fue imprescindible fijar un número para llevar a cabo el ejercicio.

En relación a los **costos**, se estimaron los costos financieros directamente asociados a las intervenciones seleccionadas, en base a cada actividad e insumo necesario para desarrollar la intervención. El análisis realizado no contempla los costos económicos involucrados, ni los gastos por la depreciación de los equipos y bienes de capital involucrados. La metodología de cálculo del costo unitario de las intervenciones de prevención de VIH y Sida seleccionadas comprende tres elementos principales, a saber: 1) – Actividades desarrolladas en cada intervención y sus costos unitarios; 2) – Población beneficiaria; 3) – Tasa de cobertura o acceso. De la combinación de estos tres elementos surge el gasto incurrido en la prestación de cada intervención y el costo unitario de dicha intervención, calculada como el cociente del gasto total de la intervención y el número de beneficiarios. En primer lugar, cada intervención fue

desagregada según las actividades o componentes involucrados. El método consiste en desagregar las acciones desarrolladas en cada intervención adoptando una clasificación económica, que incluye ítems como capacitación y formación, supervisión y monitoreo, medicamentos, insumos médicos, campañas publicitarias, y otros. Cada una de estas tiene a su vez un costo global o unitario según se trate de un costo variable o semi variable.

Luego, se identificó la cobertura que se pretende alcanzar en cada intervención. La que indica el número de beneficiarios teniendo en cuenta la población objetivo. En ciertas intervenciones se supone que es necesario alcanzar el máximo nivel de cobertura técnicamente factible, como es el caso de las intervenciones de prevención de transmisión vertical de VIH y Sida o provisión de transfusiones de sangre segura. En otros casos, como la compra y distribución de preservativos por parte del sector público, la tasa de cobertura pretendida considera las tasas de uso observadas y los niveles de consumo privado de preservativos. Finalmente, a partir del gasto de cada estrategia de prevención de VIH y Sida seleccionada y la cantidad de personas asistidas por cada intervención se obtiene el costo unitario por intervención. La principal fuente de información de costos ha sido el Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. A través de él se obtuvo gran parte de la información requerida para el cálculo de los costos unitarios de las intervenciones seleccionadas. El cuadro siguiente muestra la estimación del costo unitario de cada una de las intervenciones seleccionadas. Los costos están expresados en pesos argentinos a precios corrientes.

Cuadro N° 1. Costo estimado de cada Intervención — Argentina – 2005

Intervenciones preventivas		Costo Unitario
1.	Fortalecimiento y ampliación de centros de consejería y testeo para VIH y Sífilis	20,0
2.	Prevención del VIH y Sida en adolescentes no escolarizados	1,3
3.	Prevención del VIH y Sida en adolescentes escolarizados	1,0
4.	Prevención del VIH y Sida en menores desprotegidos y en situación de calle	1,3
5.	Información y comunicación a población general/Dist. Gratuita de Condones	0,6
6.	Prevención de la transmisión vertical del VIH	7,5
7.	Prevención del VIH y Sida en TS	46,1
8.	Prevención del VIH y Sida en HSH	7,6
9.	Prevención del VIH y Sida en PPL	6,5
10.	Prevención transmisión sanguínea- Provisión Sangre Segura	8,8
11.	Programas de reducción de daños en usuarios de drogas inyectables	131,4
12.	Promover la consulta, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de las Infecciones de transmisión sexual	6,9
13.	Desarrollar Programas de Prevención Secundaria con PVVS*	5,5
14.	Promoción y defensa de los derechos humanos	1,3
15.	Prevención del VIH y Sida en grupos de trabajadores	1,3
16.	Prevención del VIH y Sida en población indígena	0,6
* Cancelada posteriormente por falta de datos		

Se detallan a continuación a modo de ejemplo, algunas de las intervenciones seleccionadas para mostrar los cálculos realizados según la metodología utilizada en el ejercicio.

Cuadro N° 2. Estimación de costos en \$ del Fortalecimiento y ampliación de centros de consejería y testeo para VIH y Sífilis — Argentina - 2005

Actividades	Cobertura poblacional	Costo Unitario	Costo Total
Capacitación a Centros Diagnóstico y Aconsejamiento	125 ¹	214,30 ²	26.786
Test diagnóstico (Test Elisa+VDRL)	37.500 ³	5,50	246.825
Test confirmatorio (Western Blot)	738 ⁴	114,00	84.412
Test confirmatorio sífilis (TPHA)	1.440	7,20	10.347
Distribución de preservativos	37.500	0,15	56.250
Difusión y comunicación de actividades (Trípticos)	750.000 ⁵	0,10	75.000
Monitoreo y Evaluación Continua ⁶	125 ²	514,30 ⁸	64.286
Aconsejamiento ⁷	37.500 ³	5,00 ⁷	187.500
Total	37.500	20,00	751.405

Notas

¹ Cantidad de CDA, se estiman 8 horas año de capacitación para cuatro integrantes de cada CDA. ² Costo anual capacitación por CDA (incluye honorarios del capacitador y gastos de movilidad). ³ Cantidad de voluntarios, Incluye 20% mas por descarte. ⁴ Se estima una tasa de prevalencia en voluntarios 1.93% (Año 2002). Fuente: PNLRH, SIDA y ETS. ⁵ Cantidad de folletos a distribuir: se estima 500 folletos por centro por mes. Además incluye difusión por medios de comunicación locales gratuitos. ⁶ Se estiman 36 horas por personal por CDA al año. ⁷ Costo unitario pre y post aconsejamiento. ⁸ Costo anual monitoreo y evaluación por CDA, ⁹ Aconsejamiento: 15 minutos del personal de salud por persona consultante

Cuadro N° 3. Estimación del costo en \$ de Prevención del VIH Y SIDA en adolescentes escolarizados según cobertura — Argentina – 2005

Actividades	Cobertura	Costo Unitario	Costo Total
Formación docentes enseñanza básica y media ¹	80.000	20,00 ²	1.600.000
Formación/fortalecimiento de grupos multiplicadores de pares en prevención VIH y Sida e ITS ³	40.000	20,00 ³	800.000
Difusión y comunicación de actividades (Tríptico) ⁴	5.093.373 ⁵	0,10	509.337
Monitoreo y evaluación ⁶	40.000 ²	6,40 ⁷	256.000
Campaña en medios ⁸	5.093.373		3.602.300
Total	5.093.373	1,3	6.767.637

Notas

¹ En base a 4 encuentros de 2hs c/u con cada equipo, capacitando a dos docentes por establecimiento educacional. ² Costo anual capacitación por docente y/o grupo multiplicador, incluye bibliografía, honorarios capacitador y gastos de movilidad. ³ Un grupo multiplicador por cada establecimiento, se estiman 4 encuentros de 2 hs c/u. ⁴ Se estimó distribuir un folleto por adolescente. ⁵ Jóvenes de 10 a 19 años según censo que concurren a escuelas públicas y privadas, se descontaron los adolescentes que se encuentran en poblaciones específicas, como HSH, TS y otras. ⁶ Se estima un encuentro anual de dos horas con cada grupo, 20 docentes por reunión de supervisión. ⁷ Costo anual de monitoreo y evaluación por persona. ⁸ Incluye TV abierta y cable, Vía Pública, Radio, Medios Alternativos, Internet, Promociones.

Cuadro N° 4. Estimación del costo en \$ de Prevención de la transmisión vertical del VIH según cobertura — Argentina – 2005			
Actividades	Cobertura	Costo Unitario	Costo Total
Capacitación y talleres para personal de salud ¹	1.927 2	28,60 3	55.057
Test de tamizaje y confirmatorio ⁴	694.684 5	6,90	4.789.085
Test rápido	104.203 6	9,00	937.823
Profilaxis ⁷	2.757 8	511,00	1.408.215
Provisión de leche RN de madre con VIH ⁹	2.757 8	354,00	975.803
Test diagnóstico virológico pediátrico ¹⁰	2.757 8	360,00	992.342
Test de resistencia	276	300,00	82.695
Recuento de CD4 ¹¹	2.757 8	60,00	165.390
Determinación carga viral ¹²	2.757 8	480,00	1.323.123
Monitoreo y evaluación ¹³	34 4	114,40 14	3.890
Campaña en medios 15	5.887.028 1		2.166.300
Total	1.389.368	7,7	10.733.424

Notas

¹ Se estimaron dos encuentros de 2hs c/u con integrantes de equipos de perinatología. ² Número de talleres. ³ Costo unitario taller, solo incluye honorarios capacitador. ⁴ Se utilizara Elisa o Aglutinación de partículas, según equipamiento de los laboratorios y se estima 0,31% de WB de acuerdo a prevalencia de VIH en embarazadas año 2003 (PNS). ⁵ Cantidad de partos en establecimientos públicos y privados. ⁶ Se estima un 15% de embarazadas llegan al parto sin control adecuado según datos de la Ciudad de Buenos Aires. ⁷ Incluye medicamentos combinados para la madre en el embarazo y parto y el niño. ⁸ Prevalencia de VIH en embarazadas año 2003 (PNS) 0.31%, se agrega un 28% por la diferencia en el momento del parto. ⁹ Se considera 4 Kg. promedio por niño por mes durante 6 meses + inhibidor de la lactancia a la madre: (2 comprimidos en total). ¹⁰ Se estiman tres PCR por niño para descartar o confirmar diagnóstico de infección. ¹¹ Dos determinaciones de CD4 por mujer embarazada VIH+. ¹² Dos determinaciones de carga viral por mujer embarazada VIH+. ¹³ Se estiman cuatro encuentros anuales por equipo (dos horas). ¹⁴ Costo anual de monitoreo y supervisión por equipo. ¹⁵ Incluye TV Abierta y Cable, Vía Pública, Radio, Medios Alternativos, Grafica, Promociones

Consideraciones

Determinar los gastos de las distintas actividades permite calcular programas, servicios, eficacia clínica y reasignaciones. Conocer la metodología del cálculo y la trascendencia de los costos, enfatizaría áreas como una comunicación eficaz para la prevención y permitiría comprender la necesidad de integrar y coordinar espacios para una política que mejore el uso de los recursos y aumente el acceso a la prevención y el cuidado del VIH por parte de la población. El proyecto constituyó una experiencia a nivel nacional que reunió en una misma actividad información epidemiológica, de prevención, de gestión y de costos, constituyendo así un instrumento integrado para la mesa de discusión en la planificación de estrategias y acciones futuras en prevención, sin desligar la importancia del trabajo en forma conjunta de la prevención y asistencia para lograr disminuir la incidencia de VIH y Sida.

El presente trabajo propone un análisis de costo efectividad y permite determinar de forma indirecta el número de posibles infecciones de VIH que se prevendrían con las acciones que se desarrollan actualmente, como así también cuantas infecciones por VIH se pueden prevenir ampliando y/o fortaleciendo el abanico de intervenciones. Para tomar decisiones en base al modelo, es claro que deben tenerse en cuenta varios factores que no están en este artículo desarrollados. Entre otros: las características de la epidemia en la Argentina, los cálculos de incidencias y prevalencias en los diferentes grupos, las proporciones de las poblaciones que pueden ser alcanzadas por cada intervención y la efectividad de las mismas, o sea, el número de nuevas infecciones que se pueden evitar con la implementación de estrategias de prevención, teniendo en cuenta además las sinergias que existen cuando se implementan varias acciones en forma conjunta. Quizás los resultados del modelo

pueden ser útiles para la identificación de aquellas intervenciones que necesariamente tendrían que ser financiadas por su alto impacto sobre la epidemia. Esto implica reservar un mínimo de financiamiento para las intervenciones más costo efectivas y financiar aquellas intervenciones que tendrán mayor impacto a mediano y largo plazo, como aquellas dirigidas a los adolescentes, a la prevención de la transmisión vertical y a la provisión de sangre segura. Este estudio es un punto de partida práctico para reflexionar sobre cuestiones programáticas y de políticas y lograr un entendimiento compartido de los problemas que surgen al aumentar la escala de las estrategias. Es evidente la necesidad de contar con una mayor cantidad y calidad de datos que permitan aportar al estado de conocimientos con el objetivo de brindar una respuesta más aceptable y efectiva a los problemas planteados en referencia a la epidemia de VIH y Sida, las ITS y al contexto en que la misma se inscribe.

Bibliografía

1. El Modelo ABC: Optimizing the allocation of resources among HIV prevention interventions in Honduras. The World Bank. Washington DC, June 28, 2002.
2. VIH Y SIDA en Centroamérica: La Epidemia y Prioridades para su Prevención, Programa Global de VIH Y SIDA. Banco Mundial, Septiembre 2003.
3. Estrategias para una respuesta amplia e integral (ECR) a una epidemia nacional del VIH y Sida. Family Health International. Implementing AIDS prevention and Care Project. Año 2003.
4. Informe sobre la epidemia mundial del Sida. ONUSIDA, Ginebra. 2004.
5. HIV/AIDS in Latin American Countries. The challenges ahead. Anabella García Abreu, Isabel Noguer, Karen Cowgill. The World Bank, Washington D. C. 2003.
6. Recursos necesarios para hacer frente al VIH y Sida. BID. Washington DC. septiembre 2002.
7. "Sistemas de información de respuestas nacionales contra el Sida: indicadores financieros". Argentina, Ministerio de Salud de la Nación / SIDALAC / ONUSIDA / Fundación Mexicana para la Salud / Comisión Europea. 1999 – 2000.
8. "Sistemas de información de respuestas nacionales contra el Sida: indicadores financieros". Argentina, Ministerio de Salud de la Nación-SIDALAC-Fundación Mexicana para la Salud-Comisión Europea. 2001 - 2002.
9. "Estudio Nacional sobre sustancias adictivas". Secretaría de Programas para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Buenos Aires. Noviembre 1999.
10. "Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH". Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Ministerio de Salud. Argentina. Mayo 2002.
11. "Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes". Coordinación Sida. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Octubre 2002.
12. "Guía de manejo de las infecciones de transmisión sexual". Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Ministerio de Salud. Argentina. Mayo 2004.
13. "Actitudes, información, y conductas en relación con el VIH y Sida en la población general. Línea de base", Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Instituto Gino Germani. Buenos Aires. Mayo 2004.
14. "Recomendaciones de tratamiento antirretroviral en pediatría". Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Ministerio de Salud. Argentina. Marzo 2004.
15. "Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia". ONUSIDA. Colección Buenas Prácticas. Julio 1998.
16. "Boletín sobre el Sida en la Argentina". Programa Nacional de Lucha contra los RH, Sida y ETS. Octubre 2003.
17. "InfoSida 3". Número 3. Publicación de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Octubre 2003.
18. "Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para mujeres embarazadas en países con alta prevalencia del VIH". ONUSIDA. 2000.
19. "HIV/AIDS Stigma and Discrimination: an anthropological Approach. UNESCO/ UNAIDS research project: A cultural approach to HIV/AIDS". Prevention and Care. Studies and Reports, issue nº 20. UNESCO. 2003.
20. "Derechos Humanos y acceso a tratamiento para VIH y Sida. Estudios de caso sobre Derechos Humanos". LACASSO – ONUSIDA. Julio 1999.
21. AIM Version 4. A Computer Program for Making HIV/AIDS. Projections and Examining the Social and Economic Impacts of AIDS. Spectrum System of Policy Models. The Policy Project. Spectrum. By John Stover. www.unaids.org
22. "Education and HIV/AIDS. A window of Hope". The World Bank. Washington DC. USA. 2002.
23. "Handbook of Indicators for HIV/AIDS/STI Programs". First Edition. USAID. Washington. March 2000.
24. "Condoms and seat belts: The parallels and the lessons", Richens; Imrieet; Copas - The Lancet; Jan 29, 2000; 355, 9201; ProQuest Medical Library. pg. 400.
25. "Curso de planificación Programas Nacionales de Sida". Serie 1 al 11. Programa Mundial del Sida. OPS/OMS. Enero 1995.
26. "Plan Estratégico en VIH y Sida y ETS 2000-2003". Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Unidad Coordinadora Ejecutora VIH y Sida y ETS. Buenos Aires. 2001.
27. "Guía Clínica para la atención de las personas que viven con VIH y Sida". Comisión Nacional de Sida. Ministerio de Salud. Santiago Chile. Octubre 2001.
28. "Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias. Una revisión global de las ventajas y dificultades". ONUSIDA. Ginebra. 2002.
29. "Cárceles y VIH y Sida. Avances en la prevención y en el mejoramiento

de la asistencia en VIH y Sida en cárceles de Argentina". ONUSIDA. Ginebra. 2004.

30. "Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas". Manual para profesionales de la salud. Agencia Española de Cooperación Internacional. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. OPS. 2004.
31. "Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. King Holmes, Ruth Levine,

Marcia Weaver. Public Health Reviews. 2004.

32. "Cambio en el Uso Inyectable de Drogas en Buenos Aires (1998-2003)". Ministerio de Salud y Ambiente Argentina / Intercambio / ONUDD / ONUSIDA. 2004.
33. "Límites y posibilidades del estudio de los impactos de las políticas públicas relativas a la epidemia de VIH Y SIDA: Estudio de Caso sobre Derechos Humanos", Brasil. LA-CASSO / ONUSIDA 1999.
34. "Manual para Legisladores sobre

VIH Y SIDA, Leyes y Derechos Humanos". ONUSIDA / IPU. 1999.

35. "Programa de Prevención y control de la infección por VIH en el medio Penitenciario", Ministerio del Interior / Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2001.
36. Instrumento de Asignación de Recursos para la Prevención del VIH Y SIDA. El Modelo START de Asignación por Costo Efectividad (Allocation By Cost- Effectiveness) en Argentina. Informe Previo al Taller de Consenso.

HUMOR



Um Mundo.
Uma luta.One world.
One fight.

PRESENTACIÓN

Del 21 al 24 de enero del 2006 en Caracas, Venezuela, previo al Foro Mundial Social, un grupo de activistas y representantes de ONG's con trabajo en VIH/SIDA se reunieron en el Barrio de Chacao, Caracas, Venezuela en la Primera Jornada de Formación Política sobre Propiedad Intelectual y Acceso a Medicamentos.

Como resultado de esta jornada los asistentes elaboraron esta declaración, que se difundió en el Foro Social Mundial y también se circuló entre personas y organizaciones de la región para que quienes compar-

ten las ideas expresadas en ella, la acompañen con su firma. La declaración señala los problemas más importantes que las normas y mecanismos de comercio internacional plantean a los países pobres no desarrollados para que las PVVS tengan acceso a los medicamentos antirretrovirales. También indica algunas las líneas de monitoreo que los representantes de organizaciones de la sociedad civil pueden transitar para que se logre el acceso al tratamiento para todos los que lo necesitan. Para mayor información pueden visitar la web: www.umul.com.br

DECLARACIÓN DE CHACAO SALUD NO ES COMERCIO “UN MUNDO, UNA LUCHA”

Reafirmando que la Salud no es comercio, que es un derecho humano fundamental inalienable, bien de toda la ciudadanía, sin ningún tipo de discriminación, siendo parte de las obligaciones de los Estados, en el contexto de los acuerdos, tratados, convenios y declaraciones internacionales, especialmente el *Pacto sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales*, las *Metas de Desarrollo del Milenio* y la *Declaración de Compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA*

Afirmando que las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA, las personas viviendo con VIH/SIDA y las y los activistas han tenido y tienen una participación crucial, clave en el desarrollo, la implementación y la vigilancia de las respuestas nacionales y regionales de SIDA y particularmente, en la lucha por el acceso universal a tratamientos.

Ante el grave aumento de la pobreza y las desigualdades, que afectan especialmente a poblaciones en mayor vulnerabilidad tales como: mujeres, niños y niñas, adolescentes, jóvenes, homosexuales, trabajadores/as del sexo comercial, usuarios/as de dro-

gas, inmigrantes, poblaciones móviles, pueblos originarios y personas privadas de su libertad; en el contexto del impacto sostenido del crecimiento de la epidemia, la movilidad de nuestras poblaciones entre y fuera de nuestros países y allende las fronteras regionales.

Constatando que los mecanismos y normas del comercio internacional continúan dominados por los intereses de los países ricos en detrimento del desarrollo de los países pobres y con economías en transición, que afectan considerablemente la producción, comercialización de productos e insumos para la salud y específicamente para el VIH/SIDA, limitando la capacidad de nuestros países de lograr el compromiso de acceso universal.

Verificando que mecanismos como la transferencia de tecnología, las importaciones paralelas, las licencias obligatorias, y demás flexibilizaciones ratificadas en el *Acuerdo sobre ADPIC*¹ y *Salud Pública (Declaración de DOHA)*², así como la producción

¹ Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio

² 2001

nacional de medicamentos e insumos de calidad por el sistema público y/o privado son soluciones viables para el logro del acceso universal.

Fundamentados en los Derechos Humanos

1. Denunciamos el impacto negativo de las políticas del comercio internacional que mantienen la inequidad en el acceso a la salud como Derecho Humano fundamental.
2. Demandamos políticas de producción nacional y regional, tanto públicas como privadas, de medicamentos de calidad certificada, que permitan la reducción de costos para alcanzar el acceso universal en el marco de la libre competencia.
3. Solicitamos políticas industriales que estimulen la existencia de empresas socialmente responsables, que comercialicen con precios equitativos y justos, facilitando el acceso universal.
4. Exigimos que la sociedad civil participe libremente en la formulación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas que se relacionan con el acceso universal.
5. Demandamos la articulación eficiente entre los diversos sectores gubernamentales que intervienen en la definición e implementación de políticas públicas vinculadas al acceso universal.
6. Exigimos la sanción e implementación de nuevas leyes o reformas para limitar el impacto de la propiedad intelectual y las normas de comercio internacional que amenazan y violentan el derecho a la salud, y consecuentemente el acceso universal a los medicamentos y los insumos para la salud.

Chacao (Caracas), 24 de Enero de 2006

Alessandra Nilo, GESTOS, Brasil; Álvaro Miguel Rivera Linares, PVVS, Colombia; Aroldo Enrique Pinedo Lanao, REDLA+ Colombia, Colombia; Arturo Vázquez Razo, CFIAM México, Aurea Celeste Abbade, GAPA SP, Brasil; Carlos Fabián Betancourt, Activista, Colombia; Carlos García de León Moreno, Ave de México/LAC MSM Task Force, México; Carlúcio Albuquerque, RNP+ Ceará, Brasil; César Jesús Alva Chacon, Union de Grupos de Ayuda Mutua, Perú; Darío Abarca, Coalición Ecuatoriana de PVVS (CEPVVS), Ecuador; Edgar Carrasco, ACCSI, Venezuela; Edson Axé, Grupo Gay de Pernambuco, Brasil; Enrique Chávez, AID FOR AIDS International, Estados Unidos; Fernando Silva, Activista, Brasil; Flor de María Alvarado Ramírez, ICW-LAC NIC / ASONVIHSIDA, Nicaragua; Francisco Vidal, VIVOPOSITIVO, Chile; Germán Holguín, Misión Salud, Colombia; Guadalupe Romero Rossi, PROMESA, Paraguay; Hazel Fonseca Navarro, XOCHQUETZAL, Nicaragua; Héctor Gabriel Muñoz, ASODIVIHSIDA Nicaragua; Helena Edilia Lima, GAPA/SC, Brasil; Heriberto Mejia Mercado, FUNDARVI, Colombia; Jair Brandão de Moura Filho, Activista, Brasil; Javier Leonardo Varon, Activista, Colombia; Javier Rossell, Solas y Unidas, Perú; Jhon Gutiérrez Guerrero, VÍA LIBRE, Perú; José Carlos Veloso, GAPA SP, Brasil; Juan J. Carabajal, Proyecto ACCODSAL, Argentina; Juan Osório Castillo, Asociación VIHDARTE, Perú; Julio Palma Gándara, CAPVIH, Chile; Lorenzo Vargas Cornejo, INTILLA ASOC. CIVIL, Argentina; Luisa Fernanda Ponce D'Leon, Activista, Colombia; Mabel Bianco, FEIM, Argentina; Marco Becerra Silva, SIDACCIÓN, Chile; Miguel Ángel Ariza, Grupo Génesis Panamá+, Panamá; Miguel Cortes, IFARMA, Colombia; Nelía de Almeida, Activista, Brasil; Patricia Werlang, GAPA/RS, Brasil; Roni Lima, ALIA, Brasil; Rosario Viana, ASEPO, Uruguay; Rubén Pecchio, Grupo Génesis Panamá+, Panamá; Sandra Peri, GAPA/RS, Brasil; Sergio Montealegre, ASOCIACIÓN ATLACATL, El Salvador; Silvia Barbaran Mafaldo, LAZOS DE VIDA, Perú; Sonia Borja, SOLAS Y UNIDAS, Perú; Sonia Parodi Arias, GAM Amistad – Via Libre, Perú; Thania Arruda, GAPA/DF, Brasil; Tomas Sinchi Contreras, GAM Amistad, Perú; Tomie Helena Kavakami Activista, Brasil.

Para más información visitar: www.umul.com.br

CON LAS MUJERES DE TODO EL MUNDO, UN PACTO PARA ERRADICAR EL VIH/SIDA

Introducción

En noviembre 2005 la Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres –IWHC–, organización internacional que trabaja por la Salud de las Mujeres basada en Nueva York, organizó un Grupo de Trabajo internacional con mujeres que trabajan en el tema desde la perspectiva de género, salud sexual y reproductiva, derechos humanos, violencia contra la mujer, y que viven con VIH y Sida, para considerar el tema. Como resultado de los tres días de análisis y discusión se elaboró este documento que resume los

puntos centrales y críticos respecto a como enfrentar el tema para ser exitosos.

Se recogieron firmas de organizaciones internacionales, regionales y nacionales y es un documento que se presenta con motivo de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas de Seguimiento de la Declaración de Compromiso frente al VIH y Sida aprobada por los gobiernos de todo el mundo en junio del 2001 en Naciones Unidas en Nueva York. Para mayor información pueden visitar la página: <http://www.iwhc.org/withwomenworldwide/compact.cfm>

CON LAS MUJERES DE TODO EL MUNDO UN PACTO PARA ERRADICAR EL VIH/SIDA Marzo 2006

Los derechos sexuales y reproductivos son una prioridad crucial en las políticas, la programación y asignación de recursos para el VIH/SIDA, aunque descuidada. La falta de protección de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, incluidos sus derechos a la salud y a una vida libre de coerción y violencia, alimenta la pandemia. A fin de erradicarla, son esenciales el acceso universal a servicios y educación en materia de salud sexual y reproductiva, así como la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

Se reconoce ampliamente que las tasas de infección por VIH están aumentando en las mujeres en todas las regiones del mundo y que esas tasas a menudo son más elevadas en niñas y mujeres que en hombres. Las mujeres, en especial las jóvenes y las niñas, son vulnerables debido a que se les niegan y descuidan sus derechos, la inequidad de género, los factores sociales, culturales y económicos, la violencia persistente y las características biológicas.

El empoderamiento de niñas y mujeres debe estar en el centro de una respuesta multisectorial a la pandemia global. En lo referido en particular a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, hacemos un llamado a tomadores de decisiones en el ámbito del VIH/SIDA a todos los niveles para:

1. Redefinir el “alto riesgo”: Reconocer que las mujeres, especialmente las jóvenes y las niñas, se encuentran en grave riesgo y que todas las mujeres tienen el derecho a acceder a consejería y pruebas voluntarias confidenciales y a tratamiento, cuidados y apoyo como parte de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

2. Expandir la toma de decisiones: Asegurar que las mujeres que están infectadas por el VIH/SIDA y aquellas afectadas por la pandemia, como también las/os defensoras/es de la salud y los derechos de las mujeres, participen plenamente en la toma de decisiones, en especial a los niveles más altos, de manera que tales

decisiones reflejen las realidades y necesidades de las mujeres.

3. Ejercer liderazgo: Priorizar, en palabras y acciones concretas, la reducción del riesgo y la carga del VIH/SIDA para las mujeres y las niñas, a través de la protección de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye promover políticas y leyes contra la discriminación y la violencia sexual.

4. Invertir fondos específicos para el VIH: Asignar recursos significativamente superiores a servicios y educación en materia de salud que protejan y empoderen a mujeres y niñas, y monitorear el uso de los mismos, incluyendo:

- **Servicios integrales de salud sexual y reproductiva** accesibles a todas las mujeres, con capacidad de prestar servicios de prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), consejería, pruebas, cuidados y tratamiento (o de referencia);
- **Acceso universal a condones femeninos subsidiados** y a condones masculinos, como también desarrollo y diseminación de **microbicidas** y otras tecnologías preventivas iniciadas por mujeres, además de vacunas;
- **Educación integral sobre la sexualidad** que promueva los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género y el desarrollo de habilidades, además de información completa y veraz, para cada niña, niño y adolescente dentro y fuera de las escuelas.

5. Fortalecer los programas de VIH/SIDA: Proteger la salud y los derechos de todas las mujeres a través de programas de VIH/SIDA:

- Asegurar el acceso de las mujeres a consejería y pruebas voluntarias confidenciales, incluyendo apoyo a la decisión de no realizarse una prueba; brindar protección contra la violencia, el estigma y la discriminación que pueden resultar tras conocerse la condición serológica;
- Asegurarles a todas las mujeres y las niñas un acceso equitativo y sostenido a tratamiento del VIH/SIDA y las infecciones oportunistas, el cual debe ser apropiado a su edad, salud y estado nutricional, con plena protección de sus derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos; incrementar la investigación y el desarrollo a un tratamiento adecuado para diversas edades y ras- trear el acceso a tratamiento por edad, sexo y continuidad de los cuidados;
- Incrementar y utilizar fondos destinados a cuidados

y apoyo a fin de reducir la carga desproporcionada de cuidados que sobrellevan las mujeres.

- Brindar apoyo al empoderamiento económico de las mujeres para reducir su vulnerabilidad.

La Revisión 2006 de la Declaración de Compromisos sobre el VIH/SIDA de 2001 es una oportunidad clave para que la comunidad internacional incorpore esta agenda de prioridades conforme nos esforzamos por lograr la meta, acordada a nivel internacional, de acceso universal a prevención, tratamiento y cuidados.

Firmas: Aahung (Páakistan); ABIA (Brasil); ACAFEM (Camerún); ACeS (Argentina); ActionAid International; Action Canada for Population and; Development (ACPD); Action Health Incorporated (AHI, Nigeria); ACT-UP DRASE HELLAS (Grecia); Adolescence Idée Action (AIA, Camerún); Adolescent Health and Information; Project (AHIP, Nigeria); Advocates for Youth; African Federation for Sexual Health; and Rights (AFSHR, red regional); African Microbicides Advocacy Group; (AMAG); African Services Committee; African Women's Development Fund; African Women's Millennium Initiative; on Poverty and Human Rights (AWOMI); Africa Regional Sexuality Resource; Center (ARSRC); AHPN (Reino Unido); Aid for AIDS; AIDOS (Italia); AIDS Alliance for Children, Youth & Families; AIDS and Rights Alliance for Southern; Africa; AIDS Bereavement Project of Ontario; AIDS Cell (India); AIDS Foundation of Chicago; AIDS Treatment Activists Coalition; (Estados Unidos); AIDS Vaccine Advocacy Coalition; Ain O Salish Kendra (Bangladesh); AITANA (Rusia); Alaturi de Voi (Close to You); Foundation (Rumanía); Alliance for Microbicide Development; Alliance Rights (Nigeria); ALUD Tucumán (Argentina); Amanitare (red regional); American Institute for Health Research; amfAR, The Foundation for AIDS Research; Amnesty International (global); Area de Estudios de Genero de; FLACSO (Chile); Aseer Foundation (Páakistan); Asian Pacific Resource and Research; Centre for Women (ARROW); Asia Pacific Alliance (APA); Asociación Alas de Cordoba (Argentina); Asociación Argentina de Educadores es Sexuales; Asociación Argentina de Sexualidad; Humana (AASH); Asociación de Lucha Por una Mejor; Calidad de Vida (A.Lu.Vi., Argentina); Asociación Mujeres Meretrices de la Republica Argentina (AMMAR); Association de Lutte Contre les Violences; Faites aux Femmes (ALVF, Camerún); Association des Amis Solidaires MERO; (AASM); Association for Women's Rights in; Development (AWID); Association Tunisienne des Femmes; Democrats (ATFD, Túnez); ASTRA - Central and Eastern European; Women's Network for Sexual and; Reproductive Health and Rights; ATHENA; BAOBAB for Women's Human Rights; (Nigeria); Bar Hostess Program; Blueprint for Action on Women and; HIV/AIDS; Breakthrough; Building Human Rights; Culture; British Columbia

Persons with AIDS; Society (BCPWA); Business Women's Initiative Against; HIV/AIDS (Estados Unidos); Cairde (Irlanda); Calabar International Institute; for Research, Information and; Documentation/Conscientizing Male; Adolescents (CIINSTRID/CMA, Nigeria); The Campaign Against Unwanted; Pregnancy (CAUP, Nigeria); Canadian HIV/AIDS Legal Network; Canadian Treatment Action Council (CTAC); CARE (global); CARE Canada; Cátedra Sociología de la Salud, FCS.; UBA (Argentina); Catholics for a Free Choice; Center for Health and Gender Equity; (CHANGE); Center for Reproductive Rights; Center for Research on Reproductive; Health of Campinas (CEMICAMP, Brasil); Center for Women's Global Leadership; Centre for Development and; Population Activities (CEDPA); Centre for Health Education.; Prevention and Research (CHEPAR.; Costa de Marfil); Charities Aid Foundation, Russia; Representative Office (CAF, Rusia); Choice for Youth and Sexuality (Países; Bajos); Citizen Action Against AIDS (ACCSI.; Venezuela); CLADEM (red regional); The Coalition for Sexual and Bodily; Rights in Muslim Societies; Community Education Group; Community HIV/AIDS Mobilization; Project (CHAMP); Community Life Project (CLP, Nigeria); Concern Worldwide Horn of Africa Region; CREA; Desiree Alliance; Development Alternatives with Women; for a New Era (DAWN); EAWM (Austria); Egyptian Initiative for Personal Rights; Encuentro de Ong's con Trabajo en; VIH/Sida de Córdoba (Argentina); European AIDS Treatment Group; (EATG, Bélgica); European Women's Lobby; Family Care International (FCI); Family Planning International; Development (FPAID, Nueva Zelanda); F.A.P. VIH Positivo (Argentina); Federation for Women and Family; Planning (Polonia); The Female Health Company (FHC.; Estados Unidos); The Female Health Foundation (FHF.; Estados Unidos); Femmes Développement Santé (FESADE); Fenway Community Health (Estados; Unidos); FHI/IMPACT Cambodia; Foundation for Integrative AIDS; Research (FIAR, Estados Unidos); Foundation for Study and Research on Women –FEIM- (Argentina); French Movement for Family Planning; Friendly Islands Human Rights and; Democracy Movement, Inc.; Fundación Buenos Aires Sida (FBAS); Fundación Crisanto (Argentina); Fundación Descida—Prevención y; Asistencia Médico-Psicológica y Legal; en VIH/Sida (Argentina); Fundación Habitar (Argentina); Fundación Instituto de la Mujer (Chile); Fundación Zoe Centro (Argentina); GAYa NUSANTARA Foundation; Gay Men's Health Crisis (GMHC); Gestos (Brasil); Girls' Power Initiative (Nigeria); Global AIDS Alliance; Global Business Coalition on HIV/AIDS; (GBC); Global Campaign for Microbicides; Global Harmony (India); Global Health Council; Global Network of People Living with; HIV/AIDS (GNP+); Gram Bharati Samiti (GBS, India); Grameen Swapna (Bangladesh); Guttmacher Institute (Estados Unidos); Health for All (Rusia); Health Global Access Project (Health; GAP, Estados Unidos);

Healthpartners (Kenia); Hesperian Foundation; Homosexual Argentinean Community; (CHA); Housing Works; Humana People to People India; Human Rights Watch (HRW); Ibis Reproductive Health; International Council on AIDS Organizations (ICASO); IDENTIDAD XQ28 (Argentina); IGLHRC; INCRESE; Instituto Centro Americano de la Salud; (ICAS, Nicaragua); Interact Worldwide; Intercambios Asociación Civil (Argentina); International AIDS Vaccine Initiative (IAVI); International AIDS Women's Caucus (IAWC); International Center for Research on; Women; International Community of Women Living with AIDS (ICW); International Lesbian and Gay; Association (ILGA); International Partnership for; Microbicides; International Planned Parenthood; Federation (IPPF); International Women's Health Coalition; Intersect Coalitions (India); Intersect Coalitions (Sudáfrica); Intersect Worldwide (Estados Unidos); Intilla Asociación Civil (Argentina); Ipas; Isis Internacional (Chile); Isis International (Manila); John Mordaunt Trust (Reino Unido); JOICP (Japón); KAIPPG International; KAIPPG Kenya; Kenya AIDS NGOs Consortium (KANCO); LACCASO; Latin America and Caribbean Women's; Health Network (LACWHN); Malaysian AIDS Council; Mangrove Support Group (China); Margaret Sanger Center International; Marie Stopes International; Marie Stopes International Pacific; Mujer y Salud en Uruguay; Muleide (Mozambique); Name Centre for Environment.; Preventive Health Care and; Counselling (CEPHAC, Zimbabwe); Namibia Parliamentarians for Women's; Health; Naripokkho (Bangladesh); National Council of Jewish Women (NCJW); The Naz Foundation (India) Trust; Network of Asia Pacific Youth (NAPY); Network Women in Development; Europe (WIDE); The New Woman Foundation (Egipto); Nexo A.C. (Argentina); ONG Internares (Argentina); Open Society Institute; Organización Familiares Enfrentando; al Sida (O.F.E.S., Argentina); OTYO! (A Sigh of Relief, Uganda); Pakistan National AIDS Consortium; pamojahopecare +(FBO) (Kenia); Parivartan (India); Parliamentarians for Women's Health; (Botsuana); PATH; Pathfinder International; PILIPINA Legal Resources Center; (Filipinas); Population Action International; Population Institute; Positive Women Leaders of Uganda; (POWL-U); Positive Women Network (India); Positive Women of Hope Organization; (Camboya); RAINBO; Realizing Rights: The Ethical; Globalization Initiative; Red Argentina de Mujeres Viviendo; con VIH-sida (Argentina); REDLA+; REDLAC; REDNAC (Argentina); Religious Institute on Sexual Morality.; Justice and Healing; REPEM (red regional); Rutgers Nisso Groep (Países Bajos); Rwanda Women's Network; SANGRAM (India); SANSAD (red regional); Satavahana Development Society; (SDS, India); Senim (Kazakhstan); Servicios Integrales para la Mujer—SI; Mujer (Nicaragua); Sexuality Information and Education; Council of the U.S. (SIECUS); Shen Yang Ai Zhi Yuan Zhu Center

for; Health and Education (China); Shirkat Gah Women's Resource Center; (Pakistán); Sisters in Islam (Malasia); Society for Women and AIDS in Africa; Cameroun Chapter (SWAAC, Camerún); S.Se.R.en el Sur (Argentina); Stichting Marieke Bevelanderhuis; Student Campaign for Child Survival; The Noah's Ark—Red Cross Foundation; The Swedish Association for Sex; Education (RFSU); Talking About Reproductive and; Sexual Health Issues (TARSHI, India); Tanzania Network of Women Living; with HIV and AIDS; TAPWAK (Kenia); Thai Women and HIV/AIDS Task Force; Title II Community AIDS National; Network (TII CANN); Treatment Action Campaign (TAC; Sudáfrica); Trinidad and Tobago HIV/AIDS Alliance; Tshwane University of Technology, HIV Institutional; Programme (Sudáfrica); Turning Point Foundation (India); Uganda Treatment Access Movement; United Nations Foundation; Usana Research and Development;

(Sudáfrica); Venezuelan Network of Positive People; (RVG+); Vision (Pakistán); VSO (internacional); The Well Project; WISH (Women's Initiative to Stop HIV)-; NY of the Legal Action Center; Women Fighting AIDS in Kenya; Women for Women's Human Rights—; New Ways (Turquía); Women Organization for Rural; Development Networking (WORDNET); Women's Edge Coalition; Women's Environment and; Development Organization (WEDO); Women's Health and Rights Advocacy; Partnership (WHRAP); Women's Health Foundation (Indonesia); Women's Initiatives (WINS, India); Women's Support Group (Sri Lanka); Woodhull Freedom Foundation; World AIDS Campaign; World Population Foundation; World YWCA; YKP (Indonesia); Young Activists Against AIDS (YA3); Organization (Ghana); Young Women's Leadership Institute; (Kenia); Youth Coalition (global). ♦

HUMOR



EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS...*(viene de pág. 8)*

como los antirretrovirales para el VIH/SIDA. Este argumento es en parte cierto, pero no da toda la perspectiva de la cuestión. En primer lugar, las compañías farmacéuticas obtienen la mayor parte de las ganancias en el mundo industrializado. En 2002, las ventas en Norteamérica, Europa Occidental, Japón, Australia y Asia representaron aproximadamente el 79% de los ingresos de la industria. América Latina y el Caribe aportaron un 7,5%. En otras palabras, un cambio de los medicamentos patentados a los genéricos en el mundo en desarrollo significaría una pérdida pequeña para la industria farmacéutica. En segundo lugar, la investigación farmacéutica con fines de lucro se concentra cada vez más en medicamentos para los padecimientos relacionados con los «modos de vida», y menos en el tratamiento de enfermedades graves. Muchas de las primeras, como la disfunción eréctil o el envejecimiento de la piel, no ponen en peligro la vida, mientras que otras, como la obesidad y el tabaquismo, representan amenazas para la vida sólo con el transcurso del tiempo y, para tratarlas, hay remedios alternativos como la alimentación adecuada y las modificaciones en el comportamiento. En tercer término, gran parte de las principales investigaciones sobre enfermedades que amenazan la vida, como el VIH/sida, se realizan en instituciones públicas y con dinero del estado. Son muy pocas las investigaciones que la industria farmacéutica dedica a las enfermedades que sólo afectan a ciertas poblaciones, como el mal de Chagas, o que afectan sobre todo al mundo en desarrollo, como la tuberculosis. **Y la mayoría de sus costos se trasladan a los consumidores.**

Ya que los consumidores y el estado sufragan la mayor parte de los costos de la investigación, la industria tiene muy poco que perder, y es probable que se beneficie si aumenta el otorgamiento de licencias obligatorias para el uso de un país o para exportación. **Las licencias obligatorias no perjudican al dueño de la patente, pues recibe una regalía por cada producto vendido.** El aumento en las ventas de medicamentos significa más ingresos para el dueño de la patente, independientemente de quién sea el fabricante. Un medicamento patentado que se vende a un precio alto porque tiene el monopolio del mercado genera menos ingresos para el dueño de la patente que varias versiones del mismo medicamento producido bajo licencia y vendido a precios competitivos. La industria farma-

céutica reconoce que los precios altos restringen las ventas y que el volumen genera ingresos, y ha tratado de resolver esta cuestión pero sin ceder el control absoluto de sus patentes. Las soluciones que ha propuesto son las donaciones o los precios reducidos — que ya se ofrecen a muchos países— y las licencias voluntarias, por las que se otorga licencia de fabricación a terceros. Pero estas «soluciones» presentan sus propios problemas. En primer lugar, dependen de la buena voluntad del donante, siempre menor que su necesidad de vender medicamentos. También podrían significar una carga más para el sistema de salud pública, ya que suponen personal para administrar diferentes sistemas de pagos. Lo más probable es que el número de pacientes y las regiones geográficas que se beneficien sean limitados, y que las necesidades no sean el factor decisivo.

Estas soluciones no ideales pueden mostrar a la industria farmacéutica como generosa, pero la realidad es que aún hay millones de pacientes sin acceso a medicamentos antirretrovirales y otras drogas patentadas. Cabe decir que el público general se ha beneficiado realmente sólo en muy pocos países como Brasil, donde los gobiernos han amenazado con licencias obligatorias y la industria se ha visto forzada a competir al mismo nivel con los fabricantes de medicamentos genéricos.

La industria aduce que la reducción significativa de precios en el mundo en desarrollo llevará al mundo desarrollado a solicitar reducciones en los precios de los productos. Es poco probable que esto se convierta en un problema. Los usuarios del transporte público en Nueva York no reclaman pagar la misma tarifa que en el metro de Santiago, ni los bebedores de cerveza londinenses insisten en pagar los precios de Bangkok. Es poco probable que los pacientes del mundo desarrollado cuyas medicinas están subsidiadas o pagadas por el gobierno y las compañías de seguros, exijan pagar precios equivalentes a los del mundo en desarrollo. Una vez que obtiene la mayor parte de los beneficios en el mundo desarrollado, la industria farmacéutica pierde muy poco al permitir que otros entren en su mercado en los países en desarrollo. Por eso las licencias obligatorias —tanto para la producción nacional como para la exportación de todos los medicamentos esenciales— son la mejor solución intermedia, ya que garantizan un ingreso a la industria farmacéutica al tiempo que permiten aumentar el número de personas con acceso a los medicamentos esenciales. ♦

Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción



FUNDACION
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACION
DE LA MUJER

Paraná 135, 3º piso "13" -
(1017) Buenos Aires
Tel./Fax: 4372-2763
República Argentina
e.mail: feim@ciudad.com.ar.

DESIDAMOS revista periódica de divulgación científica sobre salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA, publicada por FEIM, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, con el auspicio de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Es una publicación interdisciplinaria destinada a profesionales, técnicos, docentes y otro personal que trabaja en organismos oficiales y no gubernamentales en salud sexual y reproductiva incluido el VIH/SIDA.

El objetivo de **DESIDAMOS** es contribuir a difundir información científica actualizada y accesible a todos, orientada especialmente a la prevención de las enfermedades transmitidas sexualmente y a los problemas asociados a la reproducción humana. También desea ser un canal de información y de intercambio de experiencias entre quienes trabajan en este tema.

Reglamento de Publicaciones

DESIDAMOS publica trabajos sobre sexualidad, reproducción y VIH/SIDA con enfoque interdisciplinario.

Los trabajos deberán ser originales e inéditos, aceptándose los que hayan sido comunicados en eventos científicos (congresos, seminarios y otros) o en sociedades científicas sin publicar, debiendo aclarar reunión y fecha.

Los trabajos no inéditos podrán publicarse en forma resumida y como comunicaciones.

Los trabajos serán enviados por e-mail o por correo adjuntando diskette, presentados por escrito en hoja A4 a doble espacio y no podrán tener una extensión de más de 12 páginas, incluyendo bibliografía y cuadros o gráficos. Los cuadros y gráficos deberán tener claro los títulos, las explicaciones y la fuente de los datos.

La bibliografía, presentada en hoja aparte, deberá limitarse a aquellos artículos directamente relacionados con el trabajo mismo, evitándose las revisiones bibliográficas extensas. Las referencias se presentarán numeradas, en orden alfabético de autores con los títulos de las publicaciones. Los artículos de revistas figurarán en la forma usada por el Index Medicus (Ej.: Med. Care, 12:627-637, 1974). Los libros deberán figurar con su título, editor, ciudad y año de aparición.

Los trabajos originales deberán presentar un resumen de unas 200 palabras. Además, podrán agregar un resumen más explicativo de hasta 700 palabras, con un título completo y con referencias a las figuras y tablas.

Se ruega enviar dirección postal, número de teléfono y correo electrónico del autor principal para facilitar la comunicación.

La redacción se reserva el derecho de aceptar o no los trabajos, así como de introducir –con el conocimiento de los autores– los cambios editoriales necesarios. Los originales no serán devueltos a los autores en ningún caso.

DESIDAMOS

SUSCRIPCION 2006

La/El/Los suscribe/n

Adjuntan cheque número Banco

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

FIRMA FECHA

NOMBRE APELLIDO

DOMICILIO CIUDAD

PAIS CODIGO POSTAL

TELEFONO FAX e-mail:

PROFESION/OCUPACION

LUGAR DE TRABAJO

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

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

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