

Desidamos

Sobre nuestra sexualidad y reproducción



Revista de FEIM • Año XIII • Número 1 • Septiembre 2005 • Argentina

- > Alternativas terapéuticas y su impacto económico en el tratamiento de personas viviendo con VIH/SIDA en Argentina
- > Atención de la Salud Reproductiva de las Mujeres viviendo con VIH/SIDA en Argentina
- > **TEMA ESPECIAL**



Impacto de las políticas de países ricos en la Epidemia



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

Gráfica Integral

correo-e: altunar@uolsinectis.com.ar

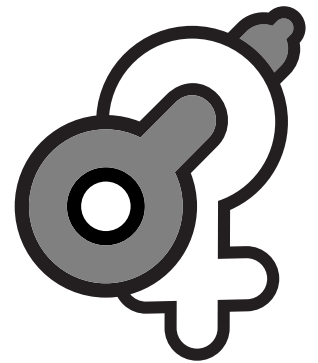
Revista Propiedad de la
Fundación para Estudios
e Investigación de la Mujer

Paraná 135, 13, Capital Federal

Registro Nac. de la Prop. Intelectual
N° 326.301

Año XIII • Número 1
Septiembre 2005 • Argentina

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



Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

INDICE

EDITORIAL

- “El futuro de la epidemia y su prevención” 3

TRABAJOS

- “Alternativas terapéuticas y su impacto económico en el tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida en Argentina, por Adriana Basombrio y otros” 5
- “Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/ SIDA, por M. Bianco; M.I. Re y M. Acerbo” 25

COMUNICACIONES

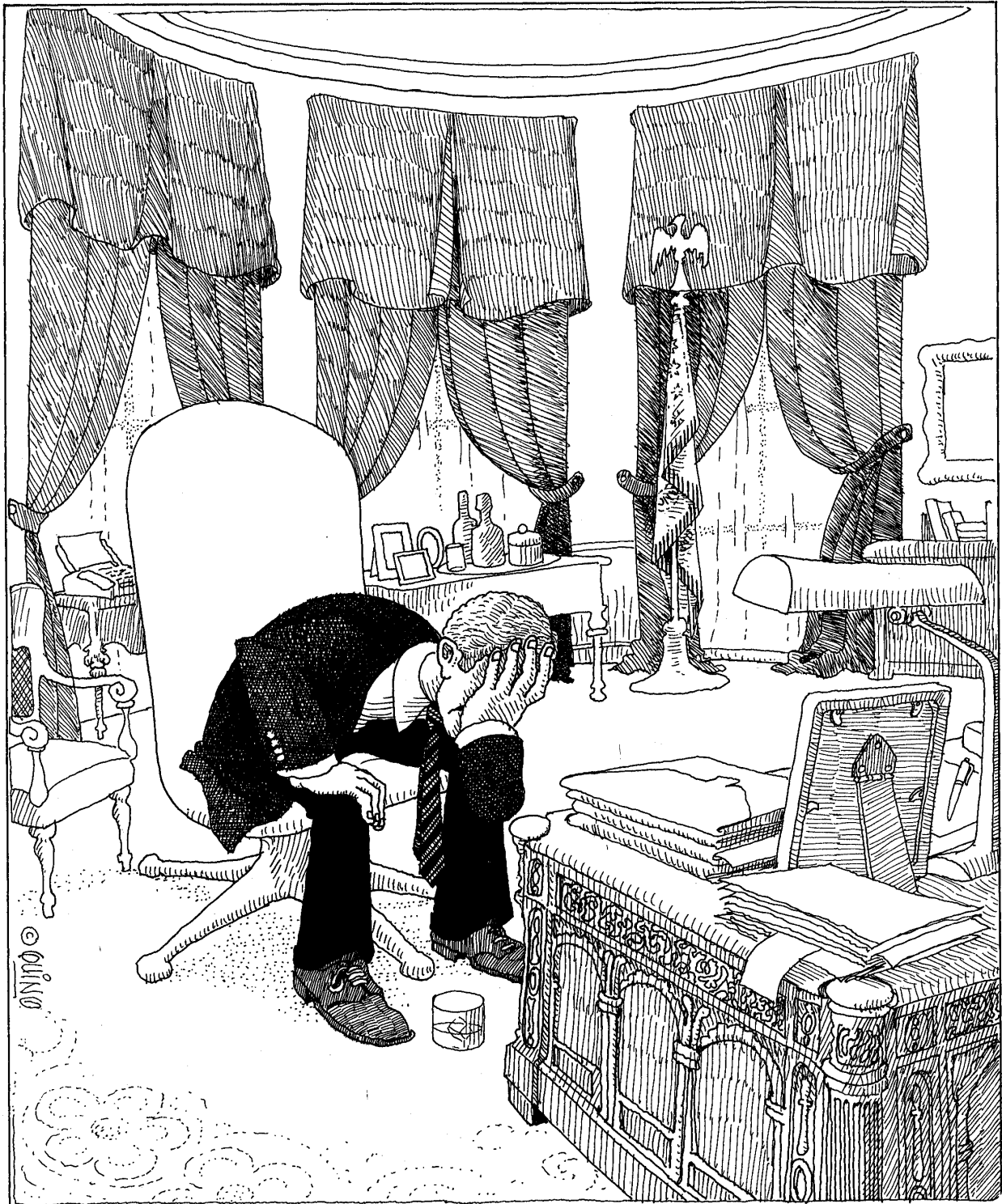
- “Países latinoamericanos logran descuentos en medicamentos para VIH/ SIDA” 29
- “Los preservativos perdidos” 4
- “La otra mitad” 31

TEMA ESPECIAL: IMPACTO DE POLITICAS DE PAISES RICOS EN LA EPIDEMIA

- “Carta Abierta al Presidente Bush de ONGs” 10
- “Acción Legales EEUU, por KDT” 12
- “La Iniciativa de Bush ¿Engaña o Ayuda?”, por Holly Burkhalter” 13
- “El techo en gastos, la financiación multilateral y la salud de los pobres”, por G. Oorns y T. Shrecker” 14
- “Encuesta sobre gasto en SIDA de los Países del G7”, por Fundación Familiar Kaiser” 15
- “Naciones Unidas: La meta para frenar la propagación del SIDA es poco realista”, por Nick Wadhams” 16
- “La Estrategia CNN -Preservativos, Aguja y Negociación- vs. ABC - Abstinencia, Fidelidad y Preservativos-”, por Steven Sinding” 17
- “El VIH/SIDA en el mundo islámico”, por L. Kelley y N. Eberstadt” 20
- “Premios a Obispos Católicos”, por Católicas por el Derecho a Decidir” 21
- “El Papa promueve la abstinencia para enfrentar al SIDA” 22
- “Llamado a involucrarse en el activismo”, por Setephen Lewis” 23

HUMOR

- Quino 2
- Sandra 15, 28



~LO AGOBIANTE DE GOBERNAR LA NACIÓN MÁS PODEROSA DEL PLANETA NO ES SÓLO EL ESFUERZO DE LLEVAR ADELANTE EL DESARROLLO DEL PROPIO PAÍS, SINO, ADEMÁS, EL INMENSO DESGASTE QUE SIGNIFICA ESTAR SIEMPRE PLANIFICANDO CÓMO DESTRUIR EL DESARROLLO DE TANTOS, TANTOS OTROS PAÍSES.



EL FUTURO DE LA EPIDEMIA Y SU PREVENCIÓN

Después de veinticinco años de la aparición del SIDA hemos pasado muchas experiencias, algunas muy buenas y otras desalentadoras. La primera buena noticia fue el rápido descubrimiento del VIH, esto fue muy importante y ayudó a acelerar no solo su mejor conocimiento sino también el tratamiento. El cóctel o combinación de drogas eficaces para el tratamiento

fue otro avance importantísimo. Miles de vidas se han salvado y las PVVS tienen una muy buena calidad de vida. Pero el principal avance fue estructurar un modelo de prevención que permitió contar con evidencias ciertas en algunos países, sobre la disminución de la transmisión por la aplicación de esos modelos preventivos. Así Tailandia, Uganda, Brasil y otros países empezaron a aplicar modelos de prevención con la promoción del uso del preservativo, el testeo voluntario y confidencial promovido como estrategia de prevención y cuidado precoz, la reducción de los matrimonios a edades tempranas, los programas de reducción de daños en los usuarios de droga con el intercambio de agujas y jeringas, la distribución de preservativos y la provisión de metadona para sustituir el consumo, entre otras actividades. Todo esto que permitía suponer se iba a poder controlar la epidemia, desde el 2000 empezó a peligrar cuando las ideas y creencias religiosas extremas empezaron a encontrar eco en gobiernos, claves como el de Estados Unidos, que es el principal donante multi y bilateral y que empezó a imponer un modelo preventivo que no representa al mundialmente aceptado a través de ONUSIDA, y que es mucho más restringido. Estados Unidos levanta el modelo de Uganda: abstinencia, ser fiel y si no usar preservativo –ABC– y lo empieza a promover en todos los países en los que tiene cooperación bilateral, pero lo promueve enfatizando la abstinencia y la fidelidad, separando los componentes del modelo y de esta forma tergiversando el modelo preventivo. O acaso pueden las mujeres casadas practicar la abstinencia con sus esposos a pesar de saber corren el riesgo de infectarse por las relaciones extramaritales ellos tienen? Y como lograr que los dos en la pareja sean fieles, cuando uno de ellos, en general el hombre, fue educado y socializado para tener muchos actos sexuales, no solo dentro del matrimonio sino por fuera?

Esta confusión de incorporar las ideologías a las políticas es muy peligrosa, al privilegiar el destino de fondos a quienes solo promueven la abstinencia sexual y la fidelidad y retacearlos a quienes promueven el uso del preservativo, mostró su peligrosidad. Peligro porque en Uganda se espera un crecimiento de nuevas infecciones. Desde hace un año faltan preservativos, se ha difamado la eficacia de una marca que se distribuía gratuitamente y se da la paradoja de tener depósitos llenos de preservativos de distribución gratuita retenidos mientras la gente que los recibía ahora no puede comprarlos porque en el circuito comercial han aumentado a valores de tres y más veces su costo.

Entonces que pasará con la pandemia? Seguirá creciendo y enfermando a miles de personas que están indefensas porque por ideología no se los educa y se los deja librados a ser presas de relaciones sexuales desprotegidas, porque los preservativos no se distribuyen gratuitamente y son muy caros para comprarlos. La tragedia es que no podemos esperar esas infecciones y enfermedades los afecten para decirles luego “fue por la necesidad y ceguera ideológica de un gobierno de turno”. Es fundamental que quienes hoy detentan el poder de los fondos para VIH/SIDA se ciñan a los conocimientos científicos y abandonen ideologías que son y serán muy costosas en vidas humanas, especialmente entre las mujeres jóvenes pobres del mundo no desarrollado.

Mabel Bianco, MD, MPH
Directora Comité Editorial

LOS PRESERVATIVOS PERDIDOS¹

Uganda se convirtió en el líder de África en la lucha contra el SIDA emprendiendo una guerra en todos los frentes. En 1991, el 15% de los adultos de Uganda estaban infectados con el virus. Diez años después esta cifra era 5%. Los funcionarios ugandeses lograron esta caída al difundir la enfermedad y alentar a las personas a protegerse. El presidente Yoweri Museveni llamó a esta lucha “un deber patriótico”. El gobierno y una red de grupos de ciudadanos promovieron la abstinencia, la fidelidad y el uso regular de preservativos.

Actualmente este equilibrado abordaje está tambaleando y como resultado los ugandeses morirán. El país todavía prescribe preservativos para los grupos de alto riesgo. Pero en los últimos años, presionados por Washington, ha empezado a dar énfasis sólo a la abstinencia, para la población general. Washington está abandonando la promoción y defensa del preservativo en todos sus programas de SIDA en el extranjero, pero Uganda es el único lugar en que esta práctica fue totalmente adoptada por el gobierno. El año pasado en una conferencia internacional de SIDA, el Sr Museveni brindó un urticante discurso contra los preservativos. Mientras, su esposa Janet, ha estado condenando el uso del preservativo por inmoral y solicitó un censo nacional de vírgenes.

Los afiches que promovían los preservativos fueron retirados. Más de la mitad de los fondos de Washington para prevenir la transmisión sexual del SIDA ahora van a grupos que sólo promueven la abstinencia. Entre los que reciben subsidios de Washington hay grupos que incorrectamente argumentan que el virus puede pasar a través del preservativo. Los preservativos gratis solían estar ampliamente disponibles en las clínicas de Uganda, en el último año han desaparecido, y los preservativos que se venden han triplicado su precio.

El hecho más importante del último año es la desaparición de los preservativos gratis. Hace un año, los ugandeses empezaron a quejarse que la marca

Engabu fabricada en Alemania y China, y distribuida gratuitamente por el sistema de salud olía mal. Uganda envió un lote para prueba a Suecia y se encontró que tenían agujeros. Posteriormente, otras pruebas, demostraron que los preservativos estaban bien, pero para ese tiempo el gobierno tanto los había difamado que la gente no los usaba. Unos 30 millones de estos preservativos están almacenados en depósitos.

Como resultado sólo 8 millones de preservativos gratuitos estuvieron disponibles en el último año, mientras que se necesitaban 80 millones. El gobierno no tiene ningún plan para solucionar la escasez. En cambio, puso un nuevo recargo a los preservativos que se venden, incrementando el ya alto precio por la escasez. Y puso como requisito que los preservativos fueran nuevamente probados después de recibidos en Uganda. Nuevas pruebas están bien, pero Uganda ha detenido toda la distribución de preservativos durante meses mientras prepara el régimen de prueba. Un suministro de emergencia recibido en abril aún espera en los depósitos.

La promoción de la abstinencia y la fidelidad fue crucial en la lucha contra el SIDA en Uganda. Pero también lo fueron los preservativos gratuitos. Uno de los grupos de mayor riesgo es el de las mujeres jóvenes casadas e infectadas por sus maridos infieles. Para ellas la abstinencia no es una opción, y son fieles. Necesitan poder protegerse. La enseñanza de sólo abstinencia no funciona en los Estados Unidos, y no hay razón para pensar que funcionará en Uganda.

El cambio de política en Uganda amenaza destruir el éxito del país frente al SIDA. Los ugandeses se sentían relativamente libres de hablar sobre los riesgos de adquirir el virus y de ser abiertos respecto de vivir con SIDA. Si los usuarios de preservativos son tildados de inmorales, nuevamente la epidemia será ocultada. Nadie sabe tan bien como los Ugandeses que **las vidas se salvan cuando el SIDA se trata como un desafío de salud pública, y no como una cruzada moral.**♦

¹ Editorial del The New York Times, 4 de Septiembre de 2005

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS Y SU IMPACTO ECONÓMICO EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN ARGENTINA¹

Adriana Basombrío*, Elsa Tecilla**, Rodolfo Kaufmann*** y Pablo Ríos****

Introducción

La epidemia de VIH/Sida ha repercutido sobre los ya tensos sistemas de atención de salud. El VIH/SIDA representa un problema de salud pública con repercusiones financieras directas sobre la economía del Estado, la familia y el individuo. Para conocer su efecto económico, es necesario determinar los costos que implica el tratamiento y cuidado de los pacientes y la utilización de los servicios de salud. Ante la importante carga de morbilidad que pesa sobre los países con pocos recursos, la necesidad de efectuar intervenciones eficaces y poco costosas es capital. Las respuestas generales comprenden una amplia gama de actividades de prevención y asistencia. En Argentina, existe escasa información sobre los recursos financieros y materiales utilizados. Para la planificación de los servicios y la distribución de los recursos con bases sólidas, para establecer esquemas de tratamiento y financieros alternativos que incrementen la eficiencia y efectividad de los servicios preventivos y de atención, se necesita contar con información. El presente estudio es un aporte para racionalizar la toma de decisiones para una adecuada distribución de los recursos y la promoción de estrategias que mejoren la utilización de los medios, destinados a mejorar las intervenciones sanitarias para las personas que viven con VIH/SIDA.

La evolución de la epidemia en la Argentina se caracteriza por un aumento en las mujeres y una concentración en poblaciones pobres y jóvenes de zonas urbanas. Los datos epidemiológicos revelan una

disminución continuada de la mortalidad por VIH/Sida a partir de 1998 por la generalización en la utilización progresiva de las terapias antirretrovirales. A pesar de la protocolización de las diferentes alternativas terapéuticas resulta significativa la carencia en el país de procesos que permitan evaluar el costo de las mismas. Las PVVS acceden a los subsectores público, privado o de la seguridad social que no se articulan entre ellos. La escasa experiencia de gestión y análisis de costo en el sector público que atiende la mayoría de los pacientes, y las características clínicas de la patología potencian el impacto. La práctica de la medicina en Argentina se basa en: **“el médico debe prescribir lo mejor para sus pacientes, independientemente de los costos”**, ignorando la limitación real de recursos que afectan al paciente, al sistema de salud e incluso al médico. En estas decisiones intervienen criterios de eficiencia económica, que coexisten con otros a ser tomados en cuenta en la elección de alternativas diagnósticas y terapéuticas.

Objetivos del Proyecto

1. Elaborar un instrumento de relevamiento de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para ser aplicado en una muestra de seis Hospitales del Conurbano Bonaerense y de la Ciudad Autónoma de Bs. As. que atienden personas viviendo con VIH/Sida –PVVS-.
2. Sistematizar, analizar y presupuestar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados por estadío, que contribuyen a optimizar la toma de decisiones.
3. Caracterizar alternativas de costos sobre la base de los estadíos clínicos para ser considerados en intervenciones de prevención, tratamiento ambulatorio e internación en PVVS.

Metodología

El estudio calificó y cuantificó los recursos y costos generados en el manejo ambulatorio y hospi-

¹ Investigación realizada con Beca de Investigación Ramón Carrillo – Arturo Oñativia – Con Apoyo Institucional de la Asociación de Economía de la Salud -Concurso 2003-

* Médica Infectóloga. Coordinadora del Programa de VIH/Sida e ITS. Municipio de San Martín – Médica de planta del Htal. Muñiz. Coordinación Sida. CABA.

** Arquitecta, Especialista en Planeamiento del Recurso Físico en Salud. Coordinadora Maestría en Economía y Gestión de la Salud de ISALUD.

*** Asesor en VIH/SIDA en UNICEF.

**** Médico Generalista y de Familia. Docente de la Escuela de Sanidad de la Universidad Nacional del Litoral.

talario de las PVVS, para definir el costo promedio de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas en diferentes estadios de la enfermedad, en hospitales del Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es un estudio retrospectivo, analítico de corte transversal, que utilizó el método cuali-cuantitativo. El área de estudio comprende ocho establecimientos asistenciales, seis del Gran Buenos Aires y dos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que se detallan a continuación en Gran Buenos Aires: **Partido de General San Martín:** Hospital Interzonal de Agudos (H.I.G.A.) Eva Perón, Hospital General de Agudos M. Belgrano; Hospital D. Thompson; **Partido de La Matanza:** HIGA D. Paroissien; **Partido de Lanús:** HIGA Evita; y **Partido de San Isidro:** Hospital Central de San Isidro. En **Ciudad Autónoma de Buenos Aires:** Hospital F. J. Muñiz y Hospital J. M. Ramos Mejía.

La información se obtuvo a través de los servicios especializados de los efectores públicos y por el relevamiento "in situ" efectuado mediante guías especialmente preparadas. La población en estudio corresponde a las PVVS atendidas entre octubre y noviembre de 2003, mediante el registro de datos de los últimos seis meses de atención. Se estudiaron **1.230** pacientes, que se categorizaron según el CDC de USA en base a la severidad de la enfermedad. Se diseñaron dos instrumentos para la recolección de datos: 1) Encuesta Institucional y 2) Instrumento para relevamiento de datos por paciente. El segundo, identificó estudios clínicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, así como medicamentos indicados en cada caso, se basó en las historias clínicas manteniendo la confidencialidad de los datos. Se analizó por procedimiento diagnóstico y terapéutico, utilizando el precio de mercado. El costo de internación hospitalaria se ponderó en base al salario del personal, gastos de mantenimiento y otros. Se adoptaron resguardos éticos, si bien se analizaron protocolos y procedimientos, se utilizó código alfanumérico para resguardar la identidad de las personas.

Resultados

Se registró un importante número de mujeres, debido al proceso de heterosexualización de la epidemia, así como a una mayor relación de éstas con el sistema sanitario. El testeo para VIH en mujeres embarazadas en los últimos años podría haber aumentado la detección de mujeres con infección por VIH que consultan a los servicios especializados. El total de mujeres incorporadas fue 492 (40%), de éstas 451 (91.6%) en edad reproductiva, 50 de ellas embarazadas o en período de puerperio. El promedio de edad es 30 años. En una se

observó un aborto. Once de las 28 que tuvieron parto fue por cesárea, registrando el doble de consultas y más tiempo internadas (4,3 días vs. 2,1 las otras).

Entre ellas el 20,5% (8) estaban en estadio C. no todas las con cesárea registran dato de carga viral. La mayoría de las infecciones se produjeron por vía sexual (casi el 70%), un 27% por transmisión sanguínea. De esta última, un 97.2% son usuarios de drogas inyectables. En la muestra correspondiente a esta investigación sólo hay un 3% de casos debidos a transmisión perinatal. Se estudió la comorbilidad con hepatitis B y C. El número total de personas con hepatitis fue 437, representa el 35.6% del total de los pacientes. Las mujeres representan el 28,8% y en ellas predomina la Hepatitis C aunque entre ellas el 25,2% es UDI. Entre los hombres el 68% de los con Hepatitis C son UDI. En los coinfectados con Hepatitis C hay un aumento de la carga viral del virus C, lo que facilitaría la transmisión sexual de la Hepatitis C.

El 53% de los pacientes se encuentran en estadio A, el 33% en estadio C y el 13% en estadio B. El 74% de los pacientes está en tratamiento ARV, no hay diferencias significativas al analizar por sexo. Las combinaciones más frecuentemente utilizadas son 2INTI + 1 INNTR (51.6%) y 2INTI+ 1 IP (36.9%). Los que no están en tratamiento es debido a que no está indicado, o están en estudio, o presentaron efectos adversos. En el 9,4% (29 pacientes) expresaron "no desean recibirlo". Entre quienes no reciben tratamiento la mayoría 58,9% (146) corresponde al estadio A, el 29,4% (73) al C y el 11,7% (29) a B. La mayoría de los en estadio que no están en tratamiento es debido a efectos adversos. Más del 30% presentaron falla de tratamientos previos.

Respecto a las consultas en pacientes ambulatorios aumentaban a medida que la enfermedad presentaba estadios más avanzados. El promedio de consultas en el estadio C fue 6,2 y en el estadio A 4,3. Estuvieron internados 138 pacientes de todos los estadios con un promedio de 15,5 días de internación. Las internaciones se registran principalmente en el estadio C y se deben en general a infecciones. El promedio de días de internación fue 6,6 en el estadio A; 12,5 en el B y 18,3 en el C. Si se relacionan los días de internación con las vías de transmisión, los UDI tenían un mayor promedio en el estadio C, esto principalmente por la comorbilidad observada en estos pacientes, especialmente con Hepatitis B y C y los problemas de efectos adversos con los ARV registrados.

Al analizar estudios realizados en estos pacientes, se registra un bajo número de estudios por paciente. Si bien los internados registran más que los ambulatorios, es bajo en ambos. En los ambulatorios se debe en parte a la dificultad de acceso y también al no registro a veces

en la historia clínica. En las mujeres se registran 23 PAP realizados entre las internadas y solo 13 colposcopias. En las ambulatorias: 473 mujeres, se efectuaron 90 PAP y 82 colposcopias, esto parece bajo ya que si bien se estudió un semestre apenas se llega a un estudio cada cinco mujeres. Para alcanzar el examen anual las otras cuatro lo tendrían que haber realizado en el semestre anterior o posterior. Este es un factor clave del control de la atención en las mujeres que parece muy lejos de cumplirse con el estándar habitual: un estudio anual. El mayor riesgo de contraer esta afección (cáncer de cuello uterino) que se registra en las que viven con el VIH requeriría un control aún mayor al standard.

El control con CD4 y Carga Viral –CV-, el 73,8% tienen un primer estudio de CD4 y solo el 34,3% un segundo estudio. En cuanto a la CV, el 81,3% de los hombres tiene un primer estudio y el 86,3% de las mujeres. Considerando un segundo estudio los hombres registran un 37,1% y las mujeres un 40%. El 87,8% de los 1230 pacientes estudiados carecen de cobertura de obras sociales o medicina prepaga. En relación al costo de la atención se calculó el gasto por paciente y por mes según los estándares de tratamiento en privado, que se expresan en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Gasto privado de pacientes con VIH/Sida por paciente y por mes y porcentaje

Concepto	Estadio		
	A	B	C
Prácticas	4.4 (0.25)	9.3 (0.46)	22 (0.92)
Consultas	7 (0.44)	8.5 (0.42)	11.4 (0.47)
Días Internación	30 (1.78)	100 (4.99)	375 (15.70)
CD4	9.6 (0.55)	8 (0.40)	8 (0.37)
Carga Viral	27.3 (1.58)	20.8 (1.03)	18.2 (0.76)
ARV	1654 (95.4)	1866 (92.7)	1953 (81.78)
Total	1732 (100)	2013 (100)	2388 (100)

Los números en paréntesis indican el porcentaje del gasto 1US\$ = 2,87\$

El incremento en el gasto mensual de pasar del estadio A al C es del 70,04%, lo que significa \$656. Este cálculo es importante en el tiempo, por cada año que un paciente se mantiene en el estadio A sin pasar al C se produce un ahorro de \$7872 al año por cada paciente. Si se evita que pase al estadio B este ahorro es de \$ 3372 por paciente y por año. Si trasladamos esto a los números de este estudio podríamos estimar: Si por los esfuerzos del personal de salud y los pacientes se lograra que el 10% de los que hoy se encuentran en el estadio C (35 pacientes) se reubiquen en el estadio A, el ahorro anual sería de \$275.520, si volvieran al estadio B sería de \$157.500. Estos números hablan de la importancia que tienen los estudios de costo/efectividad

de los tratamientos, de las causas por las que los pacientes lo abandonan, las barreras económicas, burocráticas o físicas del acceso al mismo y el cumplimiento de los equipos de profesionales de las normas internacionales generalmente acordadas sobre la buena práctica en la atención de pacientes VIH/Sida (cuadro N°2).

Cuadro N°2. Comparación del gasto estatal y privado en ARV. En pesos, según estadio.

Estadio	Gasto Mensual Promedio Estatal	Gasto Mensual Promedio Privado
A	370.5	1654
B	456	1866
C	507	1953

El gasto promedio del Estado es \$ 664.3 mensuales por cada paciente atendido en los prestadores públicos que formaron parte de este trabajo. El Estado logra una mayor eficiencia que el gasto privado a expensas de su mayor eficiencia en la compra de ARV.

Discusión y Conclusiones

El estudio intenta contribuir con información para favorecer las políticas necesarias para planificar y proyectar tratamientos adecuados para las personas que viven con VIH/SIDA. Esto permitiría comparar los costos de determinadas categorías de tratamiento y estimar los costos totales de los programas. Estos resultados constituyen una primera fase de información sobre la utilización de los recursos y servicios de los establecimientos asistenciales por parte de los pacientes infectados por el VIH y confirman la necesidad de profundizar, en un futuro, un trabajo con instrumentos similares pero con procedimientos que permitan vincular la información existente en distintas historias clínicas y depurar sus datos. Es probable que algunos de los pacientes incluidos en el estudio hayan sido atendidos además en otros centros sanitarios, no registrándose esto. Este eventual aumento en la cantidad de consultas y estudios modificaría los costos estimados en el trabajo, pero resulta muy difícil valorarlo. Se aprecian diferencias en los estudios y procedimientos utilizados entre pacientes ambulatorios e internados en distintos estadios de la enfermedad, particularmente en el número de consultas y la cantidad de procedimientos efectuados.

Ante la variabilidad observada, el estadio de los pacientes y su condición clínica determina los procedimientos que se realizan y el promedio de estadía en los internados. Las determinaciones del nivel de CD4 no se han realizado con la suficiente periodicidad como

para permitir analizar la evolución de los costos reales en función de los protocolos existentes o del consumo de recursos asistenciales, siendo éste uno de los parámetros más utilizados como predictor de progresión de la enfermedad. No todos los pacientes llegan a los estándares de seguimiento adecuados, probablemente debido a la dificultad en el acceso para realizar los estudios requeridos, ya sea por las condiciones de pobreza como lo engorroso de los trámites administrativos para llevarlos a cabo. Todo esto incrementa el gasto de bolsillo de los pacientes para sostener y continuar los tratamientos resultando en un círculo vicioso que incrementa el proceso de deterioro y favorecen la resistencia del virus y el pasaje a estadios más avanzados de la enfermedad.

Respecto a los fármacos antirretrovirales, la estandarización de los medicamentos utilizados ha sido difícil debido a la gran variedad de combinaciones terapéuticas utilizadas por los profesionales como así también por la gran variedad de combinaciones existentes actualmente. Si bien los profesionales participantes realizan un uso adecuado de los fármacos, la variabilidad de los estándares de tratamiento plantea una oportunidad para mejorar las indicaciones terapéuticas. Los costos del tratamiento son más altos para los pacientes en las etapas más avanzadas de la enfermedad. Según opinión de los especialistas entrevistados, el grado de adherencia al tratamiento se encuentra entre el 40% al 70%. Esto condiciona no sólo la efectividad del tratamiento por el fracaso terapéutico que puede comportar, sino que puede comprometer su eficiencia a más largo plazo, ya que la no adherencia facilita la aparición de resistencias que exigen terapéuticas más complejas, agresivas y costosas. Dado que los medicamentos ARV constituyen el componente de mayor impacto en el tratamiento, reducciones pequeñas en sus precios tienen un efecto significativo en el costo global de los tratamientos. Es necesario desarrollar un sistema de seguimiento para disponer de información puntual y adecuada acerca de las pautas de tratamiento de los pacientes y de sus costos asistenciales. Podrían desarrollarse procesos adaptables a los actuales de recolección y análisis de información epidemiológica, procedimientos que permitirían relacionar la evolución de los pacientes con los costos hospitalarios.

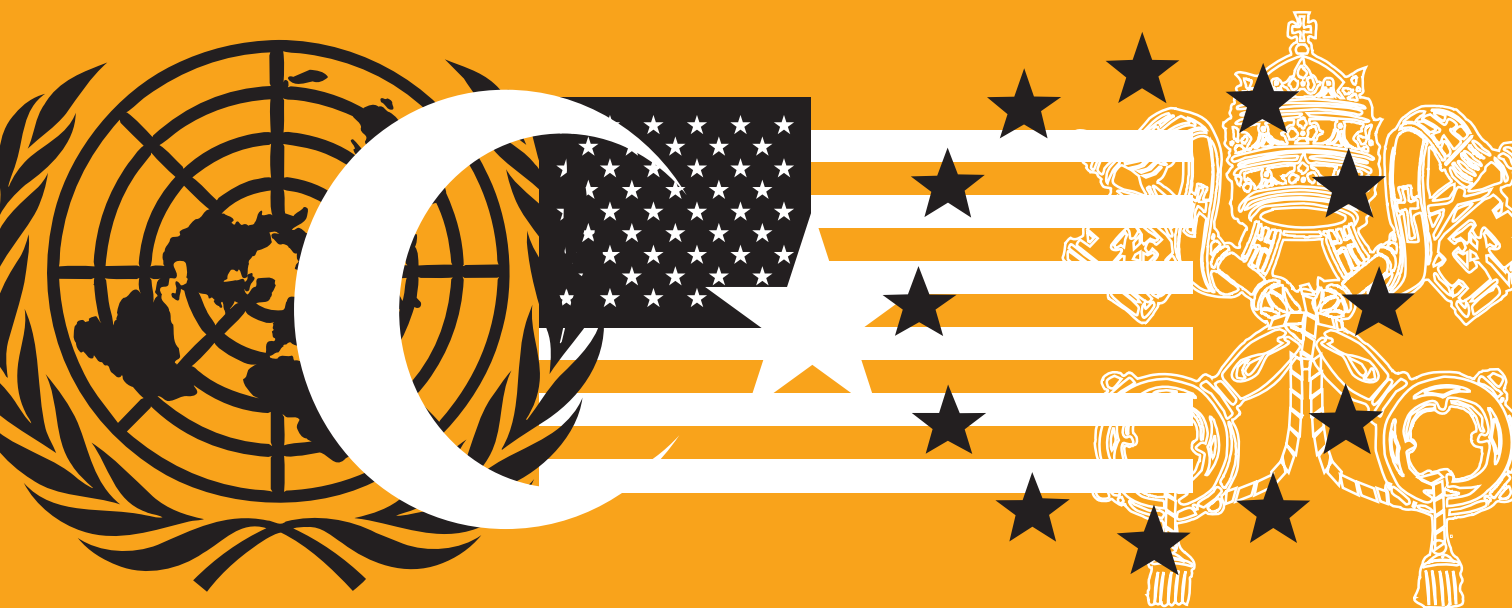
Esto permitiría articular los criterios de los profesionales para el seguimiento de pacientes con las acciones y resultados registrados en las historias clínicas, lo que redituaría en obtener el máximo provecho de la información recogida y orientar mejor el desarrollo de técnicas de gestión con los pacientes infectados por el VIH. El número de personas que requieran tratamiento antirretroviral continuará aumentando, también aumentará el porcentaje de pacientes

que pasarán por distintas combinaciones terapéuticas debido a fallas en los tratamientos, fundamentalmente por la falta de adherencia. Es esperable un aumento progresivo en el consumo de fármacos antirretrovirales. **Desarrollar programas para reducir el número de nuevas infecciones y reiterar la necesidad de sostener y profundizar las medidas de prevención y de promoción de la salud, particularmente las que han demostrado ser más efectivas, es fundamental.** Las acciones sociales para mejorar la adherencia al tratamiento requieren intervenciones interdisciplinarias y desde diferentes instancias institucionales. Considerar la accesibilidad requiere estudios para identificar los elementos más importantes. Para sugerir los tratamientos debemos considerar la disponibilidad de recursos, las limitaciones para proporcionar la atención según las recomendaciones, la gestión en los diferentes hospitales, la implementación de procedimientos de calidad y la condición subjetiva y objetiva del paciente.♦

Bibliografía

- Recomendaciones de Tratamiento Antirretroviral en Adolescentes y Adultos, Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS, noviembre 2001.
- Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Junio 2002.
- Recomendaciones para el tratamiento de la infección por VIH en Adolescentes y Adultos, Sociedad Argentina de Infectología, Subcomisión de SIDA, Buenos Aires, 2002.
- Public Health Service Task Force. Recommendations for use of Antirretroviral Drugs, 2002.
- Ley Nacional 23798.
- OPS – Taller de capacitación en Sistemas de Información Gerencial – Hospital Fernández, Buenos Aires, año 2002.
- Dummond, M. et al. Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria.
- Tapia-Conyer, *et al.* “Los Costos Directos del Tratamiento del SIDA En Mexico” Salud Publica de Mexico, julio-agosto de 1992, vol.34, no. 4.
- The Futures Group International, PASCA y POLICY “Modelos para calcular los Costos y Beneficios de Tratamiento para Prevenir la Transmisión Materno Infantil del VIH” Version 1.0 - Febrero 1999 – Guatemala.
- Kumaranayake, L. *et al.* “Costing Guidelines for HIV/AIDS Prevention Strategies - Cost analysis in primary health care. Health Economics and Financing Programme-London School of Hygiene & Tropical Medicine – 1998.
- Pachón Díaz, Jerónimo y otros “Gestión por procesos asistenciales integrados VIH/SIDA – Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales” Consejería de Salud – Junta de Andalucía 2002.
- Centro Cochrane Iberoamericano (Barcelona – España). Versión en español de “Clinical Evidence” Ed. 2002 -Editorial de Medicina y Salud, MediLegis (Bogotá-Colombia).
- Malagón-Londoño, G. y otros. “Administración Hospitalaria” Editorial Médica Panamericana (Buenos Aires-Caracas-Madrid-México-São Paulo).
- Davis, y otros. “Sistemas de Información Gerencial”. Editorial MacGraw Hill, México, 1989. cap. 2.

(continúa en pág. 28)



VIH/SIDA

IMPACTO DE POLITICAS

DE PAISES RICOS EN LA EPIDEMIA

CARTA ABIERTA A BUSH

18 de mayo 2005

Sr. Presidente:

Los abajo firmantes representantes de organizaciones de Salud Pública, derechos humanos, religiosas y comunitarias, apoyamos las metas del gobierno de los Estados Unidos para prevenir la propagación del SIDA y terminar con el tráfico de personas a través del mundo. Sin embargo estamos preocupados que los esfuerzos de EEUU contra el VIH/SIDA y tráfico de personas sean severamente afectadas por políticas que restringen las intervenciones que pueden usarse para proteger la vida y la salud de las personas en prostitución y las traficadas, grupos que deben ser los verdaderos beneficiarios de esos esfuerzos. Los EEUU requieren que las organizaciones que reciben fondos estadounidenses para VIH/SIDA y contra el tráfico adopten posiciones en oposición a la prostitución. Hasta hace poco, estas restricciones se aplicaban a ONGs extranjeras. El Departamento de Justicia estadounidense en septiembre 2004, propone la expansión de estas políticas a las organizaciones en los EEUU. Además leyes de SIDA y el tráfico también prohíben el uso de fondos para promover, apoyar, y/o abogar la legalización o práctica de la prostitución.

Según la experiencia de nuestras organizaciones en defensa de la salud y los derechos humanos de hombres y mujeres en prosti-

tución, **estamos profundamente preocupados que estas restricciones impidan a los destinatarios de fondos de EEUU usar los mejores medios a su disposición para la prevención del VIH/SIDA en estas poblaciones y promover los derechos humanos fundamentales.** De hecho, hay evidencia que estas restricciones ya están socavando intervenciones prometedoras.

Los hombres y mujeres en prostitución, algunos que fueron traficados, son las personas más marginadas de cualquier sociedad. Las organizaciones con estrategias eficaces contra el SIDA y el tráfico construyen sus esfuerzos sobre un entendimiento de las dinámicas sociales y personales que empiezan por construir confianza y credibilidad entre estas poblaciones. Reconocen que es posible y necesario ofrecer servicios sociales, legales y de salud a hombres y mujeres en prostitución sin juzgarlos y sin adoptar posiciones en estos temas. Trabajan para proporcionar a las personas en prostitución capacitación para retirarse del negocio del sexo, para asegurar sus derechos legales, estar libres de violencia y discriminación, empoderarlos para reclamar el uso de preservativos, y prevenir la expansión del VIH dentro y fuera de este sector. También previenen que las personas sean traficadas al sector del sexo y ofrecen asistencia a las víctimas del tráfico. Requerirles que adopten políticas contra la prostitución es muy difícil, casi imposible, si quieren establecer la confianza

necesaria para ofrecer servicios a estos grupos.

Nos oponemos a las restricciones actuales de las políticas estadounidenses de VIH/SIDA y contra el tráfico. Estas políticas se oponen a las mejores prácticas en salud pública y van a socavar los esfuerzos contra la expansión del VIH y del tráfico humano. Por ejemplo, el Proyecto Sonagachi en Calcutta, India, cubrió a más de 30,000 personas trabajando en el comercio sexual en riesgo de VIH, a través de servicios entre pares. Los educadores de pares de Sonagachi trabajan para parar la diseminación del VIH entre hombres y mujeres en prostitución a través de estrategias dirigidas a ganar su confianza, reducir su aislamiento social, incrementar su participación en la vida pública, y superar el estigma y la discriminación. El trabajo de Sonagachi fue evaluado positivamente por ONUSIDA y el Banco Mundial, y fue citado como un modelo de "buenas prácticas" de trabajo con hombres y mujeres en prostitución. Esta iniciativa promueve los derechos humanos básicos y la salud de las personas en prostitución, esto no es sinónimo de promoción de la prostitución. Programas valiosos como el Sonagachi y otros similares están amenazados por estas leyes y políticas estadounidenses actuales.

En segundo lugar, las restricciones aumentan el riesgo de que las organizaciones se autocensuren o abandonen programas eficaces por miedo a ser consideradas que apoyan o promueven la prostitución. De hecho, las restricciones ya tienen un efecto paralizante

* Carta enviada por ONGs de SIDA del mundo al Presidente Bush

sobre el trabajo de campo. En Camboya, las ONGs discontinuaron planes de capacitación del idioma Inglés para personas que trabajan en el comercio sexual por miedo a ser considerados “promotores de la prostitución”. En Phnom Penh, saber Inglés es una herramienta muy valiosa y un medio de acceso a otras oportunidades fuera del comercio sexual. En Jamaica, el personal de salud que trabaja con hombres y mujeres en prostitución, teme estas restricciones les impida apoyar los esfuerzos de personas que trabajan en el negocio del sexo para proteger sus derechos.

Reconocemos que su meta es abordar los peligros relacionados con la prostitución y el tráfico de personas. Pero, nos preocupa que estas políticas no permitan avanzar en estas metas, y por el contrario exacerben el estigma y la discriminación contra estos grupos ya marginados. Cualquier declaración contra la prostitución por parte de las organizaciones que trabajan con estos grupos implica juzgar y alejar a las personas que estas organizaciones buscan asistir, haciéndoles más difícil o imposible ofrecer servicios o asistencia a los grupos en riesgo. **Declaraciones públicas contra la prostitución también alimentan el oprobio público contra hombres y mujeres en prostitución, marginándolos y alejándolos de los servicios que pueden salvar su vida.**

Finalmente, estamos muy preocupados por que **la extensión de estas restricciones entre los grupos comunitarios de EEUU contradice el derecho fundamental a la libre expresión garantizada en la constitución.** Requerirles que adopten posiciones consistentes con la política estadounidense limita su discurso, algo inconstitucional y que viola la Primera Enmienda. El gobierno puede legalmente requere-

rir que sus fondos sean utilizados para promover los mensajes apoyados por el gobierno, pero nunca ha obligado a las organizaciones con financiación múltiple a explícitamente coincidir con una posición gubernamental específica. Desde hace mucho la corte negó al gobierno el poder para forzar a los destinatarios de fondos jurar fidelidad a fin de participar en un programa gubernamental. Además, obligar a organizaciones extranjeras a adoptar políticas del gobierno de EEUU socava los principios democráticos que defienden los Estados Unidos.

Más que requerir que las organizaciones adopten políticas contra la prostitución, el gobierno podría cumplir sus metas permitiendo a organizaciones que no tienen una política sobre la misma, recibir sus fondos. Hay apoyo de los dos partidos en el Congreso para esta solución. La ventaja de esta posición es que no presiona a las organizaciones, internacionales o locales, a adoptar políticas contrarias a las buenas prácticas de los servicios de salud, pueden no tener nada que ver con su trabajo o la misión de la organización, y tienen el potencial de diluir el verdadero motivo de los fondos estadounidenses. Una política tal podría permitir a una gran cantidad de organizaciones participar en la lucha mundial contra el SIDA, mientras se reconoce la libertad de expresión y de recibir e impartir información promoviendo la salud y el bienestar de todos los ciudadanos.

Lo urgimos a actuar inmediatamente para:

- Requerir al Departamento de Justicia reconsidere su interpretación sobre la aplicación de restricciones en el Acta Mundial del SIDA 2003 para los beneficiarios locales, asegurando que todos los programas sean coherentes con los derechos

humanos y normas de salud pública y las garantías de la libertad de expresión;

- Instituir la práctica de consulta previa con un amplio grupo de expertos en SIDA y tráfico de personas para programas gubernamentales con directivas interpretando las leyes del tráfico y del SIDA, para asegurar la transparencia en la construcción de políticas, la consistencia con las leyes estadounidenses e internacionales de derechos humanos, y la promoción de buenas prácticas en salud pública.
- Trabajar con el Congreso para enmendar la TVPRA y el acta global del SIDA 2003 para que estas leyes sean coherentes con la ley estadounidense e internacional de derechos humanos y con las buenas prácticas en salud pública.

Compartimos sus preocupaciones por parar la expansión del VIH a través del mundo y abordar las necesidades de las personas traficadas. Esperamos, que en el futuro **los fondos sean distribuidos a organizaciones sobre la base de su capacidad demostrada de prevenir la expansión del VIH y el tráfico humano según buenas prácticas en los campos de la salud pública y los derechos humanos**, proveyendo tratamientos a las personas sufriendo del SIDA, servicios y apoyo a personas traficadas y simultáneamente promoviendo los derechos humanos y la libertad de expresión básicos de cada persona.

Firman: 170 ONGs de Africa, Asia, Europa y Asia Central, América Latina, Medio Oriente y Africa del Norte y Norte América.

Para mayor información:
www.feim.org.ar/desidamosA13N1.pdf

ACCION LEGAL

DKT Internacional presentó el 11 de Agosto de 2005 en la Corte Distrital de Columbia, una acción legal contra el gobierno de EEUU por su política “antiprostitución” promulgada por USAID en junio 2005. Esta política entre otras, establece que las ONGs de EEUU y extranjeras no recibirán fondos si explícitamente no se oponen a la prostitución y tráfico de sexo”. DKT plantea el carácter anticonstitucional que afecta y mina los esfuerzos internacionales de lucha contra el VIH/SIDA. El Presidente de DKT, Philip Harvey, señaló **“la política antiprostitución del gobierno de Bush afecta gravemente los programas internacionales de prevención del SIDA y a quienes lo realizan. Hará considerable daño y nada bueno”**. Los daños tienen distintos aspectos:

1) El VIH/SIDA mata a mucha gente en los países pobres. Para disminuir este impacto hay

que trabajar con las personas más vulnerables. Se trabaja con las trabajadoras sexuales como iguales y se acepta que son parte de la realidad actual del mundo. Se trata de empoderarlas, lo que las ayuda a disminuir el riesgo de infectarse y les permite llegar a los servicios de salud. Con la política antiprostitución se van a estigmatizar a estas personas y se va a destruir la confianza y el mutuo respeto de estos grupos vulnerables con las organizaciones. DKT no va a permitir poner a los trabajadores de esas ONGs en esta situación.

2) Esta política afecta la imagen de EEUU en el exterior. Es un gesto que no mejora los aspectos más oscuros de la prostitución. Solo representa el posicionamiento de los políticos de EEUU que están obsesionados con temas sobre el sexo.

3) Prohibir a los sectores privados el derecho a hablar viola el dere-

cho de la Primera Enmienda sobre derechos de las organizaciones que son forzadas a cumplir. La asistencia humanitaria de EEUU al exterior fue conducida por ONGs privadas cuyas políticas pueden hacer y decir lo que quieran sin estar obligadas a compartir las opiniones del gobierno. La libertad de opinión en EEUU significa no tener riesgo de ser penalizado por expresar sus opiniones libremente sin poder ser forzado a expresar la opinión de otros.

DKT es una ONG con sede en Washington y administra el mercado social de métodos anticonceptivos y de prevención en países de África, Asia y América Latina. Por negarse a adoptar esta política sobre prostitución, DKT perdió el apoyo de USAID para iniciativas de prevención del SIDA en Vietnam. Con esta acción legal se espera poder retomar este trabajo en el futuro cercano.

SIDA, AYUDA Y PROSTITUCION: UN DESAFIO A LA POLITICA ANTISIDA *

El jefe de DKT argumenta que esta política debilita a la lucha contra el SIDA forzando a los grupos a condenar a la gente con alto riesgo contra el SIDA. Además no define que significa “prostitución”. ¿Incluye por ejemplo el intercambio de sexo por comida o ropa que ocurre en muchos países? Tampoco que significa “oponerse a la prostitución” para los grupos.

No es la primera vez que la política exterior de EEUU padece un problema. La “Gag rule” que se aplicó a las ONGs que promovían el aborto aunque fuera con fondos de otras fuentes, nunca se aplicó a las ONGs domesticas porque viola el derecho a la libre opinión.

Este requisito antiprostitución se aplica a ONGs extranjeras y domésticas. DKT y otros creen es anticonstitucional en contra de lo que opina el Departamento de Justicia. Jodi Jacobson de CHANGE cree si DKT pierde este caso, la “Gag rule” se va a aplicar a las ONGs de EEUU. Si DKT gana no se podrá aplicar esta política hasta que no se complete el juicio en unos 8 meses. Muchos que trabajan en salud pública y derechos sexuales esperan que DKT agregue esta nueva victoria a la larga lista que ya tiene!

* Artículo publicado en The Economist, el 20 de agosto 2005 en el Reino Unido

LA INICIATIVA DE BUSH PARA EL VIH/SIDA ¿AYUDA O ENGAÑO?

de Holly Burkhalter*

Durante el año pasado, el coordinador del programa “Mundial de Sida” de George Bush, Randall Tobias, encauzó cientos de millones de dólares para administrar programas de tratamiento para pacientes con SIDA en África y el Caribe. Sin embargo, algunos aspectos del programa de la administración Bush han sido muy controvertidos en Estados Unidos y en el mundo, por ejemplo, la decisión de comprar medicamentos de marca farmacéutica en vez de los genéricos y la de dirigir la mayor parte de sus recursos a sus propias iniciativas, sobrepasando al Fondo Global para la lucha contra el SIDA, TBC y Malaria.

Otra controversia tiene que ver con la filosofía de la administración respecto a investigaciones y programas de prevención de VIH. El tema ha sido muy controvertido, porque conservadores religiosos y activistas como profesionales de salud y otros, tienen opiniones muy diferentes sobre el uso de preservativos, la abstinencia y la homosexualidad. Tobias enfrenta el desafío de mantenerse de acuerdo con la base política de Bush: los católicos conservadores y los cristianos evangelistas mientras que financia estrategias médicamente efectivas para cumplir con la meta del presidente de prevenir siete millones de infecciones nuevas de SIDA dentro de cinco años. Su trabajo se complicó aún más cuando en 2003, el Congreso promulgó el

Acta de Liderazgo de los Estados Unidos contra VIH, Tuberculosis y Malaria, que establecía las pautas para el gasto de mil millones de dólares de ayuda al exterior para la prevención, cuidado y tratamiento de VIH/SIDA en África y el Caribe. **Los progresistas estaban consternados por el requisito de que la tercera parte de los recursos de prevención se gastara en programas que promuevan la abstinencia sexual hasta el matrimonio.** Los conservadores por otro lado, tuvieron que aceptar que el resto del dinero fuera usado para programas que no promovieran la abstinencia y que distribuyeran preservativos.

Afortunadamente, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID– financió programas que previenen la coerción sexual, la explotación y la violencia, y permitió que los beneficiarios incluyan información sobre el uso correcto y sostenido de preservativos en sus programas. La mayor parte del dinero fue dada a grupos religiosos y seculares con amplia trayectoria en la prevención del VIH/SIDA que incluyen la provisión de preservativos y educación sexual integral. Sin embargo, hay tendencias preocupantes. Países que reciben fondos de los EEUU indican que los preservativos están disponibles para programas dirigidos a “grupos de riesgo”, pero que hay menos preservativos disponibles al público general. Por ejemplo, en Uganda, dos programas americanos que solían distribuir preservativos entre jóvenes sexualmente activos ahora están cambiando hacia

programas de promoción solo de la abstinencia. Una revista para jóvenes que tenía una amplia agenda sobre sexo seguro, abogando por la abstinencia, la fidelidad, y el uso de preservativos, ahora eliminó las referencias a los dos últimos!

La financiación federal para investigaciones nacionales e internacionales sobre VIH/SIDA llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Salud (NIH) y el Centro para el Control de Enfermedades también ha sido afectada por la ideología conservadora. El año pasado, el grupo conservador “Coalición de Valores Tradicionales” publicó una lista de investigadores y proyectos que consideran peligrosos. Afortunadamente el Director del NIH, defendió los proyectos en la lista y se comprometió a continuar la financiación de investigaciones sobre sexualidad humana. Pero el episodio enfrió a los investigadores y académicos que trabajan con VIH/SIDA, especialmente aquellos que ayudan a pacientes con actividades de alto riesgo como prostitución y consumo de drogas intravenosas. Entonces, después de su primer año, la Iniciativa Mundial de SIDA de la administración Bush tiene aspectos buenos pero también otros muy peligrosos. Por un lado, el liderazgo de Bush en el Congreso aseguró un compromiso y financiación para el tratamiento de SIDA sin precedentes. Por otro, la decisión del gobierno de comprar drogas de marca y la percepción de que la ideología superó al pragmatismo disminuyen su reconocimiento internacional e impacto real sobre la epidemia.

* Artículo publicado en la Revista de Relaciones exteriores de EE.UU. el 27 de octubre del 2004.

EL TECHO EN GASTOS, LA FINANCIACIÓN MULTILATERAL Y LA SALUD DE LOS POBRES¹

Gorik Oorns*, Ted Shrecker**

En Diciembre 2001 Graça Novas (29) se acercó a Médicos Sin Fronteras –MSF– en Mozambique porque creyó que en poco tiempo moriría de SIDA. En Diciembre 2002 MSF presentó un video “Graça en positivo”, para mostrar el efecto del tratamiento y sus posibilidades en uno de los países más pobres. El gobierno de Mozambique anunció que con ayuda del Fondo Global y la Fundación Clinton esperaba tratar con ARV a todas las personas que lo requieran en el 2008. El Fondo Monetario Internacional –FMI– y el Banco Mundial –BM– le advirtieron que era muy ambicioso.

Mozambique es uno de los 32 países de África elegibles para asistencia por la iniciativa de ayuda a países pobres altamente endeudados, uno de los esfuerzos mundiales para reducir el peso de la deuda externa sin afectar la atención de las necesidades básicas. La estrategia exige un programa de reducción de la pobreza y el asesoramiento del FMI y el BM para establecer el marco de gastos de medio término. Esto en salud implica un techo de gastos, o sea si surge nuevo financiamiento se penaliza al país retirando ese monto del presupuesto. Funcionarios gubernamentales advirtieron a uno de los autores de esto y a través de la Fundación Clinton se superó el problema.

En Uganda el ministro de Economía advirtió al de Salud no aumentar

su presupuesto porque recibía el subsidio del Fondo Global. Esto demoró el subsidio. El ministro de salud dijo en un Foro Mundial: “...la conciliación de los gastos de salud con la estabilidad macroeconómica es el más importante tema a resolver para lograr los objetivos del milenio”. Con posterioridad el FMI dijo que no se rechazaron fondos en Uganda para SIDA por limitación de gastos. Pero solo U\$S18,6 millones de los U\$S201 millones otorgados a Uganda por el Fondo Global se dieron a ese país. La racionalidad del FMI es que el ingreso rápido de capital externo y el aumento de la ayuda puede aumentar el valor de cambio de la moneda, aumentando el precio de las exportaciones y “minando la competitividad”. El FMI no ha evidenciado “flexibilidad para aceptar las decisiones de los países”. En Noviembre 2003, Peter Piot, Director de ONUSIDA dijo en el BM: “El efecto inflacionario a corto plazo de los recursos para SIDA son mínimos en relación a los efectos a largo plazo sobre la economía.

El SIDA es una enfermedad excepcional, requiere respuestas excepcionales”.

Pero la comunidad internacional no tomó en serio la necesidad de recursos para los servicios de salud en los países pobres, especialmente el África Subsahariana. En el 2001 la OMS pidió 27 billones de U\$S para intervenciones básicas de salud, en el 2007 y 2015 deberían llegar a U\$S38 billones. Para el Fondo Global por ahora entre gobiernos y privados se lograron 56 billones y muchos no pagables hasta el 2008. Esto se complica porque en muchos

países se canalizan fondos de asistencia al pago de intereses de la deuda. Como la iniciativa solo se orienta a disminuir el 50% de la deuda, los países necesitan mucha ayuda externa para poder cumplir sus compromisos a largo plazo sino mejorar la salud va a ser imposible. El “techo de gastos” refleja la falta de compromiso de los países industrializados en lograr las necesidades básicas como una obligación ética. Por ahora la retórica no se tradujo en recursos necesarios.

Dada la brecha entre necesidades y compromiso de recursos para salud, el fracaso en lograr los objetivos del Milenio no sorprende. Irónicamente las agencias multilaterales financieras llegan muy tarde a movilizar a la comunidad internacional para el Fondo Global. Tendrían que reconocer que lo que dijeron en Julio 2004 acerca de que “los países para alcanzar los objetivos del Milenio debían aumentar significativamente la financiación oficial y las implicancias estructurales y macroeconómicas se deben analizar caso por caso”. Esto no parece ser útil. Tampoco lo que el FMI dice: “la capacidad administrativa está limitando los desembolsos de fondos para VIH/SIDA en Uganda”. La capacidad de los sistemas de salud es importante, pero la impredecibilidad de los donantes y su resistencia a comprometer fondos los afecta mucho más. **El BM y el FMI le deben al mundo en desarrollo un inequívoco compromiso, que serían parte de la solución del problema de financiamiento de la salud y no los perpetuadores.**

¹ Artículo publicado en Lancet 2005, 365:1821-3

* Médicos Sin Frontera, Bruselas, Bélgica.

**Instituto de Salud Poblacional, Universidad de Ottawa.

ENCUESTA DE LOS GASTOS EN VIH DE LOS PAISES DEL G7*

La Fundación de la Familia Kaiser hizo esta investigación en siete países: Canadá, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Italia, Japón y Estados Unidos. Las entrevistas fueron telefónicas excepto en Japón donde fueron cara a cara. Se entrevistó una muestra de adultos representativa de cada país entre abril y mayo 2005. En Japón es donde hubo más respuestas “No sabe”. Se presentan las preguntas y sus resultados.

1. ¿Cree que la epidemia del SIDA esta igual a como era? ¿Se están haciendo progresos o se retrocede?

En 5 de los 7 países; EEUU, Canadá, Alemania, Francia y Gran Bretaña, el 39% o más pensaban había retroceso. Solo en Italia

(55%) y Japón (43%) creían se progresaba.

2. Cuando se les preguntaba si su país daba mucho, poco o lo que correspondía para ayudar a los países no desarrollados, todos excepto Japón reconocían “daban poco” 32% o más. En Japón el 68% no sabía, en los otros entre el 10 y el 21% (Italia) no sabían. Solo en EEUU el 21% dijo mucho, en el resto menos del 10% contestó “mucho”.

3. Cuando se preguntó si EEUU donaba poco, mucho o lo necesario para asistir a los países en desarrollo, la mayoría en Canadá, Francia, Alemania y Gran Bretaña dijeron daba poco: entre 48 y 57%, en Italia lo dijo el 38% y en Japón el 7% (el 79% no sabía). Contestaron mucho entre el 2 y el 7% en cada país.

4. Cuando se les preguntó si los países industrializados excepto

el de ellos, daban mucho, poco o lo necesario, excepto Japón en los otros seis dijeron poco, entre el 35% y 42%. Mucho dijeron alrededor de 2-3%, con excepción de EEUU que el 12% dijo mucho.

Estos resultados señalan la percepción en estos países de la epidemia se basa principalmente en lo que pasa en su país, desconociendo lo que ocurre en los países pobres. Esto no impide que piensen se dona poco dinero para ayudar a los países no desarrollados en la lucha contra el SIDA y especialmente la mayoría cree EEUU dona poco. Esto evidencia la necesidad de informar a estos ciudadanos para que reconozcan la necesidad de ayuda de los países ricos a la lucha contra la epidemia y también a que así sus gobiernos se sientan más presionados a llegar al 0,7% del PBI para cooperación internacional.

* Encuesta divulgada por la Fundación de la Familia Kaiser en Julio 2005.

HUMOR



“NACIONES UNIDAS: LA META PARA FRENAR LA PROPAGACIÓN DEL SIDA ES POCO REALISTA”

por Nick Wadhams*

En una conferencia, Peter Piot, Director de ONUSIDA reconoció que no es realista esperar que el mundo vaya a alcanzar **la meta de parar la propagación del VIH/SIDA para el 2015**. Piot, dijo a los periodistas que todavía es posible alcanzar esa meta y que algunos países van a poder controlar la enfermedad. Pero aclaró, “el VIH/SIDA está propagándose mucho más rápidamente que los esfuerzos para contenerlo en algunas regiones cruciales, incluyendo Europa del Este y América Central, y parar la propagación es poca realista”. “Estamos enfrentando múltiples epidemias y la epidemia todavía se amplía”, dijo Piot. “En realidad todavía estamos en la globalización de la epidemia del SIDA”. El comentario es raro viniendo de un oficial de las NU que reconoce que por lo menos una de las Metas de Desarrollo del Milenio- una serie de aspiraciones presentadas por dirigentes mundiales en el 2000 para ser logradas para el 2015- probablemente no va a ser alcanzada. Los líderes mundiales dicen frecuentemente que otras metas sobre el desarrollo, como disminuir la pobreza y garantizar la educación primaria universal serán difíciles de alcanzar. El objetivo de esta conferencia fue examinar el progreso en el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en junio 2001. Unas horas antes de Piot,

el Secretario General Kofi Annan advirtió que la epidemia del SIDA está acelerándose en cada continente, y señaló que sólo el 12% de la gente que necesita terapia antirretroviral en los países pobres la está recibiendo. Agregó: **“la lucha contra el SIDA es el gran desafío de nuestra era”**, Annan exigió más dinero y más decisión política. Los esfuerzos hasta ahora no han “igualado la escalada de la epidemia,” dijo. Piot, por su parte dijo que la lucha mundial contra el SIDA está presenciando sus primeras señales de éxito en África, el continente más castigado. Pero dijo que los ocho mil millones de dólares gastados este año para combatir la enfermedad tienen que ser duplicados. Instó a los líderes a tratar la lucha contra el SIDA con la misma gravedad con que manejan los temas de seguridad. En la conferencia, pidió “un salto gigante en el compromiso”, porque todavía persisten enormes brechas de financiación.

Los delegados a la conferencia fueron urgidos no sólo a mayor apoyo económico, sino lograr financiación continua para que la gente con la enfermedad sepa que no va a perder su tratamiento por falta de dinero. Piot dijo “los 7-8 mil millones de dólares en la lucha contra el SIDA hoy son insuficientes”. Piot señaló la disminución en el número de nuevas infecciones de VIH en jóvenes en Kenya, Etiopia, Rwanda, Malawi, Zambia y Uganda, donde se han comenzado programas de prevención y la gente esta siendo más educada.

Los delegados también hablaron de la investigación de vacunas y microbicidas contra el SIDA. Investigadores y ministros exigieron más interés en el desarrollo de estas nuevas tecnologías para prevenir la propagación de VIH. **“Necesitamos más técnicas preventivas, y necesitamos trabajar juntos, ricos y pobres, instituciones públicas y privadas”** dijo Kapil Sibal, el ministro de ciencia y tecnología de India. Añadió “la lucha contra el SIDA esta condenada a fracasar excepto que las mujeres se empoderen con herramientas como los microbicidas”. Gareth Thomas, un delegado y parlamentario británico, dijo que debíamos pensar que un microbicida podría ser desarrollado en cinco o seis años, mientras que tenemos que esperar por lo menos 20 años para una vacuna. “Espero que la conferencia sea una manera de reconstruir el ímpetu político para conseguir más dinero para asistencia y disminución de la deuda en países pobres que luchan contra el SIDA”, dijo. El Presidente de la Asamblea General, Jean Ping, incitó a los participantes- incluyendo 36 ministros- a hacer recomendaciones para una reunión en septiembre que va a enfocarse en la implementación de las Metas de Desarrollo del Milenio de las NU. Annan aclaró que detener la epidemia del SIDA es necesario para cumplir con **las otras metas**. “Sólo con satisfacer este desafío podremos lograr nuestras esfuerzos de construir un mundo humano, sano y justo,” dijo.

* Periodista de Associated Press, nota del 2 de junio 2005.

LA ESTRATEGIA CNN: PRESERVATIVO, AGUJAS Y NEGOCIACIÓN VS. LA ABC: ABSTINENCIA, FIDELIDAD Y PRESERVATIVOS *

Steven W.Sinding¹

Después de más de dos décadas hemos aprendido mucho sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, a veces las lecciones aprendidas se pierden en la retórica ideológica, religiosa y política que actualmente rodea la discusión sobre la epidemia. El alboroto con la estrategia de abstinencia, fidelidad y preservativos –ABC– es un excelente ejemplo, se interpreta este modelo de prevención de modo tal que podría arruinar la respuesta global. En Uganda y otros lugares la estrategia del ABC fue exitosa y redujo las tasas de nuevas infecciones, se ganó el apoyo, pero no es tan sencillo.

La realidad del SIDA en el África Subsahariana es que el matrimonio, y la ilusión de fidelidad en supuestas parejas VIH negativas, es visto cada vez más como un factor de riesgo. Los cuidadores de la salud observamos que **las mujeres casadas y monogámicas son altamente vulnerables al VIH debido a su falta de derechos dentro del matrimonio, dificultad para negociar sexo seguro, ausencias prolongadas de sus maridos y violencia doméstica.** En el África Subsahariana, como en otras partes del mundo, la mayoría de las mujeres contraen

la infección durante el matrimonio, de sus maridos. En Camboya la prevalencia cayó entre las trabajadoras sexuales pero aumenta en mujeres casadas. Un estudio reciente, más del 80% de las mujeres VIH positivas eran monogámicas, y en Rwanda 25% de las mujeres dijeron haber tenido una sola pareja en sus vidas. Estas mujeres cumplieron con el mensaje, pero aún así, la protección falló. La promoción de la abstinencia y fidelidad como la única manera de prevenir la transmisión del VIH, dejará a millones de mujeres sin capacidad de protegerse de la infección. **Mejorar las condiciones de la mujer y su capacidad de negociación son clave para cualquier estrategia de prevención.**

Otro punto difícil es el estigma del preservativo, por la asociación frecuente entre preservativos y sexo ilícito. Muchos hombres y mujeres sienten vergüenza de usar preservativos en el matrimonio, y lo rechazan. Un objetivo realmente importante es la sensibilización en el uso del preservativo, eliminar el tabú del método, y promover la comunicación en las parejas sobre su uso. El senador Mechai de Tailandia y el presidente Museveni de Uganda tuvieron la habilidad de crear las condiciones para que la discusión sobre la transmisión del VIH permitiera hablar de sexualidad en la comunidad, en la familia y en la pareja. El uso efectivo de los preservativos es un verdadero cambio de conducta. IPPF enseñó durante

años cómo usar el preservativo correctamente y realizó esfuerzos para que los jóvenes entiendan cómo usarlos adecuadamente. Promoviendo el preservativo como parte de un paquete de medidas de prevención, podemos desestigmatizar y naturalizar su uso. Los esfuerzos serios en comunicación de cambios de conducta pueden ser exitosos en retrasar el inicio sexual y limitar el número de compañeros sexuales. Pero, en ausencia de otra tecnología que proteja a las personas sexualmente activas del riesgo de infección, los mensajes de prevención deben insistir en el uso correcto y regular del preservativo.

Según declaraciones de la OMS, ONUSIDA, y UNFPA “el preservativo de látex es la única, tecnología efectiva disponible para reducir la transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual.... Los preservativos serán la única herramienta clave de prevención por muchos, muchos años...”. Según un metaanálisis realizado por ONUSIDA, el uso del preservativo es 90% efectivo en prevenir la transmisión, y su uso fue clave en la reducción de la prevalencia en muchos países. Pero donde la epidemia es ampliamente heterosexual, la efectividad del uso de preservativos no es tan clara. En Uganda, si bien el uso de preservativos tuvo un rol en la reducción de las tasas de infección, disminuir el número de parejas fue igualmente importante. El preservativo debe ser visto como una parte de estrategias

* Publicado en *Internacional Family Planning Perspective*, vol. 31, nº 1, Marzo 2005, p. 38-40.

¹ Director General de la *International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar)*, Londres. Reino Unido.

integrales que también aconsejan la abstinencia y la reducción del número de parejas. Más aún **la efectividad del preservativo para la prevención de infecciones y de embarazos radica no en la calidad del producto sino en el uso correcto y efectivo del mismo.**

Los programas de planificación familiar abundan en datos sobre la seguridad y efectividad del método, pero la continuidad de su uso es difícil de conseguir por períodos largos de tiempo.

Existe analogía entre la moralina contra el uso de preservativos y el intercambio de agujas. En ambos, los moralistas niegan la naturaleza humana y las conductas. En una evaluación del Grupo de Revisión Colaborativo Cochrane de 2004 sobre Infección por VIH y SIDA demuestra que las agujas limpias, la sustitución por metadona, y el uso de preservativos por los usuarios de drogas endovenosas son efectivos en reducir la diseminación del VIH. Por supuesto que los esfuerzos para la rehabilitación y desintoxicación deben continuar y debemos buscar métodos para mejorarlos, como proveerles servicios que reconozcan la realidad de los usuarios. **Así como la abstinencia y la fidelidad no son sustitutos del uso de preservativos, la desintoxicación y rehabilitación no son sustitutos de las agujas limpias.**

Desafortunadamente, al cambiar el concepto de ABC importantes voces internacionales- el gobierno de los Estados Unidos y el Vaticano, en particular- lo han hecho controvertido. Sus acciones no son sólo lamentables, dada su influencia sobre millones de personas en el mundo, sino que representa un retroceso en los esfuerzos para controlar la epidemia. La administración Bush ha dado pruebas claras de preferir abordajes de solo abstinencia

y evidenciaron dudas y recelo sobre la conveniencia moral y ética de proveer preservativos en los programas de prevención, argumentando, incorrectamente, que los preservativos pueden estimular las relaciones sexuales tempranas y la promiscuidad. Agentes oficiales de EEUU retiraron información científica precisa sobre la efectividad del uso de preservativos de los sitios web de varias agencias federales y cuestionaron que provea protección contra las ITS incluido el SIDA. El tema de solo abstinencia debe abordarse con cuidado, no sólo hay interrogantes sobre cómo se define y qué la hace sustentable, sino que **no** hay evidencias de que funciona. Por ser el mayor donante para VIH/SIDA, la actitud y recomendaciones del gobierno de EEUU tiene extensas y profundas consecuencias para la salud de las personas en todo el mundo. El abordaje ABC es central en la nueva Estrategia Global de SIDA de los EEUU, el gobierno canaliza un tercio del dinero para la prevención en programas basados solo en abstinencia, especialmente aquellos que aconsejan abstinencia hasta el matrimonio. La efectividad de la abstinencia como estrategia de largo plazo fue refutada por un estudio presentado en el encuentro anual de la Sociedad Americana de Psicología, que informó que el voto de virginidad era roto por el 60% de los que se comprometían, y además el 55% de los que informaron mantener su virginidad admitieron tener algún tipo de relación sexual riesgosa no vaginal.

El Vaticano realiza una campaña internacional de desinformación sobre los preservativos. No solo se hizo eco de las preocupaciones de Bush sobre la moralidad cristiana, sino que la jerarquía eclesiástica denigró los preservativos como productos defectuosos. El

Cardenal López Trujillo dijo en 2003 en un programa de la BBC “el virus del SIDA es 450 veces más chico que el espermatozoide y puede atravesar fácilmente la red que forma el preservativo”.

En contraposición la OMS e IPPF apoyados por investigaciones del Instituto Nacional de Salud de EEUU, afirmaron que “los preservativos intactos son esencialmente impermeables a partículas del tamaño de los patógenos de las ITS, incluidos los virus más chicos.” En otras palabras, la prevención de VIH a que nos hemos referido aquí no es la estrategia ABC en su forma pura, sino una forma pervertida por conservadores religiosos con gran influencia en la administración Bush y el Vaticano.

Vivimos en un mundo complejo y diverso. Además de la estrategia ABC son necesarias muchas cosas más para controlar la epidemia. El asesoramiento y testeo voluntario debe ser ligado al acceso al tratamiento; se requieren campañas de desestigmatización para promover un medio mejor para los que buscan prevención y tratamiento; se deben hacer mayores esfuerzos para mejorar la condición de niñas y mujeres. La estrategia ABC debe basarse en la ciencia, y no en la ideología. En vez de debatir CNN vs ABC, debemos reconocer la complejidad de las relaciones, que afectan todas las facetas de nuestras vidas, incluso temas como cultura, tradición, poder y condición. Debemos reconocer la desigualdad de poder en las relaciones entre hombres y mujeres, especialmente entre hombres mayores y mujeres jóvenes, y debemos diseñar intervenciones que aporten opciones basadas en la realidad. **Debemos resistir los esfuerzos para imponer principios morales. Debemos respetar al individuo y no negarle acceso a información**

o tecnologías que protejan su salud y su vida. Cuarenta años de experiencia en planificación familiar y salud reproductiva nos demostraron que empoderando a las personas para tomar decisiones informadas es la única estrategia que funciona.

Bibliografía

1. Stanecki K., The AIDS pandemic in the 21st century, U.S. Bureau of the Census, July 2002, <http://www.dec.org/pdf_docs/PNACP816.pdf>, accessed June 2004.
2. Nakamura S. et al., Projections for HIV/AIDS in Cambodia: 2000–2010, Phnom Pen, Cambodia: National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STDs, 2002.
3. Newman S. et al., Marriage, monogamy and HIV: a profile of HIV-infected women in South India, International Journal of STD and AIDS, 2000, 11(4):250–253.
4. Allen S. et al., Human immunodeficiency virus infection in urban Rwanda: demographic and behavioral correlates in a representative sample of childbearing women, Journal of the American Medical Association, 1991, 266(12):1657–1663.
5. UNAIDS, 2004 UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic, Geneva: UNAIDS, 2004.
6. World Health Organization, UNAIDS and United Nations Population Fund (UNFPA), Position statement on condoms and HIV prevention, July 2004, <http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/statement/en>, accessed July 2004.
7. Hearst N. and Chen S., Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? Studies in Family Planning, 2004, 35(1):39–47.
8. UNAIDS, 2004, op. cit. (see reference 5).
9. Cochrane Collaborative Review Group on HIV Infection and AIDS, Evidence assessment: strategies for HIV/AIDS prevention, treatment and care, July 2004, <<http://www.igh.org/Cochrane>>, accessed July 2004.
10. Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), Bush visits Uganda and praises “ABC” approach in spite of administration’s preference for abstinence-only-until-marriage, Policy Update, July 2003, <<http://www.siecus.org/policy/PUupdates/arch03/arch030065.html>>, accessed Feb. 11, 2004.
11. Dailard C., Understanding ‘abstinence’: implications for individuals, programs and policies, Guttmacher Report on Public Policy, 2003, Vol. 6, No. 5, pp. 4–6.
12. Di Censo A. et al., Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials, BMJ, 2002, 324(7351): 1426
13. Lipsitz A., Bishop P.D. and Robinson C., Virginity pledges: who takes them and how well do they work? presentation at the annual convention of the American Psychological Society, Atlanta, GA, USA, May 31, 2003.
14. Bradshaw S., Vatican: condoms don’t stop AIDS, Guardian, Oct. 9, 2003, <<http://www.guardian.co.uk/international/story/0,,1058966,00.html>>, accessed Oct. 10, 2003.
15. Ibid.
16. National Institutes of Health, Workshop Summary: Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease Infection, July 20, 2001, <<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>>, accessed Mar. 30, 2004.



EL VIH/SIDA EN EL MUNDO ISLÁMICO*

Laura Kelley¹ y Nicolás Eberstadt²

El informe examina el permanente aumento de la crisis del VIH/SIDA en el mundo musulmán, un problema antes no explorado suficientemente que evidencia el serio peligro potencial a nivel nacional, regional e internacional. Señala las principales características:

- A pesar de que en el mundo musulmán hay muchos comportamientos como: sexo antes del casamiento, adulterio, prostitución, homosexualidad y uso de drogas endovenosas, que se sabe diseminan el virus del VIH, muchos gobiernos musulmanes tardaron en responder al rápido crecimiento de la epidemia.
 - La negación del problema en el mundo musulmán se debe a: 1) la fusión entre religión y gobierno en la mayoría de los países y 2) la ausencia o debilidad de las prácticas democráticas.
 - La respuesta gubernamental es variada: algunos países como Irán y Bangladesh fueron proactivos, admitieron el problema y empezaron a trabajar, otros fueron mucho más pasivos.
- ### Implicancias políticas
- El éxito de la agresiva campaña anti VIH en Tailandia contrasta con el dramático ocultamiento de la crisis en Sud África y su resistencia a enfrentar el problema. La diferencia demuestra claramente la necesidad de que el mundo árabe enfrente el problema.
 - Si los líderes siguen ignorando el problema, el SIDA puede debilitar e incluso desestabilizar algunas de esas sociedades por la muerte de un gran número de personas de 15 a 49 años privando a estos países de los miembros más productivos.
 - Una necesidad urgente es que los esfuerzos de la fe se orienten a estudiar la infección en los trabajadores sexuales, los UDI's y las personas con estilos de vida sexual alternativos, no solo los que se declaran infectados o posiblemente infectados.
 - Se necesitan cambios legislativos y sociales, como proteger los derechos de los infectados, promover comportamientos alternativos seguros entre los grupos de más riesgo y diseminar el mensaje que ser

buen musulmán incluye cuidar a los infectados o enfermos de SIDA. Sería útil que los esfuerzos de educación y control sean parte de las actividades de caridad de cada ciudadano.

- La comunidad internacional puede ayudar asistiendo a los países pobres a establecer programas sociales, divulgar que la infraestructura de Salud Pública requiere apoyo para lograr el tratamiento o simplemente compartir experiencia sobre esfuerzos de tratamiento y cambio de conductas, pasos que deben adecuarse a las necesidades locales.

Los países islámicos están en una encrucijada frente al VIH/SIDA. Pueden elegir: no hacer nada o lentamente establecer programas de prevención y educación, o pueden enfrentar abiertamente al virus. El formidable poder de los líderes religiosos puede aplicarse a educar personas para que se protejan. La educación sexual en las escuelas mejorará el conocimiento sobre la enfermedad y su transmisión entre los jóvenes. Pero lo más importante estos países pueden llegar a los grupos más vulnerables por sus estilos de vida alternativa. Si estos países eligen ignorar a la población marginada, entonces van a ignorar gran parte del problema, y el SIDA continuará ganando.

* **Publicación de la Oficina Nacional de Investigación Asiática –NBR–, en Junio 2005.**

¹ **Investigadora del Instituto Nacional de Inteligencia de USA.**

² **Jefe de Economía Política en el Instituto Americano de Empresas y asesor del NBR.**

PREMIOS A OBISPOS CATÓLICOS*

El 1 de diciembre de 2004, Católicas por el Derecho a Decidir –CDD–, otorgaron estos premios a obispos católicos por la prevención de la propagación de VIH/SIDA. “En el 2004, la Iglesia Católica ha sido una influencia positiva y negativa en la detención de la pandemia y en la promoción de una política responsable de prevención” dijo Frances Kissling, presidenta de CDD. “Estos premios son para animar a aquellos obispos que muestran compasión y justicia para confrontar el VIH/SIDA. Enfocando en el progreso de la iglesia, también queremos llamar la atención a los obispos cuyas acciones están perjudicando a la gente en riesgo del VIH/SIDA”, agregó. La jerarquía de la Iglesia Católica estima el 26.7% de los centros de atención del VIH/SIDA en el mundo son católicos. Esto significa que la iglesia católica es la más grande institución de atención del SIDA del mundo. Sin embargo, es probable que los que se atienden en ellos no reciben información adecuada sobre preservativos como una medida de prevención.

La Comisión para la Salud de la Conferencia de Obispos Católicos de India (COCI) recibe el premio “Buen Pastor” en 2004. En Septiembre, la iglesia católica en India definió su primera política sobre la prevención del VIH/SIDA. Mientras históricamente la iglesia ha sido hostil al uso de preservativos, impidiendo su uso, los obispos de India están desarrollando una política para proveer

información sobre preservativos. Según James Veliath, coordinador del programa, “la iglesia no va a promover ni propagar el uso de preservativo. Pero, vamos a proveer toda la información disponible. En el caso de que una pareja quiera usarlos, sugerimos que hablen con el pastor y luego decidan según sus conciencias”. CDD reconoció a los 11 obispos que participaron en el desarrollo de esta política en India.

En enero 2004, el Cardenal Godfried Danneels de Bélgica planteó en la televisión una posición sobre la prevención del SIDA que tenía en cuenta la abstinencia, pero si las relaciones sexuales van a ocurrir entre gente en riesgo, se debería usar el preservativo. “Cuando una persona VIH positiva dice a su pareja, ‘Quiero tener relaciones sexuales,’ tiene que usar un preservativo” dijo el cardenal. “Moralmente, no es lo mismo que cuando se usa para no tener hijos”. En marzo 2004, el Obispo Kevin Dowling de Rustenburg, Sud África, dijo en Boston College: “La abstinencia antes del matrimonio y la fidelidad a una sola pareja son las claves para evitar la infección. Sin embargo, la iglesia opera en el mundo real... tiene que ofrecer todas las opciones, una es el uso de preservativos, no para la contracepción, pero para prevenir infecciones mortales” dijo el obispo. Usando la decisión de 1968 de la encíclica papal condenando la contracepción artificial pero apoyando el uso de contraceptivos orales para controlar el sangrado menstrual, el obispo sostiene que los preservativos juegan un rol médico similar impidiendo la infección del SIDA. “Usado para

prevenir el SIDA, el preservativo “no es un contraceptivo”. El principio básico tiene que ser discutido. La gente llega a las relaciones por varias razones. En la vida toman decisiones sobre su sexualidad. La iglesia debe ser vista como una revelación de Dios que no juzga y que da a la gente espacio para tener sus propias experiencias en la búsqueda de la dignidad humana”.

En Julio 2004, el Cardenal Cormac Murphy-O’Connor de Westminster, apoyó al Cardenal Danneels en una entrevista a la revista “El Independiente” de Inglaterra. “Podemos decir que el uso de condones es malo pero hay lugares donde puede ser lícito como cuando las relaciones pueden causar la muerte. Sería injusto hacer una ley universal”. Finalmente, CDD aplaude a la Agencia Católica para el Desarrollo en el Extranjero (ACDE) por proveer una estrategia de prevención comprehensiva y compasiva. Según Ann Smith, de ACDE., cree en la propuesta “ABC” pero en el sentido de que es uno de los ejes de los tres necesarios para una prevención efectiva. Los datos son claros: los preservativos, si se usan correcta y constantemente, reducen pero no eliminan el riesgo de la infección. Esto no puede ser excluido de la información sobre la reducción de riesgos, a pesar de la posición política o moral de los promotores. Las campañas de uso de preservativos han sido particularmente efectivas con grupos de alto riesgo como las prostitutas, las cuales no tienen tantas opciones para reducir el riesgo. Chris Bah, el director de la ACDE, confirmó esta política diciendo

* Informe de Católicas por el Derecho a Decidir, Diciembre 2004.

“la postura nuestra siempre ha sido que la única solución es la abstinencia y la fidelidad pero no se puede mentir a la gente si va a hacer su propia elección”.

Desafortunadamente, este año, el vaticano promovió una nueva monografía del Cardenal Alfonso López Trujillo, presidente del Consejo Pontificio de la Familia. “Los Valores Familiares vs. el Sexo Seguro”, el cardenal, conocido por su explosiva declaración sobre la ineficacia de los preservativos en un programa de la BBC, no representa la investigación científica para avanzar sobre su fallada e injusta versión sobre la ética del uso del preservativo. El cardenal ha sido una **oveja perdida** en su promulgación de desinformación que promueve el SIDA. El obispo

católico de Croacia se opuso a un programa de sexo seguro en las escuelas públicas por incluir preservativos para la prevención. El Obispo Valter Zupan enojó a la comunidad médica con distorsiones similares, incluso asegurando el virus pasa por los poros del preservativo y que su uso “aumenta el riesgo de infección”. En junio el Cardenal Emmanuel Wamala de Uganda, apoyó la decisión de una mujer católica de tener relaciones sin protección con su esposo infectado. “Si es malo usar el preservativo, ella tomó la decisión correcta” dijo el obispo a la BBC. El Vaticano otra vez perdió una oportunidad de cambiar su posición sobre el preservativo, promoviendo la abstinencia como la única opción. En su mensaje

para el Día Mundial de los Enfermos en Camerún, el Papa Juan Pablo II dijo: “respecto al drama del SIDA”, ya declaré es también una “patología del espíritu”. Para luchar contra el SIDA responsablemente, se debería aumentar la educación, respetando el valor sagrado de la vida y la práctica de una sexualidad correcta”.

CDD urge al Vaticano a levantar la prohibición sobre el preservativo como una cuestión de humanidad y moral. Los obispos que se oponen al uso del preservativo deben aclarar sin objeciones religiosas, no científicas. Finalmente, llaman al clero a repudiar la información incorrecta que ha sido propagada por la iglesia y promueven honestidad sobre la efectividad del condón en el futuro.

EL PAPA PROMUEVE LA ABSTINENCIA PARA ENFRENTAR EL SIDA*

El Papa Benedicto XVI dijo a los obispos de Africa que la abstinencia es la única forma segura de autoprotección para prevenir la diseminación del VIH, reiterando la enseñanza de la Iglesia Apostólica Romana a los preladados del continente más devastado por el virus. El Papa se reunió con los obispos de Sud Africa, Botswana, Swazilandia, Namibia y Lesotho. Desde su asunción el 19 de abril ya se había reunido con los obispos de Rwanda y Burundi, pero esta fue la primera vez que abordó el problema de la epidemia de SIDA en el continente. “Grande es la preocupación de que la vida en Africa, su misma fuente de esperanza y estabilidad, esté amenazada por el divorcio, el aborto, la prostitu-

ción, el tráfico de personas y una mentalidad anticonceptiva, todo lo cual contribuye al derrumbe de la moral sexual”, dijo Benedicto XVI. El Papa agregó que compartía la preocupación de los obispos por el desastre ocasionado por el SIDA y que oraba por “todos aquellos cuyas vidas fueron destrozadas por esta cruel epidemia”. La oposición del Vaticano a la promoción de los preservativos fue criticada por los que abogan su uso como un modo de ayuda para combatir la difusión del VIH. Algunos, sugirieron que usar preservativos que evitarían una muerte podría ser un mal menor. El Papa no abordó directamente sus recomendaciones en ese debate. Dijo “los insto a continuar sus esfuerzos en combatir el virus, que no sólo mata sino que amenaza seriamente la estabilidad económica y social del continente”. El Africa Subsahariana tiene más

del 60% de los 40 millones de personas infectadas con el VIH en el mundo. En marzo un estudio de las Naciones Unidas predijo que para 2025 más de 80 millones de africanos pueden morir de SIDA y las infecciones pueden aumentar a 90 millones, o sea más del 10% de la población del continente, si no se incrementan los programas de prevención y mejora el acceso a los medicamentos. Sud Africa tiene el mayor número de personas infectadas por el virus en el mundo, y se estima que entre 600 y 1000 personas mueren de SIDA cada día. El Papa dijo que “La Iglesia Católica siempre estuvo al frente de la prevención y tratamiento de esta enfermedad” y que “la enseñanza tradicional de la Iglesia probó ser la única forma segura de prevenir la diseminación del VIH/SIDA”. Por ello, agrego, “la fidelidad en el matrimonio y la

* Informe de Associated Press, 11 de junio 2005

salvaguarda que la castidad brinda siempre debe ser presentada a los creyentes, especialmente los jóvenes". El Papa tocó otro tema sensible cuando dijo que los obispos deben asegurar que los curas cumplan con sus votos

de celibato. En los años recientes debido al menor número de vocaciones sacerdotales se hicieron pedidos para que el Vaticano disminuyera los requerimientos de celibato. "Un mundo lleno de tentaciones necesita de curas que

estén totalmente dedicados a su misión" dijo Benedicto XVI. "Del mismo modo, se les solicita que en una manera muy especial se dediquen plenamente a servir a otros como Cristo hizo al adoptar el don del celibato"

LLAMADO A INVOLUCRARSE EN EL ACTIVISMO

por Stephen Lewis¹

En la respuesta al Sida se necesitan desesperadamente voces de activistas, duras, sin concesiones e informadas. Los temas son tan intensos, la situación tan precaria, para millones de personas el virus resulta un dolor y una desolación tal, que las voces de todos: expertos y científicos, así como su ciencia, debe ser convocada y escuchada. Ustedes no se convirtieron en científicos y expertos para hacer barricadas. Pero la pandemia lleva un cuarto de siglo de existencia y las respuestas todavía no se alcanzan, las preguntas aún nos rodean, e increíblemente las respuestas de la comunidad internacional continúan siendo insuficientes. Faltan solo diez años para alcanzar el objetivo de las Metas de Desarrollo del Milenio establecidas por las Naciones Unidas: la reducción de la pobreza y de la enfermedad, pero el VIH pone en riesgo los objetivos en innumerables países, particularmente en África. No hay otra opción, cada uno según como estemos involucrados, especialmente los que tienen más influencia y respeto, tienen que

hablar de estos temas con coraje y claridad.

Enumeraré siete:

Primero, la Cumbre del Grupo de los 8 fue una desilusión. Consideremos la deuda externa, la cancelación para 18 países, 14 en África, fue un comienzo, pero África aún carga con el peso insuperable de 200.000 millones de deuda, deuda que descalabra la lucha contra la pobreza y la epidemia. Si consideramos el comercio, el G8 ofreció solo palabras resonantes sobre subsidios agrícolas, y por supuesto nada más, ya que todo depende de las negociaciones en la Organización Mundial de Comercio en su próximo encuentro en diciembre. Si analizamos la ayuda exterior, si bien se duplicó en África, todavía estamos lejos de alcanzar el 0,7% del PBI para esta ayuda. Por ejemplo para el 2006 de los 3 billones de U\$S requeridos por la cuenta Desafío del Milenio solo tiene 1,7 billones.

Segundo, debido a la brillante iniciativa "3 por 5" de la OMS, más de un millón de personas están ahora en tratamiento que de otra forma estarían muertas. Al establecer el objetivo y romper la inercia del mundo, la OMS destrabó el irreversible momento del tratamiento. Casi todos los gobiernos africanos están buscando los antirretrovirales para su gente. Se

habla de acceso universal como objetivos intermedios. La iniciativa 3 por 5 nos mostró que ninguna reducción de terapia para los que la necesitan es aceptable. Sin embargo hay detractores, incluso dentro de las NU se necesitan voces tenaces para mantener el 3 por 5 en funcionamiento.

Tercero, el Fondo Global para combatir el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria necesita más fondos según estimaciones de ONUSIDA y la OMS faltan 18 billones de U\$S entre 2005 y 2007, y para 2008 se requerirán 22 billones anuales sólo para el SIDA. El Fondo Global surgió como un mecanismo formidable de financiación en la lucha contra enfermedades transmisibles. Merece todo nuestro apoyo, seguramente hay reclamos contra su accionar, pero no existe en la historia internacional un proyecto de financiación tan amplio y rápido que salve tantas vidas en su ejecución. Sus voces son indispensables, el Fondo no debe sufrir presiones para dar de baja a países que necesitan ayuda urgente.

Cuarto, quiero hacerles un pedido a cada uno: **trabajen para que la inequidad de género se acabe**. Si algo nos enseñó esta epidemia, es la gran vulnerabilidad de las mujeres, y el mayor fracaso de la respuesta al SIDA es en intervenciones a favor de la mujer. Se

¹ Conferencia brindada por el enviado de Naciones Unidas a África en temas de VIH/SIDA, el 24 de julio 2005 en la Apertura de la 3ª Conferencia de la Sociedad Internacional de SIDA, en Río de Janeiro, Brasil.

mueren las mujeres de África, y cada vez más las del Caribe y de Asia. Uno de los problemas es que no existen organismos multilaterales que representen los derechos y las necesidades de las mujeres del mundo. Hay agencias y organizaciones en el mundo para los niños, la educación, la salud, el trabajo, la ciencia, **pero no tenemos una agencia internacional encargada de más de la mitad de la población del mundo.** Discutiré siempre que esto se debe en gran medida al predicamento de la responsabilidad de las mujeres frente a la epidemia. **Cada agencia pretende enfrentar las necesidades de las mujeres y ninguna lo hace.** Estamos en medio de una reforma de las UN, **los incito a presionar a sus gobiernos** para que las mujeres sean el centro de estas reformas, y se cree una agencia internacional que lidere esto.

Quinto, ésta es una conferencia científica donde se examinarán los resultados de diferentes investigaciones, la búsqueda de tecnologías preventivas: las vacunas y los microbicidas. La vacuna es la prevención fundamental, y los microbicidas pueden salvar millones de vida en el camino a hallarla. **No debemos permitir ninguna interrupción en la búsqueda**

de la vacuna y los microbicidas. Todos debemos exigir a los gobiernos cumplan si no proveen los recursos necesarios o si se resisten a realizar los ensayos. Los tiempos son vitales, pero la investigación científica no puede ajustarse al tiempo. Ustedes, los científicos, deben presionar a los gobiernos y a la comunidad científica sin concesiones, hasta que ocurra el hallazgo.

Sexto, la capacitación se convirtió en un tema crucial en cada país. Es irónico, disponemos de ARV genéricos combinados a bajo costo para tratar a todos, pero carecemos de los médicos, enfermeras y demás personal de salud para hacerlo. Se requiere entrenar y asistir técnicamente. Las voces y el liderazgo de Ustedes es clave para mantener el foco en la capacitación, para que los descubrimientos puedan aplicarse.

Por último hablaré de los **huérfanos**. Su proliferación es abrumadora en muchos países y los gobiernos no tienen una propuesta de cómo manejarlo. Las familias extendidas y las comunidades tratan de asumirlos, las abuelas se hacen cargo de sus nietos y los hogares a cargo de los chicos huérfanos es un fenómeno creciente en Africa.

Estuve en una villa en las afueras de Nairobi, Kenya, visitando un grupo de mujeres que viven con VIH. Del grupo surgió una niña de diez años, que con ayuda de una traductora, contó la historia de la muerte de su madre unos días antes. Habló de las idas y venidas de su madre al hospital, de las últimas semanas en su casa, y a medida que hacía el relato lloraba tan copiosa e incontrolablemente, que por un momento se convirtió en la personificación de la pandemia. Algunos creerán que los huérfanos del SIDA son algo distante. No lo son. En la pandemia todo está ligado con todo. Por eso apelo a que ingresen a la lucha como activistas, esta conferencia es adecuada para solicitar su participación. Nos reunimos en Brasil cuyo gobierno tuvo una respuesta adecuada, todos los gobiernos tienen que buscar esa respuesta. Es una tarea hercúlea. Pero en esta batalla nadie está eximido: ningún gobierno, sector, agencia, ONG, grupo social, organización multilateral, experto, científico o profesional de la salud. Podemos vencer la pandemia, pero se necesitan las voces colectivas, sin afrentas y con principios para que esto suceda. **En otras palabras se necesitan sus voces!!**

Agradecimiento:

Este informe especial fue posible gracias a la colaboración de Kristin Soong y Alaina Burns, becarias de FLACSO que hicieron una pasantía en FEIM y de Kate Barth, que está trabajando como voluntaria en FEIM. A todas MUCHAS GRACIAS!!

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA

Por Mabel Bianco, María Inés Re, Mariana Acerbo

Presentación

El presente artículo constituye un resumen de la investigación que FEIM realizó entre febrero y mayo 2005, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Gran Buenos Aires, y la Ciudad de Bahía Blanca en la Provincia de Buenos Aires. Este estudio se implementó en el marco del Proyecto “Cumpliendo con los derechos reproductivos de las mujeres afectadas por VIH/SIDA” desarrollado por IPAS¹ en distintos países del mundo, y tuvo el propósito de monitorear los avances en el cumplimiento de dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio² relacionados con los servicios de Salud reproductiva para mujeres afectadas por VIH/SIDA: **Mejorar la salud materna (reducir en un 75% la mortalidad materna); y Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.** Se tomó como universo de análisis, por un lado la normativa nacional vigente y los documentos internacionales, y por otro el material surgido de 26 entrevistas a informantes clave: directores de programas de salud reproductiva y de VIH/SIDA, jefes de servicios, ONGs y mujeres viviendo con VIH/SIDA usuarias de los servicios públicos de salud.

Marco Normativo

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA están garantizados en Argentina por:

- La Constitución Nacional, que otorga jerarquía constitucional a Declaraciones, Convenciones y Pactos Internacionales como la Convención sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer,

¹ IPAS es una organización internacional con sede en Chapel Hill, NC, USA; dedicada a mejorar la salud reproductiva de las mujeres.

² Los Objetivos del Milenio fueron formulados durante la Cumbre del Milenio que se llevó a cabo en Naciones Unidas en septiembre del 2000 (Resolución 55/2 de la Asamblea General).

el Pacto de San José de Costa Rica y la Convención sobre los Derechos de la Niñez.

- La Ley 23798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que declara de interés nacional la lucha contra el SIDA y establece que corresponde al Ministerio de Salud el diagnóstico y tratamiento, como también su prevención. La Ley y su Decreto Reglamentario normatizan el proceder de los profesionales de salud en la detección y atención del VIH/SIDA.
- Ley Nacional 25673 que crea el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Dicha ley establece, en el Artículo 2° los siguientes objetivos del Programa:
 - a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Que ocurre en Argentina

Si bien la Argentina cuenta con un marco legal relativamente adecuado para garantizar la atención de la salud reproductiva de las MVVS, la situación de pobreza en la que viven muchas MMVS y la deficiente articulación entre los programas gubernamentales de salud reproductiva y de VIH/SIDA, atenta contra el acceso de las MVVS a una atención integral y de calidad. La pobreza constituye un factor con gran incidencia en la

progresión de la epidemia, fundamentalmente debido al aumento de la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA³. Considerando que en Argentina las mujeres, niños, adolescentes y jóvenes son los grupos más afectados por la pobreza, estos también son los más vulnerables frente al VIH/SIDA. Sumado a ello, la pobreza se evidencia como una gran barrera no solo económica, sino también geográfica y cultural de las mujeres viviendo con VIH/SIDA (MVVS) a los servicios de salud, y atenta contra la adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

Se indagó el acceso de las MVVS a información sobre salud reproductiva y la visibilidad de la temática en los servicios de salud reproductiva y de VIH/SIDA. Se observó una disociación entre lo que enuncian los responsables gubernamentales de VIH/SIDA y lo que ocurre en la realidad de los servicios de atención. En los servicios de salud reproductiva, muchas veces las MVVS son incorporadas a la rutina general de su atención y no son considerados sus intereses y necesidades particulares. Incluso se observó una resistencia y rechazo, como por ejemplo dejarles los “últimos turnos” para después desinfectar el área. En los servicios de VIH/SIDA suele haber algunos profesionales que atienden a sus pacientes de manera integral, articulando los aspectos de VIH con los de salud sexual y reproductiva (SSR) en general, pero esto es poco habitual. En la mayoría de los casos esta demanda no se cubre adecuadamente, y por lo tanto muchas MVVS evitan realizar consultas sobre SSR, debido en parte a un prejuicio existente de que estas mujeres no deben tener relaciones sexuales y menos aún tener hijos. Algunas ONGs y las organizaciones de PVVS suelen informarse acerca de quiénes son los/as médicos/as permeables a esto y sugieren a las mujeres que realicen sus consultas exclusivamente con ellos/as.

Sumado a ello, existen escasos estudios clínicos y sociales que aborden la articulación entre el VIH/SIDA y las temáticas de SSR. Cuando los hay, se evidencia una escasa difusión de los mismos entre los profesionales, situación que llama la atención, ya que estos estudios pertenecen a la esfera de los programas de VIH/SIDA y los principales receptores deberían ser estos profesionales. El círculo vicioso se cierra porque las MVVS no constituyen un grupo de presión para demandar una mejor calidad en la atención de su salud y especialmente la salud sexual y reproductiva, incluso las que

pertenecen a organizaciones con trabajo en VIH/SIDA. Por tanto la escasa demanda tanto en los servicios de salud, como en los medios de comunicación permite que el tema continúe invisibilizado. Incluso responsables de programas gubernamentales saben que aunque lo prioricen o consideren, la efectiva práctica depende de cada efector y su grupo de profesionales, asumiendo la escasa capacidad de lograr una aplicación uniforme.

Consultados los informantes clave acerca de las instancias de participación de las MVVS en el diseño de políticas y programas, surge que existen mecanismos de articulación entre el gobierno y organizaciones de personas viviendo con VIH, pero no específicamente de mujeres. Por otra parte la participación de personas viviendo con el VIH/SIDA es menor en los servicios de atención directa, sin embargo cuando existe es valorada por los profesionales. Con respecto a la participación de los profesionales de la salud⁴ en actividades de promoción y prevención, ésta es muy escasa. Sin embargo, los profesionales de la salud que se han involucrado en actividades comunitarias, manifiestan un reconocimiento al trabajo de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), ya que facilitan el trabajo del equipo médico sobre todo en tareas de prevención y acompañamiento de los pacientes a los que se les da un resultado positivo. En los entrevistados, existe un conocimiento superficial acerca de la Declaración de Derechos o las Directrices Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos de ONUSIDA y el Alto Comisionado de Derechos Humanos (1996) y también de la Declaración de Derechos de Barcelona (2002).

En las entrevistas, surgieron prejuicios que todavía persisten en algunos profesionales médicos, como por ejemplo que las MVVS en lo posible no deben tener relaciones sexuales y si las tienen no deben embarazarse. Esto los lleva a veces a aconsejar e incluso facilitar el acceso a ligadura de trompas o esterilizaciones. En Argentina la esterilización o anticoncepción quirúrgica es una práctica que no se autoriza, incluso quedó expresamente excluida en la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada en el 2002. Por el contrario en mujeres que no viven con el virus hay resistencias todavía muy importantes a autorizarlas. Nos preguntamos ¿serán realmente “elegidas” estas esterilizaciones en las MVVS? Esto no debe limitar el acceso a este MAC en las MVVS, sino mejorar la consejería para que sea realmente elegida. Además que todas las mujeres, sea que viven o no con el VIH/SIDA, accedan a este método cuando lo eligen.

Se indagó entre los entrevistados acerca de las

³ Bianco, M; Pagani, L; Re, M.I.; Correa, C. “Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires: un estudio de situación” Estudios e informes. Serie especial N°18. UNESCO/ONUSIDA/FEIM, 2003.

⁴ Se entrevistó exclusivamente a médicos de servicios hospitalarios.

posibilidades de las mujeres de acceso a anticoncepción de emergencia (AE). La misma está incorporada entre los métodos reconocidos por el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, pero el Ministerio no compra ni distribuye productos dedicados o sea específicos, como hace con los otros métodos anticonceptivos. Por lo tanto la disponibilidad de anticoncepción de emergencia con productos específicos, depende de la política de salud de cada provincia o municipio y especialmente de su capacidad de compra, de donde dependen los servicios públicos de salud.

El estudio también puso en evidencia la inexistencia de normas claras y expresas sobre prevención y diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino, y la carencia de protocolos para atención de violaciones sexuales que incorporen la prevención del embarazo con la anticoncepción de emergencia y la profilaxis de la infección con el VIH.

Estos problemas que por acción u omisión viven las MVVS se suman a la falta de acceso al aborto seguro cuando se embarazan no planificadamente. La condición ilegal del aborto, con la sola excepción de riesgo grave para la vida de la mujer y en caso de violación de mujer idiota o demente, es un factor que pone en riesgo la vida y la salud de todas las mujeres que recurren a métodos inseguros, pero más aún las que viven con el virus. De esto nadie habla en Argentina ni en muchos países de América Latina y el Caribe y el mundo. Porque hablar de los derechos sexuales y reproductivos es reconocerlos, lo que implica empezar a por lo menos interesarse por garantizarlos. De esto todavía estamos lejos en Argentina y no parece que las organizaciones y grupos de mujeres se movilizan para garantizar esto a las MVVS. Esto postergará aún más su solución, por eso abogamos por una alianza estratégica entre las organizaciones de mujeres y las de MVVS. ♦

Bibliografía

- Bianco, M.; Re, M.I.; Pagani, L; Barone, E. Estudio de Caso “Derechos Humanos y Acceso a Tratamiento para VIH/SIDA”. Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA –ONUSIDA- / Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en VIH/SIDA –LACCASO-. Buenos Aires, Argentina. 1999.
- Bianco, M; Re, M.I; Pagani, L; Barone, S “Derecho a la Salud. Acceso al tratamiento del VIH SIDA”, en *Eudeba / CELS* “Informe sobre la situación de los derechos humanos en Argentina”, 2000.
- Bianco, M.: “Fecundidad, Salud y Pobreza en América latina: el caso Argentino”, FEIM/UNFPA. Buenos Aires, Argentina, 1996.
- Bianco, M; Pagani, L; Re, M.I.; Correa, C. “Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires: un estudio de situación” Estudios e informes. Serie especial N°18. UNESCO/ONUSIDA/FEIM, 2003.
- Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires “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. Actualización 2004”. Diciembre, 2004.
- Coordinación SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Revista “Infosida” Año 4. Número 4. Noviembre 2004.
- Coordinación SIDA. Secretaria de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires “Vivir en positivo”. Guía para personas viviendo con VIH/SIDA, sus familiares y sus amigos”. Febrero, 2004.
- Consejo Federal de Salud, Ministerio de Salud de la Nación “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007”. Argentina, 2004.
- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación “Documento institucional del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”. http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_sexual/site/default.asp
- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación “Guía para el uso de métodos anticonceptivos”. Argentina, Febrero 2004
- FEIM; Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Secretaria de Salud, GCBA y Secretaría de Salud, Gobierno Municipal de Bahía Blanca. “Decisiones Reproductivas y Embarazo en las Mujeres que Viven con VIH/SIDA: Recomendaciones para el equipo de salud”. Argentina, 2005.
- Grupo Internacional de Mujeres y SIDA de la Sociedad Internacional de Sida, Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, Mujeres en Barcelona y Mujeres Adelante: “Las mujeres y el VIH/SIDA: Declaración de Derechos de Barcelona”. XIV Conferencia Internacional de SIDA. Barcelona, España. 11 Julio 2002.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación “Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual”. Argentina, 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación “Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH” Argentina, Septiembre 2002.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Gabinete Social de la Provincia de Buenos Aires, Componente Salud “Plan de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires sobre Sexualidad Responsable”. Argentina, 1997.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud en la Adolescencia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, “Todo bien...?”. Argentina, 2002.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA y ETS “Boletín sobre el SIDA en Argentina”. Año XI, N° 23. Octubre 2004.
- Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. “Manual de Apoyo para el trabajo de agentes de salud. Segunda edición”. Argentina, 2004.
- Ministerio de Salud de la Nación, Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS / ONUSIDA., “Plan Estratégico en VIH/SIDA y ETS 2000-2003”. Argentina, 2001
- Naciones Unidas. Objetivos del Milenio. Resolución 55/2 de la Asamblea General. Setiembre, 2000.
- Weller, S; Portnoy, F; Gogna, M. “Éxitos médicos, Desafíos humanos. Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH. Informe final. Coordinación Sida, Secretaria de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Diciembre, 2004.

(viene de pág. 8)

- Kaplan, R. y Norton, D., "Cuadro de mando integral", Ediciones Gestión 2000, Barcelona, 1997. Caps. 1, 2 y 8.
- M. Codorniz, "Técnicas de Gestión Económica para entidades sin ánimo de lucro", Editorial Hacer, Barcelona, 1997. caps. 1 y 4.
- Ahuad A./Paganelli A./Palmeiro A., "Medicina Prepara", Ed. Isalud, 1999.
- Ballve, A.M. "Tablero de Control", Ed. Macchi, 2000, Argentina.
- Kaplan R, Norton D. "Como utilizar el Cuadro de Mando Integral para Implementar y Gestionar su estrategia", Ediciones Gestión 2000, 2001, Barcelona.
- Levcovich, M. Y Schweiger, A. «Reflexiones en torno a la aplicación de un Contrato Programa en el caso de un Programa de SIDA», VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, AES, Bs.As., 1998.
- Schweiger A., "La contribución al Análisis de la Equidad desde la Evaluación Económica aplicada al Sector Salud", AES, IX Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Iguazu, Argentina, 2000.
- Schweiger, A. y Rathe, M., et al. "Estimación de gastos y financiamiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): Bases para su costeo y presupuestación" cap.14 en "La Salud Pública en las Américas", OPS-OMS, WDC, 2002.
- A. Nunes "El impacto económico del SIDA en Brasil". Proyecto financiado por SIDALAC. Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe. Fundación Mexicana para la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS, junio 2003. www.paho.org. Precios de antirretrovirales acordados en la negociación con 10 países latinoamericanos Respuesta al VIH/SIDA. Acceso a antirretrovirales.
- Freylejer V., Buscio A., Aguirre Daniel I. Cuentas nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Argentina. 1999/2000. Fundación Mexicana para la Salud. Institución privada al servicio de la comunidad. SIDALAC. Iniciativa Regional sobre SIDA para América y el Caribe.
- Del Río Chiriboga, C. Tratamientos para el SIDA y padecimientos asociados: costo y efectividad. SIDALAC. Iniciativa Regional sobre SIDA para América y el Caribe.
- Programa médico Obligatorio. Sistema de precios de referencia. Argentina 2002.
- Bloch C., Kaufmann R. Perfil Epidemiológico de los Pacientes con SIDA atendidos en Obras Sociales y Hospitales de la Provincia y Ciudad de Buenos Aires. Boletín. Proyecto LUSIDA. Argentina 2000.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Administración de Programas Especiales. Normas de financiamiento y seguimiento de beneficiarios que viven con VIH Positivo. Año 2003.
- Hellinger FJ et al Estimación del coste nacional del tratamiento de personas con enfermedad por el VIH: datos del paciente, pagador y proveedor. Journal AIDS 2000; 24:182:188.
- Freedberg KA, et al. El coste-eficacia de la terapia de combinación antirretrovírica para la enfermedad por VIH. New England Journal of Medicine 2001; 344 (11): 824831.
- Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Boletines sobre el Sida en la Argentina. Año V. N° 15. Diciembre 1998; Año VI. N° 16. Marzo 1999; Año VI. Número 17. Julio 1999; Año VI. N°18. Diciembre 1999; Año VI.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. ONUSIDA. AECI Atención Integral por Escenarios y niveles: Pautas de atención integral para Personas que Viven con VIH/SIDA en las Américas.. Abril de 2001.
- Estudio de Prevalencia de Tratamiento Antirretroviral en hospitales del Conurbano Bonaerense. Sociedad Argentina de Sida, Filial Conurbano Bonaerense. IV Congreso Argentino de Sida, 25 al 28 de noviembre de 1999, Rosario, Argentina. Abstract B 003.
- Prevalencia de la Terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH/Sida en el Conurbano Bonaerense. IX Congreso Internacional de Infectología. Buenos Aires, Argentina, 10 al 13 de abril de 2000.
- Riesgo de transmisión del VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires. Rossi, D., y otros. Centro Nacional de Referencia para el Sida (CNRS); Intercambios Asociación Civil; Asociación Civil El Retoño. Año 2001.
- Levcovich et al. Estimaciones del Gasto en Salud (2001). Ministerio de Economía, Secretaría de Política Económica. Ministerio de Salud, Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria.
- Costo del PMO. Superintendencia de Servicios de Salud (2003)
- Hamilton G. Y col. Accesibilidad a los tratamientos ARV de alta eficacia: hacia la sustentabilidad económica de las triterapias (2003).
- Hamilton G. Y col. Mercado de ARV para el VIH/Sida (2003). Programa Nacional de Lucha contra los RH, Sida y ETS. Ministerio de Salud. Rep. Argentina.
- Bozzette et al. Expenditures for the care of HIV infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. NEJM Vol. 344 N°11, march 15 2001.

HUMOR



PAISES LATINOAMERICANOS LOGRAN DESCUENTOS EN TRATAMIENTO PARA VIH/SIDA*

Negociaciones realizadas entre los gobiernos de once países de América Latina y 26 compañías farmacéuticas para reducir los precios de los antirretrovirales, los medicamentos usados contra el VIH/sida, resultaron una reducción entre 15% y 55% para los esquemas terapéuticos más utilizados en la región. Un esquema de terapia básica (AZT+3TC+NVP), cuyo costo ofrecido por la industria farmacéutica en el 2003 fue u\$s 350 anuales por paciente, podría llegar a costar u\$s 241. Para una de las más complejas (D4T+DDI+LPV/rtv), el costo de u\$s 2.489 fue reducido en un 55% y costaría u\$s 1.123 anuales por paciente. Las negociaciones permitirán que los países puedan reducir su gasto en ARV entre 9% y 66%. De esta manera, América Latina está cerca de convertirse en la primera región del mundo en desarrollo que ofrecerá tratamientos antirretrovirales a todas las personas que lo necesiten. «Nosotros queremos comprar más, no menos medicamentos, pero queremos comprar mejor. Pretendemos hacer equilibrio entre lo que es la innovación, el precio, la calidad, y las negociaciones entre países mas grandes y más chicos, que a veces suelen ser no sólo prisioneros de sus déficit económicos sino también de su poca capacidad de negociación», afirmó el Ministro de Salud y Ambiente Argentino. Destacó: “la responsabilidad social y empresaria que han tenido los laboratorios en este dialogo”.

Se estima que, en América Latina 1.561.000 personas viven con VIH. De ellas, 354 mil necesitan

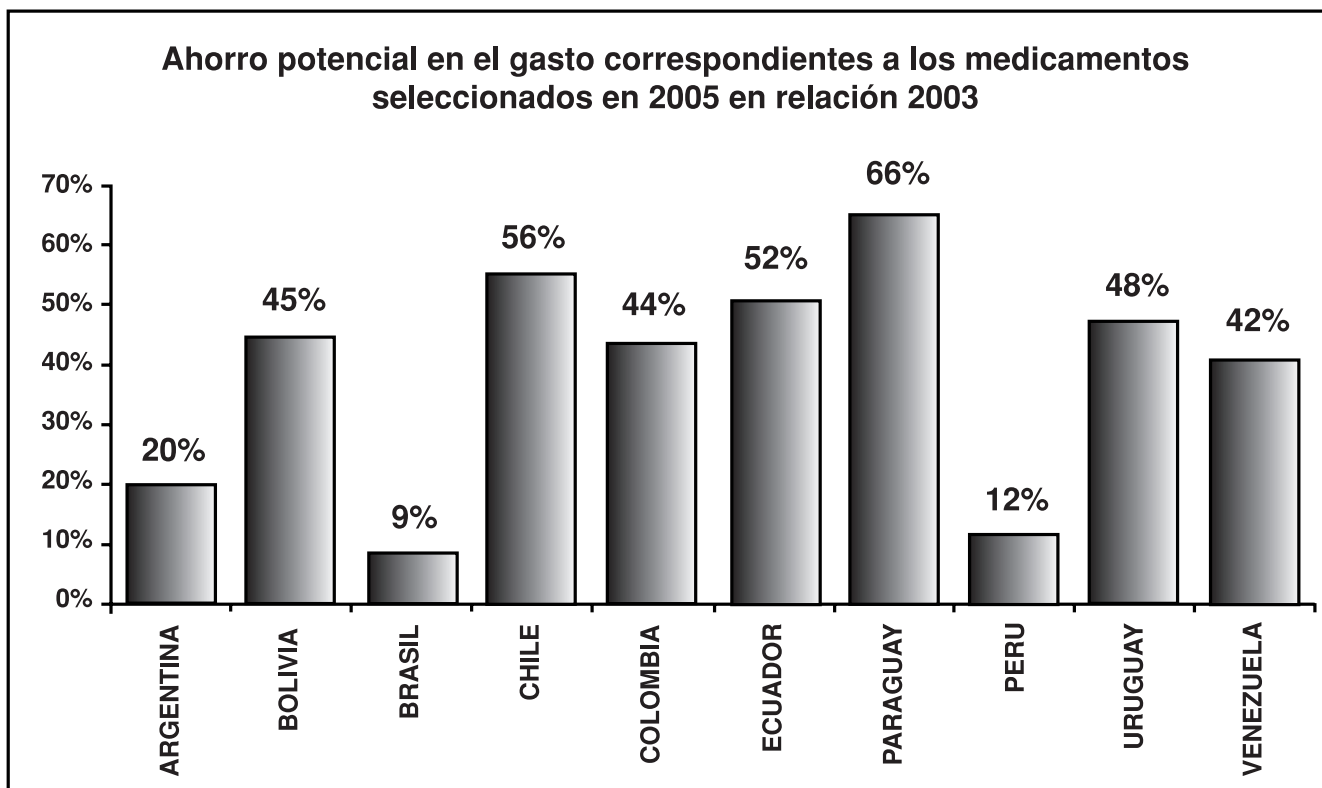
atención con ARV. En la actualidad el 73% recibe tratamiento. En África y Asia sólo un 10%. Los ministros de Salud de la región se mostraron satisfechos. Sin embargo, remarcaron el problema de la ausencia de algunas compañías de marca como la negativa de otras en negociar precios únicos regionales. “En la práctica, algunas de las grandes empresas farmacéuticas de marca están penalizando a los países más pobres, justamente al contrario de lo que pregonan en sus pronunciamientos públicos”, afirmó Jarbas Barbosa, secretario de Vigilancia Epidemiológica de Brasil. La negociación beneficiará a Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, fue conducida por los ministerios de Salud de los países, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Participaron también representantes de seis asociaciones de personas que viven con el VIH y de la sociedad civil y la Fundación Clinton.

La primera negociación fue en Lima, Perú, en junio de 2003. En ambas ocasiones participaron productores de medicamentos innovadores o de marca y genéricos, así como productores de reactivos de diagnóstico y seguimiento. El ahorro logrado proporcionado por la negociación permitirá aumentar las inversiones en otros aspectos de la atención: manejo clínico, monitoreo de laboratorio, atención de enfermería, apoyo socio-emocional y campañas de prevención.

Cuadro N°1. Costo de esquemas terapeuticos mas habituales en la región y precios negociados 2003 y 2005

Esquema	Costo Anual por paciente (En dolares)				Variacion porcentual	
	Minimo regional	Maximo regional	Precios Negociados 2005	Precios negociados 2003	Respecto del minimo regional	Respecto del precio negociado en 2003
AZT+3TC+EFV	677	2.876	573	672	-15,3%	-14,7%
AZT+3TC+NVP	241	5.336	241	317	0,0%	-24,0%
D4T+DDI+IDV/rtv	923	3.099	762	1.219	-17,5%	-37,5%
D4T+DDI+LPV/rtv	1.829	12.085	1.123	2.489	-38,6%	-54,9%
LPV/RTV + TFV + D4T	16.856	41.544	8.949	--	-46,9%	-

* Comunicado de la Reunión de Ministros de Salud en Buenos Aires, 5 de agosto de 2005.



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.

LA OTRA MITAD*

por Babatunde Osotimehin**

El mundo sabe que los africanos llevamos el peso mayor de la pandemia y que alrededor del 66% de PVVS viven en África. La enfermedad está devastando familias y destruye la economía del continente. Las niñas y mujeres son las más vulnerables, todavía no tuvimos el coraje y la decisión política de protegerlas y de que tengan poder. En Nigeria, en toda África Susahariana y el Caribe la epidemia se feminizó. Cerca del 58% de los nigerianos con VIH son mujeres. Y en todo el mundo las infecciones entre niñas y mujeres crecen rápidamente.

Hasta que no enfrentemos esta tendencia fallaremos en acabar este drama. Algunos gobiernos africanos, incluido el de Nigeria, adoptaron políticas para prevenir la infección en niñas y mujeres. Los donantes deben coordinar su apoyo y apoyar nuestros esfuerzos. Aún más, nuestros asociados políticos deben ponerse a la par de las realidades de África. Si no van a dañar a quienes dicen quieren proteger. Por ejemplo el mayor socio: el gobierno de EEUU promueve la abstinencia hasta el matrimonio para que los jóvenes no se infecten. La abstinencia es una estrategia crítica de prevención, pero no sola. Focalizar en abstinencia es asumir los jóvenes pueden elegir. Las adolescentes en Nigeria y en muchos otros países no pueden elegir, caen víctimas de la violencia y coerción. Otras se casan de niñas. La abstinencia no es una opción para ellas, tampoco pedirles a sus compañeros que usen preservativos. Es inaceptable en nuestros países que las mujeres o niñas les pidan a sus compañeros el uso del preservativo. En

Nigeria solo el 23% de los hombres lo usa regularmente y nunca con su esposa.

En Nigeria las niñas y mujeres no pueden negociar cuando, donde o con quien tienen sexo, muy pocas tienen acceso a servicios de salud y la educación sexual no es accesible a todas. Por eso en SIDA tenemos que usar enfoques múltiples de acuerdo a nuestras realidades.

Un elemento crucial es el programa nacional “Vida de familia y Educación en VIH/SIDA” que desarrollamos con organizaciones comunitarias. Este programa comprende la educación desde primaria hasta la universidad y trata temas como la autoestima y como se relacionan chicas y chicos, dando información sobre sus cuerpos, el embarazo y la enfermedad. Solo educando a los niños: varones y mujeres desde edades tempranas en forma comprensiva acabaremos la violencia y el abuso sexual, el casamiento temprano y los comportamientos sexuales inseguros.

También creemos que tenemos que invertir más en servicios de salud reproductiva por eso trabajamos con el Fondo de Naciones Unidas para Población –UNFPA. Proteger a niñas y mujeres del SIDA requiere un trabajo efectivo con donantes que quieren un diálogo abierto sobre que funciona en cada país. **Es vital que los donantes no nos impongan sus ideologías ni políticas como condición para apoyarnos. Los gobiernos deben tener la libertad de elegir las mejores estrategias para ayudar a su gente.**

* Nota de opinión publicada en el New York Times el 19 de agosto 2005.

** Presidente Comité Nacional de Acción en SIDA de Nigeria.

Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

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.



**FUNDACION
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACION
DE LA MUJER**

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

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.