



Desidamos



Sobre nuestra
sexualidad
y reproducción

Revista de FEIM • Año X • Número 1 • Junio 2002 • Argentina

- > **Adolescencia y Políticas Públicas.**
- > **Intervenciones en reducción de daños en Argentina.**
- > **Trabajadoras Sexuales y VIH/SIDA.**
- > **Tema Especial: MICROBICIDAS 2002**



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. Carlos Gurrucharri

Prof. Nelly Minyersky

Dra. Adriana Procupet (España)

Juez Martín Vazquez Acuña

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

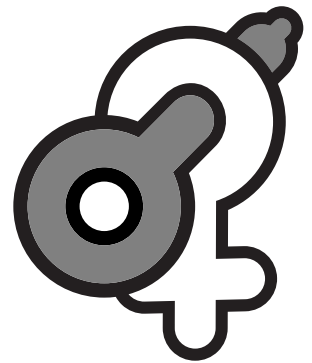
correo-e: altuna@netizen.com.ar

Revista Trimestral 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 X • Número 1

Junio 2002 • Argentina

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



Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

INDICE

EDITORIAL

“Cumplimos 10 años” por M. Bianco y L. Pagani. 3

TRABAJOS

“Trabajadoras Sexuales y VIH/SIDA: impacto de un abordaje integral de prevención” por C. Teodori, V. Fidalgo, C. Santor. 5

“Adolescentes, Derechos Sexuales y Reproductivos, y Políticas de Salud en la Ciudad de Buenos Aires” por L. Pagani, M.I. Ré, P. Madrigal. 25

“Estado y Sociedad: las intervenciones en Reducción de Daños en Argentina” por C. Rodríguez, A. Procupet, L. Vignau. 30

HUMOR

Quino 4

TEMA ESPECIAL: MICROBICIDAS 2002

“Década decisiva en la movilización para microbicidas” 10

“Dilemas del mundo desarrollado, las mujeres y los ensayos con microbicidas” por K. Dickson Tetteh. 12

“Aceptabilidad de microbicidas entre mujeres de minorías urbanas en Miami, Florida” por M.J. Fernández. 14

“Accesibilidad a los microbicidas” por E. Grovy. 15

“Introduciendo métodos controlados por las mujeres ¿Qué aprendimos de la historia y qué significa en el marco de los microbicidas?” por M. Warren. 19

“Opiniones de hombres y mujeres sobre el condón femenino en mujeres VIH+ o mujeres en riesgo de Riberão Preto, Brasil” por E. Vieira, A.A. Machado, G. Duarte y otros. 21

“Consentimiento informado en un estudio ampliado de seguridad del Carraguard: Lecciones aprendidas” por B. Friedland, E. McGrory, M. S’Phindiley y otros. 23



~ / ESTA MANÍA DE PATENTAR GENES Y EMBRIONES YA ES UN CAOS TOTAL;
AQUÍ EN LA NALGUITA DICE "MADE IN TAIWAN" !!



CUMPLIMOS 10 AÑOS

DeSIDAmos cumple sus 10 años de publicación ininterrumpida. Este no es un logro menor en Argentina y menos aún en estos tiempos. Al culminar esta primera etapa, nos renovamos. Es por ello que a partir del 2002, nos orientaremos a divulgar no sólo el VIH/SIDA, sino todo lo relativo a la sexualidad y reproducción. En ese sentido renovamos el comité editorial con la incorporación de profesionales de prestigio como las Dras. Eugenia Trumper y Adriana Basombrio y el Dr. Rodolfo Kaufman. También nuestro comité asesor fue renovado y se amplió la perspectiva y espectro de especialidades y profesiones de sus integrantes.

*Como producto de la experiencia en estos 10 primeros años, consideramos conveniente introducir en algunos números temas especiales, que por ser novedosos y por tanto menos conocidos o actualizados justifican una atención especial. En este número iniciamos esta modalidad con el tema especial **Microbicidas 2002**. En el mismo, con el auspicio y la cooperación de la Campaña Mundial para Microbicidas, publicamos las novedades y últimos avances que fueron presentados en la Conferencia Mundial: Microbicidas 2002 que se realizó del 12 al 15 de mayo en Amberes, Bélgica. Esta segunda conferencia mundial actualizó los avances en la producción y pruebas de los microbicidas, así como los estudios sobre aceptabilidad y uso, los aspectos éticos y los estudios económicos y de costo beneficio.*

*Todavía los **microbicidas** son desconocidos por muchos de quienes trabajan en temas de salud sexual y reproductiva. Si bien es cierto que hasta que existan en el mercado faltan algunos años, es necesario entender que sólo un adecuado conocimiento sobre los enormes e incommensurables beneficios que aportaran a millones de mujeres, permitirá mantener a la sociedad reclamando por ellos. Esto es algo fundamental para evitar que la falta de interés económico, posponga aún más los estudios e investigaciones para contar lo antes posible con un microbicida en el mercado.*

*Para ,queremos agradecer a nuestros anunciantes que continúan creyendo y acompañando a **DeSIDAmos**, a los integrantes del anterior comité asesor y los del actual y a los nuevos miembros del comité editorial nuestro agradecimiento. Pero por sobre todo, nuestro agradecimiento a nuestros suscriptores y lectores. **Esperamos que nos sigan acompañando!!***

*Dra. Mabel Bianco y Dra. Laura Pagani
Comité Editorial*

ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

JUNIN 1440 - TEL. 4824-1011/12 - 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.

DESIDAMOS

SUSCRIPCION 2002

La/El/Los suscribe/n
Adjuntan cheque número Banco
o efectivo por valor de \$ o U\$\$, a nombre de **FEIM** (Fundación para Estudio e Investigación de la mujer).
FIRMA..... FECHA.....
NOMBRE APELLIDO.....
DOMICILIO CIUDAD.....
PAIS CODIGO POSTAL.....
TELEFONO FAX e-mail:
PROFESION/OCUPACION.....

LUGAR DE TRABAJO
ESTE AÑO VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN EN ARGENTINA: \$10 (diez pesos), EN OTROS PAÍSES: 5 U\$\$ (cinco U\$\$)
SUSCRIPCIÓN ESPECIAL: "GANANDO AMIGOS": Permite enviar revistas a hospitales y/o personas que no pueden suscribirse UN AMIGO \$20.-, 2 a 4 AMIGOS \$30.-, 5 a 10 AMIGOS \$40.-

(RECORTAR Y ENVIAR)

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

TRABAJADORAS SEXUALES Y VIH/SIDA. IMPACTO DE UN ABORDAJE INTEGRAL

Teodori, Claudia¹; Fidalgo, Valeria²; Sartor, Cecilia³

Las prácticas de prevención y el autocuidado son difíciles en las trabajadoras sexuales por la baja autoestima y la condena social. Si estos factores no se modifican las intervenciones no son efectivas. El trabajo con la justicia y la policía permite cambios positivos.

La desventajosa situación de las mujeres frente al VIH/SIDA, es hoy, en general, más reconocida que en los primeros años de la epidemia. Para agravar su vulnerabilidad “sociocultural”, se agregan los factores biológicos que hacen más probable que las mujeres, de todas las edades, se infecten por el VIH más que los hombres durante las relaciones sexuales vía vaginal. Desde una perspectiva de género, la subordinación que muchas mujeres ocupan frente al varón obstaculiza la expresión de sus deseos y necesidades, y les impide decidir libremente cuándo y de qué modo mantener relaciones sexuales⁴, incrementándose su vulnerabilidad.

En el caso de las trabajadoras sexuales el fenómeno presenta niveles críticos: a la vulnerabilidad que caracteriza a las mujeres en general, se agregan las consecuencias del ejercicio de prácticas socialmente condenadas y estigmatizadas, cuando no ilegales. El riesgo de las trabajadoras sexuales frente al VIH y las ETS, depende en gran medida de cómo y dónde realicen su práctica. Estudios a nivel mundial sugieren que la probabilidad de que contraigan el virus depende de la situación epidemiológica del área geográfica y de otros cofactores asociados. La prostitución reviste innumerables formas y sus características varían de acuerdo al nivel socio económico, la localización geográfica y el contexto sociocultural entre otros factores.

Dificultades “técnicas” para acceder a la población en situación de prostitución así como la fuerte presencia de un doble discurso, contribuyeron a que en nuestro país, la problemática haya sido insuficientemente estudiada. El propósito de este trabajo es dar

cuenta de algunas de las características que presenta el fenómeno de la prostitución en el distrito de Moreno, uno de los más pobres del conurbano bonaerense, a partir de la experiencia de un proyecto de prevención de VIH/SIDA y ETS entre trabajadoras sexuales.

La metodología, al posibilitar un contacto sistemático con la población, permiten la profundización en términos cualitativos de ciertos aspectos centrales que atraviesan el ejercicio de la prostitución en la zona y en particular aquellos directamente relacionados con la transmisión del VIH/SIDA y las ETS. El material es heterogéneo, entrevistas individuales y grupales, estructuradas y no estructuradas a trabajadoras sexuales; datos relevados por promotoras comunitarias “*Consejeras de Salud*”; entrevistas a autoridades judiciales, policiales y personal de salud; documentos oficiales. La metodología de investigación acción orientada a la prevención, posibilitó que la población beneficiaria se involucre en las actividades como verdadero sujeto de la intervención.

La experiencia de intervención

Como continuación de la experiencia de “*Consejeras de Salud*”⁵, surge el proyecto “*Integrándonos*”⁶, que se enmarca dentro de las estrategias de Reducción de Daños. Hasta septiembre del 2001, las beneficiarias fueron 37 Trabajadoras Sexuales que viven y/o trabajan en el distrito de Moreno, de las cuales 17 tienen una participación más sistemática. La propuesta tuvo como objetivo general, la adopción -a nivel personal y profesional- de prácticas de auto cuidado y cuidado de los otros, que tiendan a disminuir el riesgo de contraer y/o transmitir el VIH.

Se realizaron en forma sistemática talleres, asesoramiento, entrega de materiales preventivos y derivaciones a servicios de salud. Las actividades

¹ Lic. en Sociología. ² Lic. en Sicología. ³ Psicopedagoga. DECIDIR Asociación Civil para la Prevención, Asistencia e Investigaciones en Problemas Sociales.

⁴ Se utiliza aquí en forma genérica la expresión trabajadoras sexuales (TS) para hacer referencia a mujeres en situación de prostitución, es decir que intercambian prácticas sexuales por dinero u otros bienes. Este intercambio puede ser permanente u ocasional, quienes lo protagonizan pueden o no reconocerse como tales. De modo que la expresión seleccionada no debe asociarse a una categoría profesional.

⁵ El proyecto “*Consejeras de Salud*” 1999-2000 capacitó durante cuatro meses a 35 mujeres “*Consejeras de Salud*”.

⁶ Campaña de comunicación focalizada del proyecto LUSIDA.

se desarrollaron en los puntos de encuentro de las trabajadoras sexuales como: cruces de rutas, paradas de colectivos, casas y otros y en la sede institucional donde funciona en forma semanal un grupo. A través del trabajo en talleres, se apuntó, en primera instancia a la construcción de vínculos de confianza sólidos entre las participantes, que permitan mejorar su inscripción relacional, a la vez que se trabajaron aspectos puntuales de la prevención del VIH/SIDA y las ETS. Se abordó la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral, la prevención y vías de transmisión del VIH/SIDA y ETS: detección, síntomas, tratamiento; negociación y uso correcto del preservativo, acceso a los servicios de Salud.

Características de la población

En general la población pertenece a los estratos económico - sociales más desfavorecidos. Marginadas de los circuitos económicos formales, encuentran en el ejercicio de la prostitución un medio de vida y reproducción familiar. En el 70% de los casos la actividad que realizan, aparece como el único ingreso familiar (jefa de familia), como la mayor parte de las mujeres pobres del conurbano. Todas tienen hijos, con un promedio de cuatro hijos cada una. En su mayoría conviven con sus hijos, en algunos casos están a cargo de abuelos o internados bajo juez de menores. En la mayoría de los casos muchos de los hijos son producto de la misma actividad, casi todas refieren embarazos no buscados ni deseados. Situación paradójica, ya que según ellas mismas expresan, la necesidad de mantener a sus hijos, es la que las empuja a la prostitución. Si bien el 30% vive en pareja, son ellas las garantes de la crianza de sus hijos no refiriendo trabajo estable de la pareja. La edad promedio es de 33 años con un rango entre 20 y 43 años. El nivel de educación formal es bajo (en particular entre quienes ejercen la prostitución en forma callejera) y se presentan casos de analfabetismo funcional.

Más de la mitad de las mujeres, lleva entre 2 y 5 años en la actividad, el 30% menos de un año, el resto las mayores del grupo, hasta 14 años. Casi todas refieren haberse iniciado por necesidad de alimentar a sus hijos y/o como producto de una separación "...empecé y me fuí quedando" o "Me dijo una amiga y probé". Sus trabajos anteriores fueron en su mayoría ama de casa, empleada doméstica y empleada industrial, en uno de los casos la actividad familiar anterior era de cirujeo. En algunos casos el ejercicio de la prostitución aparece como una alternativa frente al inicio de actividades delictivas: "Yo podría robar... pero no quiero que me fichen por eso, por mis hijos...". El 60% ejerce la prostitución en forma callejera, realizan los servicios en autos de los clientes, en hoteles alojamiento o en descampados, el 30% en un

domicilio fijo que puede ser "la casa que (les) presta un amigo", su propia vivienda, por ejemplo concretando la cita por llamadas que efectúan ellas mismas a clientes conocidos, o en recinto aldeaño a un establecimiento fabril. Se observa una modalidad de proxenetismo no tradicional policia y parejas mantenidas, que no es percibida como tal por las mismas mujeres, ni se encuadra dentro de la figura legal.

En dos de las mujeres, se registran antecedentes de consumo de drogas ilegales y alcohol. En más de la mitad, sus parejas o ex son usuarios de drogas y/o alcohólicos. Entre quienes han consumido, la droga (incluye alcohol) aparece como un medio para soportar la actividad y/o la violencia de la pareja "estaba destruida, me mataba a golpes, mandaba a los chicos a buscar un litro de vino...". En algunos casos, refieren que los clientes les ofrecen consumir y ellas se niegan o que les han colocado cocaína en los genitales o cuando practicaban una fellatio. Las que trabajan en forma callejera consideran estar más seguras, ya que vinculan el ejercicio de la prostitución en locales a las drogas, "yo nunca quise en cabaret, es un peligro por la droga que corre".

La violencia, en sus distintas formas, atraviesa la vida cotidiana de estas mujeres. En relación a la violencia doméstica refieren a pérdidas de embarazos o dolores crónicos por golpes recibidos, situaciones de sometimiento extremo y explotación por parte de la pareja, llegando a concretarse más de un intento de suicidio. Refieren violaciones por parte de ex -parejas y clientes. En cinco casos manifiestan haber sido víctimas de violaciones y/o abuso sexual en la infancia.

Violencia física y psíquica por parte de clientes y de policías. Para las que trabajan en la calle la relación con la policía es un punto conflictivo que se expresa en situaciones de corridas para evitar la detención, agresiones, detención sin clientes, presión para que se autoincriminen y/o los clientes atestigüen en su contra. En las que trabaja en la calle, todas presentan varias detenciones. No corresponde en general la aplicación de la figura 'exhibición obscena' ni 'escándalo en vía pública' ya que ofrecen sus servicios en ropa de calle: "estamos en la esquina tapadas de arriba abajo". Permanentemente se registran peleas entre las propias compañeras, por mantener la "parada", con las que quieren ingresar sean mujeres y/o travestis que puedan representar competencia.

Prácticas de riesgo respecto al VIH/ SIDA/ETS

Entre las que trabajan en la calle predomina el sexo oral o "bucal" o "francesa". En términos económicos, el valor es menor y requiere corto tiempo para su realización: de 15 a 20 minutos. En algunos casos

la elección de esta práctica por parte de los clientes está vinculada a la representación de que no se corre riesgo de contraer ETS o a problemas de erección que dificultarían la penetración—son frecuentes las referencias a diversas disfunciones sexuales de los clientes. Según la percepción de las mujeres, ese tipo de práctica las coloca en una posición física de mayor subordinación al hombre “*a veces hasta te tiran del pelo mientras (...)*”. En relación al sexo anal dicen practicarlo excepcionalmente y con clientes conocidos por el riesgo que corren de ser lastimadas.

Se registran escasos **contactos con los servicios de salud** los períodos entre consultas a clínica médica o ginecología van de 2 a 7 años y en general coinciden con la atención de los partos, refieren escasos o nulos controles de embarazo. En general no conocían el estudio del Papanicolau y sólo algunas lo habían realizado, manifiestan no haberse realizado exámen de mamas ni conocer el autoexámen.

Presentan problemas dentales y expresan dificultades para acceder a los servicios de salud, por la escasez de turnos, por la distancia y por el trato de los profesionales. Tienen gran interés por **la salud reproductiva**: de los métodos anticonceptivos identifican pastillas, preservativos e inyectables. Las que usan anticonceptivos hormonales utilizan la vía inyectable. Casi todas han escuchado hablar del DIU ninguna refiere tener o haber tenido colocado uno. Sólo tres mencionan utilización de MAC (no preservativo) “*nunca me dio por anticonceptivos, mis hijos se llevan todos dos años(...). Sí, sabía de las pastillas, el espiral...*”.

Es una constante la falta de educación sexual temprana y la deficiente comunicación con referentes adultos. Esta situación según ellas, las enfrentó a experiencias sexuales precoces y traumáticas: “*me hubiese gustado que me enseñaran, me agarraron de improviso... no sabía que era hacer el amor, no sabía lo que es un pene... me hubiera gustado saber...*”.

Una afirma haberse realizado el test de VIH hace tres años, el resto no conocía su estado serológico. Registran dudas sobre otras ETS y los síntomas que presentan: dolores, flujo, ganglios inflamados o por situaciones con clientes que les generaron temor. Se observan importantes esfuerzos por ‘*chequear*’ el estado de salud del cliente “*le aprieto fuerte a ver si sale pus o sangre*” en esos casos se niegan a atenderlo.

En relación a **la información sobre VIH/SIDA y las ETS cuentan con escasa información acerca de las vías de transmisión, la mayoría creía que con el sexo oral no había riesgo de transmisión**. No tenían clara la diferencia entre el estadio de infección por VIH y la enfermedad SIDA. De las ETS, la que más conocen es el VIH/SIDA. De las otras ETS, sólo tenían presente el nombre de la sífilis. En relación a la Hepatitis, la identifican como: “*una enfermedad más*”, sin relacio-

narla, en principio, a la transmisión sexual. Refieren un sinnúmero de contactos con probables ETS.

Se registran prejuicios en torno a las personas que viven con VIH, dificultándose la adopción de prácticas válidas de autocuidado. Aparece cierta relación de lealtad entre las mujeres y los clientes afirmando una de ellas “*si te viene legal y te dice tengo el VIH, yo lo atiendo*”. Se observa un bajo nivel de utilización del preservativo, principalmente en el sexo oral: “*con el vaginal, sí, si no hay preservativo, no pero con el oral si le decís que no, lo agarra otra; tendríamos que ponernos todas de acuerdo...*”.

En las relaciones vaginales, manifiestan usar preservativo casi siempre, aunque algunas comienzan el servicio con la boca sin preservativo. Sostienen que los clientes no quieren usar preservativo; la mayoría de sus clientes hombres grandes y ‘casados’ dicen que los preservativos son chicos, “*que les aprieta, no sienten nada, no sienten el calor de la vagina*”. Los preservativos que proveen los hoteles o los de marca ‘XX’, se rompen con facilidad. Conocen distintas marcas, pero no así la disponibilidad de variedades. Para estar más seguras, en algunos casos colocan dos preservativos desconociendo que de ese modo es probable que se rompa. No todas sabían cómo colocar el preservativo con la boca. La mayoría desconocía que la vaselina puede dañar al preservativo.

El preservativo femenino despierta gran interés, cabe destacar que nunca habían visto uno. Plantean que los preservativos deben ser fuertes porque algunos clientes “*son muy sacados*”. Entre quienes trabajan en la calle existe una mayor preocupación frente a la posibilidad de que los clientes las penetren por la fuerza impidiendo el uso de preservativo. Las que trabajan con clientes conocidos, utilizan el recurso de que no se cuidan con otro método anticonceptivo para lograr el uso del preservativo.

Con la pareja no utilizan preservativo “*el marido no se quiere cuidar*”, “*alguna vez usé con él y sino siempre me cuidé yo*”. Casi todas refieren cuidarse por el embarazo; en general no creen posible que la pareja pueda transmitirles el VIH, porque niegan la posibilidad de que tengan relaciones con otra: “*si yo que trabajo en la calle le hago todo a él ... ¿va a buscar más de lo mismo?*”.

Resultados obtenidos

Entre las trabajadoras sexuales del proyecto se registró un **importante aumento en el grado de aceptación del uso del preservativo** incrementándose, la **capacidad de negociación del uso** con los clientes. Usaron argumentos trabajados en el curso para persuadir a sus clientes: “*(...) dice no, que es chiquito!;... ¿más grande qué esto lo tenés???*”; “*... me dijo que le*

apretaba y le dije no puede ser, no lo podés tener tan grande, si no te hago un monumento..”; “(...) en ese momento me acordé que entraban cinco manos”. En varias oportunidades se probó la capacidad y resistencia del preservativo introduciendo las participantes, sus manos. Manifestaron mucho interés por la **colocación correcta** preguntando cómo actuar en caso de que no hubiera erección u otro inconveniente. Algunas mujeres que anteriormente no utilizaban esta práctica refirieron haber probado con los clientes **la colocación con la boca**. Se registraron avances en la incorporación del preservativo para el sexo oral: “*me dicen ¿flaca un bucal?, si no quiere con preservativo, me bajo*”. Para algunas prácticas, se logró la incorporación de la variedad ultra resistente y su correcto uso.

En cuanto a la **accesibilidad a los servicios socio sanitarios**, efectuaron consultas y tratamiento odontológico. Frente a las dificultades en la accesibilidad a la consulta ginecológica, se gestionó la incorporación de un consultorio para atención ginecológica en el Centro para VIH.

En relación a la **autoestima**, se identificaron cambios significativos: 1) importante apropiación del espacio por parte de las mujeres, acercan nuevas participantes que ellas mismas invitan; consultas al equipo técnico por diversas problemáticas y realizan gestiones para la capacitación a familiares y asesoramiento en relación a la recuperación de la tenencia de los hijos. Hallamos múltiples situaciones en las que ellas **brindan información sobre prevención a familiares, compañeras y clientes. Una de las mujeres, recibió el pago del cliente por la información que le había proporcionado, sin llegar al intercambio sexual.**

Se confeccionó folletería preventiva recuperando el lenguaje utilizado por ellas. En la actualidad cuatro de ellas participan como agentes multiplicadoras de la prevención en un nuevo proyecto de distribución de material preventivo dirigido específicamente a trabajadoras sexuales de la zona⁷. El ejercicio de la prostitución en el distrito es una contravención, luego de la policía, tiene competencia el Juzgado de Paz. Se articuló con este Juzgado para reducir los daños asociados al trabajo sexual como son: exposición al VIH, abuso y maltrato físico y psicológico por parte de la policía y/o clientes, el consumo de alcohol y drogas, la condena social y otras. El eje es la capacitación de las trabajadoras sexuales que, derivadas por el Juzgado, voluntariamente aceptan participar de las actividades del proyecto. A su vez, **el juzgado, se compromete a absolver de multa y arresto a las trabajadoras sexuales que cumplieren el curso de prevención, de cuatro encuentros, en caso de que sean detenidas por la policía.** Se produjo una mejora sustantiva de las relaciones de las trabajadoras

⁷ No limitándose a la provisión de preservativos y jeringas.

sexuales con el Juzgado y se registra una disminución de la hostilidad por parte de la policía.

A raíz de los resultados obtenidos por el proyecto, en la actualidad el juzgado plantea la necesidad de modificar la legislación vigente sobre prostitución en la Provincia de Buenos Aires contando con la colaboración del equipo técnico para su fundamentación.

Conclusiones


La prostitución en contextos de extrema pobreza, pone en evidencia la situación de subordinación y sometimiento de la mujer al varón. Relación que se profundiza entre las trabajadoras sexuales: varón/policía, varón/cliente, varón/pareja. Partiendo de una óptica realista que no escapa a replanteos teórico críticos, se abordó la prevención del VIH/SIDA y ETS desde la defensa de los derechos humanos a fin de contribuir a la minimización de los daños asociados al ejercicio de la prostitución.

Se llevó adelante la estrategia de Reducción de Daños desde un abordaje más complejo y comprometido con la salud integral, incluso en usuarios de drogas. Así, desde una perspectiva integral de Reducción de Daños, las acciones se orientan a la generación de espacios institucionales que garanticen una re-inscripción relacional estable (un lazo) y se constituyan en ámbito permanente de recepción y gestión de múltiples demandas postergadas.

La formación de agentes multiplicadores para la prevención amplía el alcance de las acciones y permite el abordaje entre pares, donde uno de los términos se ve potenciado y se reposiciona en relación a su par y a la comunidad. La apropiación real del discurso preventivo se consolida a través del proceso de réplica donde se pone en juego el verdadero compromiso entre aquello que se transmite desde el discurso y las prácticas personales. ♦

Bibliografía

- Celentano; A., y otros, Rosario, Fac. de C. P y RI UNR, 1999.
- Cilia, N. “El fenómeno psicosocial de “la prostitución” en Mar del Plata”. Revista DeSIDAmos Año 7 Vol. 2 FEIM, Bs. As., 1999.
- Estebanez, P.; Nájera R. “Sida y Prostitución”, Revista DeSIDAmos, Año 1 Vol. 1 FEIM, Bs. As., 1992. Estebanez, P. Nájera R. “Sida y Prostitución”, Revista DeSIDAmos, Año 1 Vol. 2 FEIM, Bs. As., 1993.
- Ford, K. y otros “Behavioral interventions for reduction of STD/HIV transmission among female sexual workers and clients in Bali, Indonesia”, 1998.
- Inchaurreaga, S. “Prostitución y Sida”, Revista DeSIDAmos, Año 4 Vol. 1 FEIM, Bs. As., 1996.
- Kornblit, A. “Y el Sida esta entre nosotros”, Bs. As., Corregidor, 1997.
- Mc Kegancy “Por que los compran sexo y cuando lo hacen como evalúan los riesgos relacionados con el SIDA?” SEISIDA Vol 5 N° 5 Madrid, 1994.



MICROBICIDAS
2002

**> Tema Especial:
MICROBICIDAS 2002**

publicación realizada
con la cooperación de



**Global Campaign
FOR Microbicides**

DÉCADA DECISIVA EN LA MOVILIZACIÓN PARA MICROBICIDAS*

Millones de mujeres de todo el mundo necesitan ayuda para prevenir la infección con el VIH y no morir. Las estrategias actuales de prevención: monogamia, uso del preservativo, reducción del número de compañeros/as y/o el tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente, en general no son posibles para ellas. Incluso cuando la mujer tiene un solo compañero, ella esta en riesgo de infectarse porque ese compañero tiene o tuvo otras relaciones sexuales. Muchas simplemente no tienen el poder para lograr que su compañero o esposo use preservativos. Para algunas, tener varios compañeros sexuales es la única forma de sobrevivir económicamente ellas y sus familias. Además en muchos países el diagnóstico y tratamiento de las infecciones transmitidas sexualmente no esta disponible y/o todavía es muy estigmatizante. Un problema mas complicado porque en las mujeres estas infecciones en muchos casos son asintomáticos.

Desarrollar un microbicida efectivo y seguro depende fundamentalmente del apoyo político y de la rapidez con que el sector público y privado invierta los recursos necesarios y coordine los esfuerzos para asegurar se logre el acceso a este desafío urgente de la salud pública.

La investigación de microbicidas implica conocer como el virus atraviesa la mucosa de los órganos genitales femeninos, y si lo hace como se puede evitar avance. Se

estudian distintos mecanismos: •matar o inactivar el virus del VIH y otros patógenos; •fortalecer las defensas normales de la vagina; •prevenir el acceso, adhesión, fusión u otro mecanismo de entrada a la mucosa; •y prevenir la replicación viral.

Aún no se conoce con precisión la secuencia entre la exposición al VIH y la infección, el virus entra en contacto con distintos tejidos, cada uno tiene diferentes características que son importantes para la eventual infección. El riesgo de infección es mayor cuando la mucosa vaginal esta inflamada o ulcerada por alguna infección. Las ETS son un problema de salud pública en sí mismas. La mayoría de los microbicidas en estudio pueden prevenir además del VIH otros gérmenes productores de ETS. La protección total se logrará combinando distintos microbicidas.

Hay tres microbicidas que están próximos a la fase III.

•**Carraguard**: un gel derivado de un alga marina que bloquea la adhesión de los patógenos a las células marcadoras, es efectivo contra VIH, herpes simple y gonorrea in vitro, en estudio fase III en Sudáfrica y Botswana, lo desarrolla el Population Council.

•**PRO-2000**: un polímero sulfonado naftaleno que bloquea la adhesión, es activo contra el VIH 1 in vitro y contra el VIH1 y VIH2 en vivo, lo desarrolla Intermeuron Pharmaceutical, Inc.

•**Buffer gel**: un gel acuoso se usa ampliamente en productos farmacéuticos, mantiene la acidez de la vagina en presencia del esperma. La desarrolla Re Protect LLC. Los dos últimos están en fase

II/III de estudio en India, Malawi, Tanzania, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe.

Financiación

La financiación pública y filantrópica fue crítica para el desarrollo de los microbicidas hasta ahora. Se necesita ampliar el financiamiento para probar y poner en el mercado un producto de primera generación rápido. En el largo plazo los microbicidas van a atraer al mercado y serán muy rentables para la inversión privada.

Para evaluar la rentabilidad potencial de los microbicidas el grupo de trabajo sobre fármaco-economía estimó la evolución de los microbicidas en los próximos 15 años. El modelo desarrollado planteó que en los países industrializados, la primera generación de microbicidas estaría disponible por prescripción, pero podrían comprarse directamente los de segunda y tercera generación. En los países en desarrollo es indispensable que sean de venta libre.

El costo de producción de la primera generación es fundamentalmente público, el análisis económico sugiere que la segunda generación va a poder salir al mercado con el subsidio del sector privado. La tercera generación ofrecería el potencial de reformas considerables estimadas en más de 428U\$S millones. El escenario más posible sugiere que la primera generación que salga al mercado y satisfaga las necesidades básicas de las mujeres de países industrializados y en desarrollo tendrá un mercado mundial de 900U\$S en

* **Extraído de la publicación "Iniciativa de Microbicidas" de la Fundación Rockefeller, mayo 2002.**

el 2011, una tercera generación debería tener ventas por más de 1,8 billones de U\$S en el 2020. Estas son estimaciones conservadoras, porque se basan en que menos del 10% de las mujeres sexualmente activas van a usar el producto. Si el producto también estuviera disponible para otras necesidades incluyendo la higiene y la salud vaginal, y la protección de las infecciones **habría un mercado potencial que excedería ampliamente los pronósticos y alcanzaría un pico de ventas hasta 5 billones de U\$S.**

Todavía hay una brecha importante entre los fondos necesarios y los disponibles. **Se necesitarán más de 775 millones de U\$S para desarrollar el producto en los próximos cinco años**, sin incluir los costos de la investigación básica, ni el trabajo sobre introducción en el mercado, ni los esfuerzos de abogacía y de distribución. Hasta ahora las estimaciones del aporte del sector público es solo de 230 U\$S millones. Las universidades, las pequeñas empresas y las organizaciones no lucrativas que están desarrollando el producto lo hacen con apoyo de donantes. Este apoyo será crítico hasta la fase III y el registro de la primera generación del producto.

Si bien existen los primeros productos por los estudios del NIH y USAID, actualmente el gobierno de Estados Unidos no tiene un presupuesto expansible. El NIH en el 2001 invirtió en microbicidas solo el 2% de su presupuesto dedicado al VIH/SIDA. Los países europeos y las agencias multilaterales y fundaciones, están mostrando verdadero interés y están empezando a tener un papel en el financiamiento de este producto. Investigadores universitarios y pequeñas empresas se están interesando en distintos países. **Pero para que se logre la promesa de**

los microbicidas se necesita que rápidamente y en forma dramática las cosas mejoren y se logren los fondos necesarios.

Evitando millones de infecciones

Investigadores de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres usaron modelos epidemiológicos para estudiar el número de infecciones que se evitarían con el uso de los microbicidas. El modelo asume que lo usarán el 20% de las personas que asisten a los servicios de salud y que lo harán en el 50% de sus relaciones sexuales. **Si es efectivo en un 60% se evitarían 2,5 millones de infecciones nuevas en mujeres, de estas el 31% serían en Asia del Este o Pacífico, 35% en Sud Asia y 27% en África Subsahariana. Si lo usara el 30% de los usuarios de servicios de salud se evitarían 3,7 millones de infecciones con el VIH en mujeres.**

¿Qué es un Microbicida?

Un método que la mujer puede aplicarse antes de tener una relación sexual, y que puede matar, neutralizar y/o bloquear al virus y también a otros agentes de infecciones transmitidas sexualmente.

Disminuir las infecciones implica disminuir costos de atención, se estima el ahorro en U\$S2,7 millones si se evitan 2,5 millones de infecciones nuevas entre el 2002 y el 2005. Esta suma puede ascender a 1 billón de U\$S si se agrega el costo de tratamiento ARV y mejora de la productividad por menos ausentismo laboral.

Preparando el acceso y uso

Los microbicidas deben ser accesibles a las mujeres más expuestas al riesgo. La prioridad son los que bloquean el VIH y las ITS. En general las novedades tecnológicas tardan 10 o más años en ser accesibles en los países pobres. Como la mayor necesidad es en esos países, es inaceptable esa demora. La aceptabilidad es clave para asegurar el uso. Se necesita un microbicida fácil de aplicar, sin efectos colaterales. Las/los usuarios prefieren que sean anticonceptivos y no anti-conceptivos, estos permitirán el embarazo sin el riesgo de infección. deberán producirse distintos tipos de productos para que los usen más personas.

Si bien las mujeres casadas son el grupo que lo usará más, hay otros grupos como los que prefieren el sexo anal, las/los trabajadoras sexuales entre otros. Al promover la incorporación al mercado no se debe concentrar en un solo grupo y menos si este puede ser estigmatizante como el de trabajadoras sexuales. El mensaje debe ser claro: son parcialmente efectivos. Se evitará dar falsa idea de protección total, si bien no puede negarse que serán más efectivos en comunidades que usan poco el preservativo. Para que lleguen a las personas que los elijan y necesiten se promoverá una amplia distribución: gobiernos, ONGs e instituciones filantrópicas, farmacias, grupos comunitarios y negocios locales como kioscos u otros. **El costo no debe ser una barrera**, se distribuirá gratis a quienes no puedan pagarlos.

El registro y patentamiento es un aspecto a estudiar en cada país para disminuir el tiempo y evitar demoras en el acceso. En muchos países es clave la aprobación en Estados Unidos y/o en Europa.

Esto obliga a que en esos países se considere que un producto poco efectivo, en un país en desarrollo puede hacer un gran impacto, por eso hay que promover un trabajo colaborativo en este tema con la participación de los actores nacionales e internacionales.

Llamado a una movilización mundial

Los microbicidas requieren una importante movilización en todo el mundo, para crear el apoyo

político, conseguir el presupuesto necesario y asegurar el interés de los gobiernos y las personas en este producto. Hay tres grupos principales: las organizaciones de mujeres, los de planificación familiar y los de VIH/SIDA. En los próximos cinco años parte del dinero debe destinarse a apoyar la abogacía de estos grupos. Por ahora los mejores resultados se deben a la Alianza para el Desarrollo de Microbicidas y la Campaña Mundial de Microbicidas. Al igual que con las vacunas, el mayor desafío es movilizar el interés por

un producto que no existe aún. Hasta ahora el progreso ocurrió.

Cómo asegurar el éxito en la década

- Logrando suficiente financiación;
- Robusteciendo el campo con más investigadores y productores;
- Asegurando colaboración entre agencias internacionales y nacionales.

Esta puede ser la Década de los Microbicidas, millones de vidas lo están esperando.♦

DILEMAS DEL MUNDO NO DESARROLLADO, LAS MUJERES Y LOS ENSAYOS CON MICROBICIDAS

Dr. Kim Dickson-Tetteh*

Destaco algunos de los desafíos y temas vinculados a los ensayos con microbicidas, no tengo las respuestas a todos los interrogantes, planteo ciertos problemas para estimular la discusión y el debate.

¿Quiénes son los miembros vulnerables de nuestras comunidades? Si recurrimos a la literatura de los 90 en relación a la epidemia de VIH, las comunidades vulnerables han sido definidas como grupos pobres, desfavorecidos y de alto riesgo. Recientemente y según mi experiencia, para la mayoría de las personas en el mundo en desarrollo, y más especialmente las mujeres, la vida desde la in-

fancia a la ancianidad transcurre bajo la pobreza, la inequidad, y el doble peso del sufrimiento y la enfermedad. ONUSIDA define como poblaciones vulnerables a las que tienen: un desarrollo económico limitado; una inadecuada protección de los derechos humanos; discriminación basada en el estado de salud; experiencia comunitaria/cultural inadecuada con la comprensión de la investigación científica; disponibilidad limitada de las opciones de atención sanitaria y de tratamiento y capacidad limitada de los individuos en la comunidad para brindar consentimiento informado.

Estamos pensando en la mayoría de las mujeres del mundo en desarrollo. En el continente africano la epidemia del VIH/SIDA ha arrasado vastas comunidades y está golpeando a la comunidad en su conjunto, la mayoría mujeres

y de los modos más diversos. La proyección del promedio de expectativa de vida de las mujeres en Sudáfrica constituye el mejor ejemplo, en 1999 era de 58 años, en el 2004 será 48 años y en el 2009 de 37 años. Rabindranath Tagore expresó: **“El destino ha otorgado a la humanidad lamentablemente una cobertura tan escasa que si la extiende hacia una parte del mundo, otra parte permanece desamparada”**.

En los países en desarrollo las mujeres se encuentran en estado de vulnerabilidad. También las mujeres de grupos minoritarios de los países desarrollados, por ejemplo los grupos del Sur de Florida en Estados Unidos.

Otro tema que genera amplios debates y plantea conflictos éticos, es el consentimiento informado. Nuestros instructivos de los ensayos clínicos realizados en

* Médica. Unidad de Investigación en Salud Reproductiva, Hospital Chris Hani Baragwanath, Soweto, Sudáfrica.

Sudáfrica indican que el consentimiento informado puede ser difícil de lograr, especialmente cuando se trata con personas de grupos vulnerables y carenciadas, donde las oportunidades para promover el alfabetismo y la educación son inadecuadas y existen barreras lingüísticas. Sin embargo no deben escatimarse esfuerzos para lograr el consentimiento informado.

“... Todos los esfuerzos deben realizarse ...”. Esto es fácil de decir pero cómo se logra? Cierta número de investigadores han intentado hacerlo. En los ensayos realizados en Tailandia sobre SIDA/VAX B/E el formulario sobre consentimiento informado tenía una extensión de 14 páginas, para cubrir todos los aspectos. El examen para ser elegible en el ensayo Carragaud TM exigía que las mujeres respondieran el 80% de las veinte preguntas. En Durban se recurrió a un líder comunitario para que actuará como enlace para ayudar a explicar y evaluar el nivel de comprensión de las analogías y los diferentes roles.

En ambos ensayos, los de Carragaud y AIDSVAX, también está escrito que “los formularios de consentimiento fueron escritos para un nivel escolar correspondiente al octavo grado...”. Pero nuestro interrogante es: ¿el octavo grado de quién? ¿de qué país? ¿El de Estados Unidos o el de Tailandia? ¿El de Sandton o el de Soweto? ¿El de la escuela de la ciudad, de la aldea o el de la villa miseria? En todos estos ensayos los formularios fueron simplificados traducidos y vueltos a traducir. Pese a todos estos esfuerzos la comprensión nunca alcanzó el 100% y en los primeros intentos demostró ser de un nivel muy bajo.

No es fácil obtener un completo consentimiento informado. No es con unas pocas frases o una actividad única, sino un proceso que es largo y complejo.

Luego está el tema de la sospecha de la comunidad y el estigma que afecta muchas veces la investigación que llevamos adelante. El VIH se vive en África como una cultura de la negación, el silencio en torno a este tema persiste. Hay mujeres que como Gugu Dlamini en Sud África son apedreadas hasta morir por atreverse a hablar del tema. En Bostwana, pese a la voluntad política y la investigación intensiva que se viene realizando, hace sólo unas pocas semanas se realizó la primera marcha con velas. Existe desconfianza en las diferentes comunidades en torno a actitudes participativas y a los ensayos clínicos, hay estigmas vinculados a los mismos. En Bostwana el reclutamiento para test voluntario en la transmisión madre e hijo es baja. En otros países existe la sospecha política de que la gente es usada como conejillos de India. Esto afecta el reclutamiento para llevar adelante ensayos y pruebas clínicas.

Otro tema para considerar en los ensayos con Microbicidas es el tratamiento para personas sero positivas. Hasta hace unos años la discusión se realizaba en torno a si se debiera brindar y que servicios en materia de prevención. Después de intensos debates todos debemos aceptar que estas necesidades deben ser cubiertas y atendidas. Seguimos en la actualidad ocupados en ensayos individuales y nacionales. “... El trabajo de discutir un tema amenazador para el diseño de pruebas con microbicidas como es: la distribución de servicios de prevención VIH/SIDA a los partici-

pantes...”, (Zaysa, Elías y Bentley “Desafíos Étnicos en la eficacia de las Pruebas con Microbicidas Vaginales para Prevención, Am J.Public Health 1998; 98 571-575). Sin embargo **el debate sobre si brindar o no tratamiento acaba de comenzar y ha producido enfurecidas controversias...**

Acogemos y alentamos el debate. Pido a los investigadores mundiales que sean justos al pensar cuando debaten. A mis colegas del mundo en desarrollo: investigadores, científicos, abogados y activistas les ruego que sean realistas en sus apreciaciones. ¿Cómo definimos un nivel de atención?, ¿Cómo definir el mejor estándar posible en cada país y qué hacemos para asegurar que se cumpla?, el acceso a tratamiento, ¿qué significa? Si brindamos tratamiento a mujeres sometidas a testeos que prueban que son seropositivas ¿debemos caracterizar ésto como coerción o como injusta inducción?. ¿Qué sucede con las personas que se seroconvierten durante la realización del ensayo? ¿Cómo las cuidamos si probablemente dentro de cinco años requerirán tratamiento? ¿Qué infraestructura ponemos en marcha al respecto? ¿Tenemos la capacidad para ocuparnos de este aspecto?

Como mujer africana necesito poder contribuir a la discusión de los temas que más nos afectan. Como dirían mis hermanas en Swazilandia “Si no gritas muy fuerte, corres el riesgo de morir sin que te hayan escuchado ...”. **No podemos permitirnos permanecer en silencio.** En Ghana somos más pragmáticas, tenemos un proverbio que traducido dice **“si no hablas mientras te cortan el pelo no tendrás un buen corte”.**♦

ACEPTABILIDAD DE MICROBICIDAS ENTRE MUJERES DE MINORÍAS URBANAS EN MIAMI, FLORIDA[•]

por Dra. M. Isabel Fernández*

Los objetivos son: 1) Discutir la importancia de estudiar la aceptabilidad de los hipotéticos microbicidas entre mujeres de minorías y con desventajas; 2) Describir un subgrupo de mujeres de minorías de Miami, Florida que participaron en una intervención de prevención del VIH; 3) Presentar un análisis preliminar de los predictores de la aceptabilidad de los microbicidas entre estas mujeres.

¿Por qué estudiar la aceptabilidad de los microbicidas en este grupo? Las mujeres de minorías o con desventajas en los Estados Unidos son las más expuestas al riesgo del VIH/SIDA. En los condados del Sur de la Florida las mujeres corresponden al 40 % de los casos de VIH registrados en los últimos dos años. Las mujeres se infectan primariamente a través del contacto heterosexual. El uso de preservativos requiere la cooperación de los compañeros, que no es siempre posible. Además las mujeres cuando la relación es estable no usan protección. Tenemos que entender cómo deciden las mujeres acerca de los métodos de protección y

asegurar que siempre elijan los más efectivos.

La intervención

Al comienzo para igualar las condiciones de exposición al preservativo de todas las participantes, recibieron una sesión dedicada exclusivamente al preservativo masculino. A continuación las mujeres fueron asignadas al azar a una opción o a múltiples. La única opción es el grupo control y sólo estuvo expuesto al preservativo femenino. Al grupo de opciones múltiples se le presentaron tres métodos preventivos ordenados según orden decreciente de seguridad: el preservativo masculino era ofrecido y estimulado su uso en primer lugar, luego el preservativo femenino como una alternativa un poco menos efectiva y por último los microbicidas como una opción futura mejor que no usar nada.

El grupo de opciones múltiples quedó integrado por 85 mujeres, según las características iniciales el 70 % estaba empleada, tenía 11,9 años de educación en promedio (rango 8 a 16 años), con una edad promedio de 33,7 años con un rango entre 19 y 50 años. Todas las mujeres eran activas sexualmente pero usaban a veces el preservativo. El 64 % de estas mujeres eran solteras o nunca se habían casado, el 27 % estaban separadas o divorciadas y sólo el 9 % habían tenido un novio

o esposo, el 20 % había tenido más de un compañero sexual y el 49 % vivía con su principal compañero. El 81 % de las mujeres había recibido plata de su compañero recientemente. El 31 % (26 mujeres) sospechaba o sabía que su compañero había tenido sexo con otras personas desde que comenzó la relación. El 42 % (36 mujeres) sabía o sospechaba que su compañero había estado preso. Seis mujeres sabían o sospechaban que ellos habían tenido una ETS y sólo una mujer sabía o sospechaba que él se inyectaba drogas.

Preguntadas cuantas habían usado el preservativo masculino o femenino en los últimos 90 días, 35 mujeres dijeron que lo usaron en todas las relaciones, 18 mujeres sólo lo usaron entre el 51 y 99 % de las relaciones sexuales, 21 mujeres lo habían usado entre un 1 y 50 % de las veces y 7 mujeres no los habían usado nunca.

Los predictores observados se agruparon según las distintas características. Demográficos: edad, años de educación, estado civil, condición de empleo y percepción de dificultades económicas. Las variables de las relaciones son si viven con el compañero, si reciben dinero del compañero y si perciben la relación fortalecida. El riesgo del VIH/SIDA se asocia al porcentaje de uso de prevención, al número de compañeros y a los factores de riesgo del compañero. La importancia futura de los microbicidas se asoció al control y

[•] Los datos presentados provienen de los siguientes subsidios: 1) Centro de Prevención y Control de Enfermedades -CDC #U-64-CCU-414926; 2) Instituto Nacional de Desarrollo Humano y Salud Infantil #R01-HD40132-01.

* **Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Miami, USA.**

a la cautela o no necesidad de informarlo al compañero sexual.

Resultados

Se observó reticencia a usar un microbicida de sólo un 20 % de eficacia, especialmente sin el uso del preservativo, 52 mujeres dijeron no lo usarían, 22 dijeron lo usarían y 8 no sabían si lo usarían. Cuando se les planteó el uso de un microbicida de 50% de eficacia, 28 mujeres dijeron que lo usarían, 10 dijeron que era poco probable que lo usaran y 47 dijeron que no lo usarían. Cuando se les planteó el uso de una microbicida de 90 % de eficacia 51 mujeres dijeron que lo usarían, 28 dijeron que no lo

usarían y 6 dijeron que no estaban seguras si lo usarían.

Se estudió la disposición a usar sólo microbicidas de una eficacia del 20 % en relación a las variables predictoras estudiadas.

Conclusiones

Estas son limitadas porque se estudió una muestra pequeña de mujeres, sólo 85; además no provenía de la población general sino de una intervención de prevención del VIH/SIDA. Por otra parte hay desafíos inherentes a estudiar la aceptabilidad de un producto hipotético que afecta los resultados.

Sin embargo podemos con-

cluir que a pesar de estudiar una muestra de mujeres participantes en una intervención de prevención del VIH, todavía muchas de ellas continuaban expuestas al riesgo de infección. La mitad de esas mujeres al final de la intervención usaban el preservativo en forma inconsistente. Si bien alrededor del 90 % informaban tener un compañero principal o esposo, un tercio sospechaba o sabía que él tenía relaciones sexuales con otra persona.

Finalmente las mujeres que decían usarían sólo un microbicida de baja eficacia eran las menos educadas, las que no recibían dinero de sus compañeros y las que tenían más necesidades económicas.♦

“ACCESIBILIDAD A LOS MICROBICIDAS”

por Elizabeth Grovy*

Mi presentación se basa en el trabajo realizado por un reducido grupo de personas reunido por la Fundación Rockefeller como parte de su Iniciativa sobre los Microbicidas. Nuestro objetivo consistió en desarrollar un marco general para el acceso a los microbicidas, y sugerir un esquema de prioridades para la acción. Este trabajo se centró fundamentalmente en mujeres y hombres en países en desarrollo.

Comenzaré con algunas reflexiones sobre la importancia de prepararse para el acceso y empleo de microbicidas, aún antes de contar con el producto. Me referiré brevemente a las cinco principales dimensiones de acceso al tema que identificamos: * **aceptabilidad**

y empleo; * entorno favorable, * disponibilidad, * posibilidad económica y aprobación regulatoria y licencias. ¿Por qué hablar de acceso a un producto que por el momento ni siquiera existe? La respuesta es simple, y extraordinariamente compleja. Todos estamos comprometidos con este trabajo a causa del devastador impacto de la epidemia de SIDA, especialmente entre las mujeres. Si el objetivo de nuestra tarea es reducir la transmisión del VIH y facilitar el empoderamiento de las mujeres, aún los productos más efectivos no serán útiles si la gente no los puede pagar, obtenerlos y/o utilizarlos.

También es una cuestión de tiempos. Varios productos ya están llegando a las pruebas de efectividad y tenemos motivos para esperar que tendremos un micro-

bicida probado dentro de pocos años. La experiencia demuestra que suele tomar una década o más un producto disponible en un país desarrollado occidental y llegar a los países en desarrollo. Muchos productos y drogas muy importantes nunca llegan a las personas en esos países. Existen expectativas crecientes para que los microbicidas sean seguros y efectivos y que rápidamente estén disponibles en los países en desarrollo. Esto debido a la urgente necesidad, a que las inversiones realizadas para desarrollarlos provienen del sector público, que el testeo clínico se realizará en los países en desarrollo, y que la demanda extraoficial para tener acceso al tratamiento ha transformado las expectativas y las responsabilidades.

* Population Council.

Aceptabilidad y uso

Los microbicidas serán productos que las mujeres utilizarán en forma permanente durante largos períodos. Se instará a mujeres y a hombres a utilizar este producto cada vez que tengan relaciones sexuales, por lo tanto el producto debe ser atractivo y fácil de usar tanto para satisfacer a los consumidores cubriendo los aspectos éticos. Los microbicidas requerirán que **conceptos complejos, como reducción de daños y efectividad parcial, sean comprensibles por las personas para efectuar elecciones informadas.**

Debemos equilibrar la urgencia por lograr el acceso rápido a los microbicidas con la necesidad de tomarse el tiempo para ayudar a que la gente comprenda cabalmente las elecciones que hace. Necesitamos asegurar que tanto mujeres como hombres quieran utilizar microbicidas, y que sepan utilizarlos correctamente. Los productos deben satisfacer las necesidades de los usuarios y ser fáciles de usar. Los usuarios potenciales deben comprender las ventajas y las limitaciones de modo que puedan hacer elecciones informadas sobre si emplearlos; y cuando así lo decidan usarlos correctamente.

Cumplir con estas metas es todo un desafío. Es necesario seguir explorando y priorizando las preferencias de los usuarios en cuanto a diseño del producto y desarrollo del mismo. Hay que explorar métodos para transmitir los aspectos que ayuden a las personas a decidir el uso de microbicidas como una estrategia de prevención, esto incluye el desarrollo y testeo de materiales, modelos y enfoques de programas para introducir el producto. **La experiencia del preservativo femenino, nos ha enseñado el valor de preparar a las mujeres para usar un nuevo método,**

y a trabajar con distribuidores potenciales del producto como farmacéuticos, trabajadores de la salud, y otros profesionales para que puedan respaldar a los usuarios y considerar las preocupaciones de las mujeres. Será necesario considerar una gama de métodos para introducir estos productos: prevención de enfermedades, salud vaginal o placer sexual, para convencer de sus ventajas a diferentes personas en distintos contextos. Estos esfuerzos tienden a resolver el desafío práctico y ético de alentar expectativas realistas sobre un producto tan urgente, necesario e intensamente deseado.

Creando un entorno favorable

La decisión de utilizar microbicidas estará influida, y/o dictada, por poderosas normas sociales y políticas. Especialmente en un producto que desafía las perspectivas de género y poder que limitan la capacidad de las mujeres para acceder a productos y servicios. Resulta imprescindible construir un entorno social que incluya políticas que apoyen el empleo de microbicidas. La comunidad internacional desempeñará un papel clave si promueve el uso de microbicidas como un aspecto integral en las campañas de prevención del VIH/SIDA y promueve su disponibilidad en los programas nacionales. Los decisores políticos en última instancia evaluarán el costo beneficio del empleo de microbicidas y otras estrategias y productos, ellos, los aprobarán para su adquisición e introducción en el mercado de cada país.

¿Cómo llevar adelante este ambicioso programa? Podemos continuar incrementando la conciencia sobre el uso de microbicidas y crear alianzas fuertes y visibles. Podemos realizar investigaciones para identificar las inquietudes de

los decisores, de los proveedores, de los dirigentes comunitarios y de los usuarios potenciales, y resolver las inquietudes de cada uno. Podemos desarrollar modelos nacionales para examinar la introducción en el mercado, la promoción, el financiamiento y la entrega. Podemos mejorar y difundir las cifras sobre los significativos beneficios de estos productos.

Disponibilidad

Los objetivos vinculados a políticas públicas deben complementarse con medidas concretas para asegurar los microbicidas estén disponibles y sean de fácil adquisición. Hay que desarrollar sistemas de introducción y distribución convenientes para los usuarios, y ser audaces y creativos. Una amplia disponibilidad del producto debe acompañarse de apoyo e información apropiados. La disponibilidad del producto es importante en relación a la producción y logística para asegurar una provisión de calidad, confiable y suficiente.

Es necesario revisar los sistemas existentes para saber si son adecuados para instalar en el mercado y distribuir microbicidas. Igualmente es necesario examinar los métodos anticonceptivos disponibles así como las drogas y los sistemas de distribución disponibles para los consumidores. Esto contribuirá a anticipar la necesidad de modificar o fortalecer dichos sistemas. Adaptar o modificar sistemas de distribución requiere tiempo, por eso debería comenzar ahora mismo. Deberíamos desarrollar modelos para estimar la demanda y ser adaptada o modificada por productos específicos. Las estimaciones de demanda son importantes para asegurar los sistemas de fabricación y distribución para su provisión su-

ficiente. Debemos ser creativos y aprender de la experiencia en la instalación en el mercado de otros productos.

Disponibilidad

La necesidad de microbicidas es mayor en las personas que menos podrán pagar, es necesario asegurar que el costo del producto no sea una barrera para su uso.

El precio tiene que ser tal que los usuarios puedan afrontarlo. Para eso, el costo del producto, el envase y la distribución deben ser lo más bajos posibles, sin afectar la calidad y seguridad. Los donantes deberían asumir el compromiso de subsidiar la producción y ofrecer mecanismos de financiación para asegurar la provisión a un costo accesible. Habrá que segmentar el mercado de manera tal que las personas tengan distintas opciones de precios al adquirir el producto. Es importante que todos los ingresos, provengan de donantes, de sistemas de salud, o de los consumidores, aseguren la viabilidad comercial del producto.

Se está desarrollando un diálogo dinámico sobre el financiamiento de medicamentos y otros productos vinculados a la promoción de la salud. Los involucrados en la producción de microbicidas deben participar y determinar qué enfoques son los mejores para instalar el producto en el mercado. Entre las mejores estrategias sobresalen las destinadas a asegurar al sector público un precio de retorno que justifique la inversión realizada en investigación, desarrollo y testeo clínico. Un listado de precios y una diferenciación en las calidades de los productos ofrecidos para establecer y proteger mercados potencialmente solventes es básico. También es necesario trabajar el enfoque de la fabricación, el

envase y la distribución para reducir costos, promover grandes adquisiciones con negociaciones más convenientes; y lograr acuerdos con los donantes para establecer un nuevo mercado para el sector público. Hay que continuar evaluando los métodos posibles de la viabilidad en el mercado del producto. En resumen, es necesario desarrollar y adaptar estrategias concretas mientras se construye un fuerte apoyo político para el financiamiento en gran escala de compra y entrega de microbicidas.

Licencias y regulaciones para aprobación

Es vital que los microbicidas se patenten lo más pronto posible, en especial en países en los que la infección del VIH se está expandiendo velozmente.

La Oficina de Administración de Alimentos y Medicamentos de USA y la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos son tradicionalmente los guardianes de los nuevos productos y medicamentos. Las autoridades nacionales que regulan la aprobación de nuevos productos deben tener los procedimientos y la información actualizada para decidir sobre los microbicidas, en base a su propia evaluación de los riesgos y beneficios posibles.

La necesidad urgente del producto debe reducir las demoras que puedan surgir por las diferentes exigencias de cada región o país. Es importante poner los sistemas a punto para estar en condiciones de supervisar la calidad del producto con eficacia, y estar en condiciones de conocer rápidamente los problemas o soluciones que brinda su uso cuando los productos estén en el mercado. Varias agencias internacionales incluyendo la Alianza para el Desarrollo de Microbicidas y la Organización Mundial de la Salud lideran

el proceso. En marzo la OMS hizo recomendaciones surgidas de una reunión y de otras iniciativas en marcha. Hay un clima favorable para aceptar un documento sobre requerimientos científicos y modos de adecuar las normas vinculadas a los microbicidas.

Muchos planificadores nacionales están realizando talleres regionales, en colaboración con investigadores de vacunas. El objetivo es familiarizar a las autoridades vinculadas a la instalación y circulación de microbicidas, y promover su colaboración a nivel regional. Se alentarán a las autoridades nacionales a examinar y aclarar los requerimientos para realizar pruebas sobre microbicidas o estudios que puedan contribuir a la planificación de tareas vinculadas al producto. Todos los vinculados al desarrollo del producto y a tareas de abogacía pueden continuar trabajando con la agencia estadounidense y la europea para esclarecer los requerimientos y prepararse para la revisión o corrección de algún aspecto. Otra medida práctica es el desarrollo de formatos corrientes para facilitar la rápida presentación del producto en diferentes países.

La lista de qué hacer es larga, ¿por dónde empezamos?. Sugiero comenzar investigando políticas entre tres y cinco países, especialmente en los que hay más pruebas clínicas para establecer un contexto favorable para el uso de microbicidas. Este análisis identificaría oportunidades y obstáculos ante cada paso para llegar a brindar un producto a los usuarios: aprobación de regulaciones, licencias, financiamiento, fabricación, aspectos legales, logística, distribución y entrega y educación del consumidor potencial.

Para asegurar la accesibilidad económica de los microbicidas es importante crear mecanismos creativos de financiación y asegurarse el compromiso de los do-

nantes. Es necesario establecer un grupo de trabajo técnico que incluya a expertos de los sectores público, y privado, especificar las medidas legales, fiscales y monetarias a establecer para que el uso de los microbicidas resulte accesible. Continuar realizando esfuerzos internacionales para definir el proceso regulatorio y responder a demandas apropiadas confiables y expeditivas. Requisitos importantes para definir el desarrollo de un producto y acelerar el proceso de testeo clínico y preparar las condiciones para promover un amplio acceso.

Debemos definir el perfil de los microbicidas en el escenario global, cultivar líderes e incrementar los recursos disponibles para investigación y desarrollo.

Es necesario responsabilizar a la comunidad internacional para que contribuya en la inclusión de microbicidas junto a los preservativos masculinos y femeninos, vacunas y tratamiento en todas las discusiones, negociaciones, declaraciones e inversiones para resolver la epidemia de VIH/SIDA. Hay que establecer alianzas

estratégicas y promover una nueva capacitación para facilitar la difusión y crear un ambiente favorable al uso.

¿Qué significa todo esto para el desarrollo del producto? En primer lugar, llevar adelante iniciativas que deben concretarse simultáneamente con el desarrollo del producto, y que deben comenzar ya. Las decisiones claves sobre el desarrollo del producto como costos, estabilidad y accesibilidad son temas que tienen implicancias para el uso futuro y acceso al producto y deben explicitarse ahora. La investigación y desarrollo debe tener en cuenta la accesibilidad y los imperativos científicos.

Es imprescindible ocuparse ya de la accesibilidad, esto contribuirá a la legalización del uso de los microbicidas, a la convicción de su uso entre colaboradores y donantes para contar con más recursos para su fabricación y distribución. Es importante aprovechar la oportunidad que tenemos de prepararnos en forma sistemática para el acceso al producto. Hay un gran número de

iniciativas mundiales a tomar que pueden cambiar el carácter de las investigaciones, y la distribución de productos vinculados a la salud pública para satisfacer las necesidades de los más vulnerables. El tema de los microbicidas es un tema central de nuestra agenda por la urgente necesidad social.

La inversión inicial provino de fuentes públicas, es preciso asegurar que la gente y la salud pública se beneficien de esta inversión. **Debemos destinar recursos, estructuras y políticas para asegurar que las mujeres puedan utilizar estos productos una vez que estén disponibles.** Es necesario planear el acceso con el mismo rigor, creatividad y nivel de inversiones que desarrollar otras esferas de salud pública. Sabemos que los productos tardan en llegar a los países en desarrollo, cada producto que no llega a las poblaciones en situación de riesgo no salvará vidas. **Si nuestros esfuerzos han de tener un impacto real en reducir y erradicar la epidemia de VIH/SIDA, asegurar la accesibilidad resulta central.**♦

¿QUÉ SABEN SOBRE MICROBICIDAS QUIENES TRABAJAN EN VIH/SIDA EN ARGENTINA?*

Durante el V Congreso Argentino de SIDA FEIM realizó un cuestionario auto-administrado a 202 de los/as participantes, 165 mujeres y 37 varones. El 61.4% habían completado su educación universitaria. El 33.6% se desempeñan en hospitales públicos, seguido por el 25.2% que trabajan en ONGs.

Interrogados/as acerca de si conocían un método de prevención del VIH de uso exclusivo de las mujeres, solo el 2.4% de las mujeres y el 5.4% de los varones señaló a los microbicidas. A la pregunta directa acerca de si conocían los microbicidas, respondieron afirmativamente solo el 24% y el 29.7% de mujeres y varones respectivamente.

Esta falta de conocimiento sobre microbicidas entre quienes trabajan en la temática de sexualidad y VIH/SIDA, constituye un reflejo de la postergación social de las necesidades de las mujeres, y evidencia la necesidad de desarrollar actividades de capacitación en este grupo, con perspectiva de género.

* Parte de los hallazgos de este estudio fueron presentados por FEIM en un poster.

INTRODUCIENDO MÉTODOS USADOS POR LAS MUJERES

¿Qué aprendimos de la historia y qué significa en el marco de los microbicidas?

Mitchell Warren*

En el 2001 en la Sesión Especial de Naciones Unidas se dijo que se deberían reducir las nuevas infecciones de VIH en un 25% en jóvenes de entre 15-24 años en los países más afectados para el 2005, y a nivel mundial para el 2010. También se dijo que las mujeres constituyen el grupo de mayor riesgo. Las agencias de Naciones Unidas destacaron la urgente necesidad de **“intensificar los esfuerzos para prevenir el VIH y las ETS en las mujeres y niñas proveyéndolas de métodos de protección femeninos autoadministrados”**. La Declaración de la UNGASS insta a brindar un apoyo creciente al preservativo femenino y al desarrollo de métodos usados por las mujeres.

Productos y Protección

Nuestra atención no se centra o por lo menos no debería ser así en los productos. Nuestro objetivo colectivo es tener un número mayor de opciones para hombres y mujeres, de manera de proteger las relaciones sexuales y prevenir nuevas infecciones. Los productos no protegen los actos sexuales por sí solos. Las personas lo hacen a través de su uso. La tecnología es el medio hacia la meta.

Frente a ésto se presentan los siguientes desafíos: Cómo identificar la urgente necesidad

de desarrollar más opciones para prevenir el VIH sin alterar el interés, el entusiasmo o reducir el financiamiento disponible para desarrollar los métodos existentes. No deberíamos tener que optar por una u otra alternativa, podemos y debemos hacer ambas cosas. Históricamente distintos factores se constituían en obstáculos para la introducción de nuevas tecnologías, a saber: sesgos del proveedor, datos limitados, dudas sobre el tamaño del mercado potencial y real utilización, infraestructura limitada para la distribución y promoción del producto, recursos o inversión limitados para capacitación, comunicación y alcance. Estos problemas no son exclusivos para un sólo producto.

El ejemplo del tampón en Estados Unidos puede considerarse como un antecedente de introducción de un producto en el mercado. En el año 1930 se incorpora y unos años después se patenta. Aproximadamente en 1936 se hace una gran campaña de publicidad gráfica. Dos años después alcanza una prevalencia de uso de entre 4 y 6%. A mediados de la década del cuarenta se publican estudios de seguridad, eficacia y aceptabilidad. Recién a partir de 1950 se expande la venta y por lo tanto el uso de taponetes.

Volviendo al preservativo femenino y a los microbicidas ya han surgido y lo harán en el futuro expresiones tales como: “Las mujeres no lo usarán”; “Esto

no es lo que quise decir cuando dije que quería un microbicida”; “No tengo tiempo para promover eso”; “No estoy convencido de su efectividad”; “Nuestras mujeres” no se insertan objetos en la vagina”; “Este microbicida no es el microbicida que queremos, desarrollemos algo mejor”; “No es para todos”; “ah!, es sucio!”; “Necesitamos aceptabilidad y/o datos eficaces de nuestro país.”; “Pero en realidad no hay demanda - funciona como una novedad”; “No todo el mundo lo usa”; “No lo usan suficientes personas”; “Las personas no lo usan en forma sostenida”; “Es un producto para trabajadoras sexuales”; “Mi pareja no quiere que lo use”.

Hay lecciones claves que surgen de la respuesta de las mujeres ante estos nuevos productos: agregar opciones aumenta la protección; los criterios de aceptabilidad se modifican en el tiempo -tanto para los usuarios individuales como para las comunidades y culturas; la práctica perfecciona su uso; las ventajas de un producto para una persona son desventajas para otra. **Se necesitan distintos métodos y elementos para distintos tipos de personas y de grupos de personas.**

Algunos supuestos sobre el sexo, sobre la sexualidad, la demanda, la aceptabilidad, los gustos y los desagradados, son verdaderos. Otros no lo son: necesidad vs. empleo; demanda vs. empleo; acceso vs. empleo. No se debe prometer más de lo posible

* The Female Health Company. USA.

ni generar expectativas irreales. El empleo sostenido del preservativo es lo más deseable, pero no todas las mujeres y hombres necesitan usar o usarán un producto todo el tiempo para producir un impacto sobre la salud pública. No es el producto, es el programa! Una vacuna -o en nuestro caso un microbicida, o un preservativo femenino- que permanece en un estante resulta inútil. Adaptado de una afirmación del Dr. Jonas Salk: "Las investigaciones científicas son fáciles comparadas con poder distribuir el producto, lograr su aceptación y su uso".

¿Qué necesitamos ahora para mejorar el uso del preservativo femenino? En primer lugar se necesitan distribuidores capacitados, esto significa tener que abordar el potencial sesgo del distribuidor, alentar su práctica invocando su excelencia, reconocer que su empleo no genera complicaciones excesivas; introducir el conocimiento de la anatomía, aspectos de la sexualidad y de la comunicación y negociación; respetar a las mu-

jeres y brindar oportunidades para ejercer control sobre sí mismas y para el empoderamiento de su sexualidad y existencia. Además **necesitamos usuarias potenciales con pleno conocimiento del funcionamiento de sus cuerpos;** usuarias potenciales con facilidad para la comunicación y aptitudes adecuadas. Se necesita educación y capacitación para los hombres y que el producto les llegue. También se necesita una red de distribución del producto y -más importante- mensaje, alcance y apoyo.

Si queremos realmente expandir el acceso necesitamos se concrete hoy una inversión de diez millones. Esto permitirá: proteger a no menos de veinte millones de actos sexuales; reducir en un 25% el costo del preservativo femenino; brindar apoyo financiero, programático, y técnico a docenas de programas comunales de países y regiones; construir bases sólidas para la creación de programas y una sólida red de distribuidores, ejecutores de programas, decisores políticos,

usuarios y socios para la introducción de microbicidas.

Conclusiones Finales

"La historia del tampón demuestra que un método no necesita ser adoptado por todos los usuarios inmediatamente para desempeñar un papel importante, y que inclusive los métodos que inicialmente despiertan controversias, pueden ser amplia y gradualmente incorporados y aceptados. La historia inicial del tampón genera una visión global en perspectiva, y genera expectativas sobre en qué punto nos encontramos con respecto al preservativo femenino. **Aunque queda mucho trabajo por delante para desarrollar microbicidas, deberíamos aprovechar del hecho de que el preservativo femenino ya está disponible y promoverlo entre quienes lo necesitan ahora**" (Latka Journal de Salud Urbana 2001).♦

OBSTÁCULOS CULTURALES Y RELIGIOSOS PARA EL USO DE MICROBICIDAS

Por Mabel Bianco*

Los valores culturales y religiosos de los usuarios y los proveedores influyen en la aceptabilidad y utilización de métodos como el preservativo femenino y los microbicidas. Los estereotipos sexuales masculinos y femeninos están caracterizados por el machismo y son en cierta forma reforzados por la religión.

Los órganos genitales son desconocidos y están asociados a lo desagradable, vergonzante, "sucio" y pecaminoso en las niñas. Para muchas mujeres y niñas de América Latina tocarse o mirarse el cuerpo desnudo es prohibido, especialmente la vulva, una zona que está asociada con la masturbación, que se considera dañino y prohibido para niñas y mujeres. A las mujeres no se les permite sentir ni gozar placer, ellas deben ser objetos de placer de otros, no de sí mismas. La fuerza y sumisión que se le pide a las niñas contrasta con la libertad y la permisividad aceptada para los varones.

Los principales obstáculos a actitudes preventivas en las mujeres se deben a la falta de conocimiento sobre su cuerpo y a anteponer el cuidado de los otros a su propio cuidado. El uso de métodos que impliquen tocarse y/o introducirse algo en la vagina exige superar estas dificultades, para ello habrá que re-socializar a las mujeres, tarea ardua pero no imposible!.

* Póster presentado en la Segunda Conferencia Mundial sobre Microbicidas, 2002

OPINIONES DE HOMBRES Y MUJERES SOBRE EL CONDÓN FEMENINO EN MUJERES VIH+ O MUJERES EN RIESGO DE RIBEIRÃO PRETO, BRASIL

Vieira, E.*; Machado, A.A.*; Duarte, G.*; Souza, R.H.B.**; Segatto, B.C.A.**; Pandolfi, T.C.**

Marco Teórico

El Ministerio de Salud (2000) decidió implementar una política de distribución de preservativos femeninos, basándose en que las mujeres brasileñas tienen dificultades en la negociación de sexo seguro con sus compañeros y quieren protegerse del VIH. De agosto 2000 a julio 2001 un total de 165 mujeres VIH positivas o mujeres en riesgo de contraer VIH participaron en reuniones educativas de prevención con distribución gratuita del preservativo masculino (PM) y femeninos (PF) en el Hospital Escuela de Ribeirão Preto, Universidad de San Pablo, Brasil. Se consideraban en riesgo a las en tratamiento por una ETS o su pareja era VIH+. Las mujeres fueron invitadas a participar de encuentros, conducidos por psicólogos y una trabajadora social, para presentarles el condón femenino. **Se informan las dificultades que ellas mencionaron en el uso del condón femenino así como las que informaron sus compañeros.**

Métodos

Tres veces a la semana se efectuaban los encuentros en

*** Facultad Medica de Ribeirão Preto, Universidad de San Pablo.

** Hospital Escuela de Ribeirão Preto, Universidad de San Pablo.

una habitación privada previa a la consulta médica. Se realizaba una entrevista individual con cada mujer y se programaban consultas de seguimiento. En cada consulta se hacía una entrevista adicional en las que se hacían preguntas acerca del uso del preservativo femenino y masculino. Se obtuvo información cualitativa a través de un cuestionario con preguntas abiertas. El procesamiento de los datos se efectuó a través del paquete estadístico STATA. Aquí se analizó sólo la primera consulta de seguimiento.

Resultados

La mayoría de las mujeres (80%) eran VIH positivas y 20% estaban en riesgo de infectarse. De las 165 mujeres monitoreadas durante un año 132(80%) eran VIH+, 26(15.8%) tenían una ETS y 7(4.2%) tenían su pareja VIH+. La edad variaba entre 15 y 64 años. La edad promedio era de 30.3, mayoría de ellas 40% tenían entre 30 y 39 años, 27% entre 25 y 29 años, 22% entre 15 y 24 años y 11% entre 40 y 64 años. La mayoría (70%) tenían una pareja estable, 24.8% estaban casadas o eran convivientes 44.8%. Las restantes eran solteras (15.8%), divorciadas (7.9%) o viudas (6.7%). Sin embargo la mayoría (90%) había experimentado el comercio sexual.

Entre las mujeres VIH posi-

vas 53(44%) informaron tener una pareja con el mismo estado serológico, 61 mujeres (50%) tenían una pareja discordante, y 6% desconocían el estado serológico de su pareja.

El nivel de educación fue bajo, sólo un tercio de las mujeres tenía nivel de escolarización mayor de ocho años. Treinta y dos mujeres (19.4%) tenían menos de cuatro años de escolaridad y cuatro eran analfabetas. La mayoría de las mujeres (78/47,2%) tenían entre 4 y 7 años de escolaridad, 30 (18%) tenía entre ocho y diez años de escolaridad y 15% tenía mas de 11 años de educación.

Se informó un alto uso del preservativo masculino, sólo 19% informó que nunca lo usó y 70% lo habría utilizado en la última relación sexual. Cuando se les preguntaba “¿su pareja usa preservativo?”, 96 mujeres (58.9%) respondieron “siempre”, 36 mujeres (22%) respondieron “algunas veces”, y 31 (19%) respondieron “nunca”. Dos mujeres no respondieron esta pregunta. La mayoría (60%) ya conocía el preservativo femenino.

A la primera consulta de seguimiento, en promedio dos meses después de la primera entrevista, concurren 74 mujeres (44%). De éstas, 78% refirieron haber usado el preservativo femenino. Las mujeres que no usaron el preservativo femenino señalaron las siguientes razones: no habrían tenido relaciones sexuales (50%)

les resultó difícil colocarse el preservativo y su pareja se oponía a su uso (25%).

Al preguntarles su opinión del preservativo femenino a las mujeres que lo utilizaron, 36% refirió que le había gustado mucho, 45% que le había gustado y 19% que no le había gustado.

Entre las razones por las cuales sus parejas gustaban del preservativo femenino estaba el considerarlo mucho mejor que el masculino. Dijeron no les gustaba por causas estéticas o problemas de adecuación durante la relación sexual.

Conclusión

La prevención secundaria es importante para contener el progreso de la epidemia de SIDA especialmente cuando la adhesión al tratamiento antiretroviral es deficiente. La mitad de las mujeres VIH positivas tenían una pareja con estado serológico discordante. Un quinto informó que nunca había usado el preservativo masculino. A pesar que menos de la mitad de las mujeres volvió para la primera consulta de seguimiento, la mayoría de éstas reportaron el uso del pre-

servativo femenino. **La oposición del compañero sexual y las dificultades para su colocación son los dos problemas principales identificados para el no uso del preservativo femenino.** Sólo un quinto de las mujeres continuó no aceptando el preservativo luego de haberlo probado. Los programas de prevención deberían centrarse en las dificultades del preservativo femenino incluir a los hombres en su promoción, y asistir a las mujeres con los problemas que tienen en la colocación del mismo. ♦

ESCENARIOS DE EVOLUCIÓN DEL MERCADO DE MICROBICIDAS**

	1ª generación	2ª generación	3ª generación
Año lanzamiento	2007	2012	2017
Formulación	Solo Vaginal	Vaginal y Rectal	Vaginal y Rectal
Indicaciones	VIH otras ETS posible anticonceptivo	VIH herpes, gonorrea HPV, clamidia y según se desee anticoncepción o no	VIH herpes, gonorrea HPV, clamidia y según se desee anticoncepción o no
Efectividad VIH	50 – 60%	70 – 90%	85 – 97%
Efectividad anticonceptiva	75 – 80%	80 – 90%	90 – 97%
Instrucciones uso	Con preservativo	Solos	Solos
Venta: • Países industrializados	por prescripción	Venta libre	Venta libre
• Países en desarrollo	Venta libre	Venta libre	Venta libre

** El modelo estimó que solo el 3% de las mujeres en los países en desarrollo y el 7% en los países industrializados usarían los microbicidas al principio, dejando mucho margen para ampliarlo. Fuente: Publicación “Iniciativa de Microbicidas”. F. Rockefeller, Mayo 2002.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO AMPLIADO DE SEGURIDAD DEL CARRAGUARD. LECCIONES APRENDIDAS

por Friedland, B.*; McGrovy, E.*; S'Phindiley, M*. y otros

El desafío de estos estudios es asegurar que el consentimiento sea verdaderamente informado y que la participación sea voluntaria. El testeó en grupos de alto riesgo y en poblaciones vulnerables, así como en estudios de diseño complejo, en lugares donde no son habituales las investigaciones médicas y que incluyen tópicos muy sensibles como la conducta sexual, la dinámica entre géneros y el VIH/SIDA, son elementos que hacen aún más complejo el desafío.

El objeto fue evaluar y lograr un mejor formulario y un proceso para obtener el consentimiento informando durante y después de este estudio ampliado en Sudáfrica. El estudio ampliado era al azar e incluía un grupo control con placebo. La selección era doble ciego. El placebo usado fue un gel de metilcelulosa. Se realizó en dos áreas y participaron 400 mujeres estudiadas entre 6 y 12 meses. Las mujeres eran sanas de 18 años o mayores, no embarazadas y VIH negativas. Las participantes del grupo control y en el estudio usaron el gel tres veces por semana y durante las relaciones sexuales vaginales usaban preservativo.

Fueron controladas mensualmente con examen ginecológico y un paquete de prevención del VIH: testeó y tratamiento de las

ETS y asesoramiento sobre sexo seguro con preservativo. Eran entrevistadas para evaluar la aceptabilidad y cumplimiento.

Formulario y proceso para el consentimiento informado

Se creó y tradujo a un léxico evaluando la consistencia y la mentalidad. Lo probaron previamente en comunidades similares, luego hicieron un taller para ajustar el léxico, tuvieron que cambiar algunos términos que no eran claros, hicieron dramatizaciones para analizar el proceso ajustándolo.

Del pretesteo surgió que no se entendía bien el principal objetivo, no se diferenciaba bien seguridad de efectividad, para adecuarlo se incorporó la palabra seguridad a lo largo del formulario. De la investigación no quedaba claro la selección al azar, fue necesario simplificar las explicaciones. Se sobreestimaba el riesgo, por ejemplo se pensaba que el gel podría causar la muerte, esto obligó a prestar más atención, y a explicar mejor los riesgos posibles, incluyendo ejemplos. Además se cuestionó la responsabilidad de los investigadores frente a los riesgos y se cuestionaron las compensaciones, debiendo clarificar los cuidados que se prestarían y aumentar las compensaciones. Otro hallazgo fue que las explicaciones eran muy largas, se las

acortaron y se las listó sintéticamente.

Se corrigió el cuestionario y se hizo un estudio piloto en el que se observó que: si bien el principal motivo era la seguridad, era importante que pensarán en mantener la seguridad frente a la enfermedad. Todavía había algunos conceptos sobre la investigación confusos que debieron arreglarse. El riesgo futuro no preocupó mucho, el papel de los investigadores estaba más comprensible y pidieron más información sobre el placebo. Para superar esto se corrigió nuevamente el formulario, se plantearon preguntas y respuestas y se elaboró un cuadernillo con fotos y analogías para facilitar la comprensión.

Evaluación

Se entrevistaron en los dos lugares una muestra de mujeres entre 9 y 10 de cada grupo. Además a los seis meses se entrevistaron todas las mujeres y se les preguntó sobre: el proceso del consentimiento informado, los materiales usados y el asesoramiento. Del consentimiento informado todas dijeron que se daba la información al reclutarlas, cubría o sobrepasaba las expectativas y trabaron una excelente relación con el personal y todas recibieron tratamiento para ETS. Sugirieron en la visita de reclutamiento se les dieran más detalles,

* Population Council, Nueva York; Universidad de Cape Town, Sudáfrica.

que se informará sobre el examen ginecológico porque se sentían mal cuando las desnudaban y las dejaban esperando. Además pidieron el testeo para el VIH sea cuatrimestral. Todas evaluaron que es imprescindible entender bien antes de aceptar participar en un estudio clínico.

En cuanto a los resultados del estudio, todas entendieron la diferencia entre seguridad y efectividad. Todas pudieron explicar cómo se las asignó a cada grupo por azar. También entendieron lo de doble ciego, sin embargo pocas pudieron explicar por qué un grupo usaba placebo. Entendieron qué era el CARRAGUARD y que todavía los microbicidas no estaban disponibles en el mercado. Sobre el proceso del consentimiento

informado y las herramientas, valoraron el asesoramiento individual. Del cuadernillo valoraron positivamente que ayudaba a entender el formulario, las fotos y/o dibujos ayudaban a comprender y les permitió o ayudó a explicarles el estudio a sus familiares. Del formulario lo consideraron largo pero reconocieron que no faltaba ninguna información.

Lecciones aprendidas y conclusiones

Para asegurar que el consentimiento informado se logre es necesario:

- Informar de todos los riesgos y de las obligaciones en forma muy precisa.

- Debe ser integral y no sobre sólo algunos aspectos.
- Debe explicar todos los conceptos incluso los difíciles.
- Hay que balancear los beneficios con el riesgo.
- Subtitular en la traducción afecta la comprensión.
- El asesoramiento continuado mejora la comprensión.
- Ordenar las preguntas conectándolas es crítico.

En conclusión que se realice este proceso es necesario para asegurar el consentimiento informado y la participación voluntaria. Para ésto se necesita un equipo local y financiamiento para garantizar las pruebas y su aplicación.♦

UN MICROBICIDA ACEPTABLE DEBE:
<ul style="list-style-type: none"> • Ser seguro usándolo a largo plazo. • Estar disponible en el mercado. • Ser de costo accesible. • Ser aplicable antes de la relación sexual con duración mínima de 8 hs. de protección • Ser fácil de aplicar. • Inodoro. • Ser de fácil limpieza. • No interferir en el placer sexual.

INFECCIONES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE –ITS–:
<p>Por año se producen en el mundo 340 millones de ITS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 170 millones de tricomoniasis. • 89 millones de clamidia. • 62 millones de gonorrea. • 12 millones de sífilis.

Esta publicación fue apoyada por la "**Campaña Mundial para los Microbicidas**" del Programa de Tecnologías Apropriadas en Salud -PATH-



ADOLESCENCIA, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Dra. Laura Pagani**, Lic. María I. Re**, Lic. Paloma Madrigal***

Informarse y hablar de sexualidad no es fácil en Argentina, menos aún para las adolescentes. La mayoría desconoce sus derechos y se sienten vulnerables y desprotegidas. Ni la familia, la escuela, los servicios de salud, las iglesias y otros ámbitos son visualizados como protectores.

Introducción

En el año 2000 la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer FEIM desarrolló el Proyecto “*Adolescencia, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas*”, cuya población objetivo fueron mujeres adolescentes de 12 a 17 años de edad de la Ciudad de Buenos Aires y las políticas públicas hacia ellas. El propósito de este Proyecto fue investigar el conocimiento de las adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos, analizar y visibilizar la vulnerabilidad de las mismas frente a las ETS, el VIH/SIDA y el embarazo adolescente, y elaborar propuestas de políticas públicas y programas destinados a promover el ejercicio de estos derechos. Los datos obtenidos y analizados durante la primera fase permitieron crear, conjuntamente con las adolescentes, propuestas para discutir políticas públicas con decisores políticos, especialmente sobre salud sexual y reproductiva.

Se realizaron cinco grupos focales en escuelas públicas medias y uno religioso, participaron 78 mujeres adolescentes del sector medio bajo. Luego del análisis y sistematización de la información obtenida se realizó una segunda reunión con cada grupo donde se les efectuó una devolución de sus aportes, y se las invitó a proponer políticas públicas y programas para presentar a los niveles gubernamentales de educación, salud, mujer y juventud.

Hallazgos

Se estructuraron en tres ejes temáticos: **derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos,**

* Extraído del Informe Final del Proyecto “*Adolescentes, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas*, desarrollado por FEIM con apoyo de la Dirección General de la Mujer, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

** Médica ginecóloga y licenciada en Trabajo Social, miembros de FEIM.

***Licenciada en Historia, rotante en FEIM.

atención de la salud. Frente a la pregunta de “¿cuáles son tus derechos?”, las adolescentes citaron principalmente los derechos sociales y civiles básicos como el derecho a la identidad, a la educación, a la vivienda, a la alimentación, a la salud, al trabajo, a ser libres, a la no violencia, a la vida. El “*derecho a la salud*” se mencionó como parte de los derechos humanos básicos, sin especificar a los derechos sexuales y reproductivos. Al mencionar el “*derecho a la no violencia*” lo refirieron sobretodo a la violencia social, expresado como “*Derecho a que nos protejan de las guerras*”, “*Derecho a que no nos maltraten*”.

Reconocen que tienen derechos desde el nacimiento. Se aceptan y se enumeran sin ningún juicio de valor como si fuera impensable modificarlos o incluso influir en la legislación para su protección. Perciben que los derechos existen pero no se cumplen, y refieren cierta desconfianza en el sistema judicial. Algunas expresaron: “*una cosa son los derechos y otra la aplicación práctica*”, “*los derechos de los niños no se cumplen, hay chicos que no tienen educación (...), los padres los mandan a trabajar*”.

La idea de que no existen instancias formales para hacer valer los derechos, se repitió en todos los grupos. El individualismo y la necesidad de defenderse por sí mismas aparece como una característica en la gran mayoría. Parece lógico dentro del proceso de individualización de los/as adolescentes tanto de sus familiares como de otros adultos en busca de su identidad; sin embargo pareciera el resultado de una percepción social tradicional, ahora más acentuada, que sólo valora lo individual: “*si no lo hacés vos, ¿quién los va a respetar (los derechos)?*”. “*En el gobierno están las leyes puestas pero los políticos no las respetan, o deciden no respetarlas. Hay una constitución que rige para todos*”.

Sexualidad y Derechos

No existe una noción general de los derechos

sexuales y reproductivos, mencionan algunos como: derecho al “control natal”, a la información, a tener una relación sexual, “derecho a tener un hijo”, “derecho a que no te hagan tener hijos”, “a elegir con quien estás”, “no obligar a hacer lo que una persona no quiere”, “derecho del bebé a nacer”. El derecho a interrumpir un embarazo se discutió ampliamente, polarizándose entre la situación del feto y la de las adolescentes que sufren embarazos no planificados.

La construcción de sexualidad observada responde al modelo hegemónico: patriarcal y heterosexual. No se mencionan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. **Entre los obstáculos para ejercer la sexualidad, expresan miedo, principalmente al embarazo, y miedo a la recriminación de los padres.** Los padres juegan un rol importante en las decisiones en estas adolescentes, sea por la incomunicación o por la necesidad de ocultarles las relaciones sexuales. “Lo tenés que ocultar (las relaciones sexuales), es algo que no podés comentarlo con tu mamá, aunque tengas mucho diálogo con tu mamá es algo que no podés comentar, porque...¿qué le vas a decir? ¿Ya tuve mi primera relación?, y...¡no! Ya es como que va perdiendo un poco de confianza y no es lo mismo”.

El VIH/SIDA no es percibido como un riesgo real. Entre sus amigas/os es más frecuente el embarazo que el VIH/SIDA, al que consideran como una enfermedad más habitual en los adultos. Aparece la idea de “víctima” y “culpable” que se repetirá en otros temas. “Uno está más preocupado por el embarazo frente a una relación sexual, que probablemente el riesgo de las enfermedades, y eso es comprensible. Puede ser por ahí el temor, porque si vos vas y le decís a tu familia, “estoy embarazada”, es más chocante, como que piensan que sos una atorranta. En cambio, si por ejemplo tenés SIDA, si estás enferma, más allá de que hayas tenido esa enfermedad por tu culpa, es como que pasás a ser la víctima, es como más fácil”.

Las adolescentes resaltaron la importancia del imaginario social respecto las mujeres inicien sus relaciones sexuales lo más tardíamente posible. La virginidad aparece como un valor social muypreciado por la familia y en muchos casos por ellas mismas. Es ilustrativa la expresión de que la mujer “pierde la virginidad”, detrás de la cual subyace la idea de la culpa, asociada a tener que ocultarlo frente a los otros, especialmente los padres. Esta “culpa” sólo se ve atenuada si se “pierde” la virginidad por amor. “Es algo que uno tiene que estar seguro y hasta orgulloso de la manera de pensar que tiene llegar virgen al matrimonio”. “(...) sentirte preparada para hacer algo que es una cosa importante, que no es algo normal que podés hacer todos los días y con cualquiera”.

Al considerar los motivos para tener relaciones sexuales, anteponen los sentimientos y el amor al placer, y lo reconocen como una diferencia con los varones. Para ellas los varones buscan más el placer y la satisfacción. Esta distinta construcción social del género influye en ellas a la hora de tomar decisiones acerca de sus relaciones sexuales. “la relación sexual pasa más por el amor que por el placer. El hombre lo piensa más por el placer y la mujer por el amor”.

Se sienten presionadas en el ejercicio de su sexualidad, sobre todo en relación al inicio de las relaciones sexuales, tanto por el grupo de pares como de sus propias parejas que les piden una “prueba de amor” o amenazan abandonarlas. Las presiones y la negación de sus propias vivencias y sentimientos por oponerse a los mandatos sociales, impactan en la percepción que las adolescentes tienen de su propia sexualidad y de cómo la viven. Los miedos y ambivalencias expresados, frente a la recriminación y condena de sus padres y la sociedad “adulta” en general, como al juicio de sus propios pares, constituyen un reflejo de los obstáculos para apropiarse de sus decisiones, y poder decidir libremente, sin ningún tipo de coersión o violencia. “(...) porque los hombres es como que siempre están presionando más, y parece como que a veces la mujer dice: si no tengo relaciones sexuales con mi novio capaz que me deja, entonces, muchas veces es por eso que tiene relaciones”. “(La mujer) en lo sexual tiene que ser virgencita. Claro, es como que si la mujer debuta antes y ...¡mirá qué rápida que es! ¡Mirá tiene 13 o 14 años y ya debutó! En cambio los varones no, ¡mirá qué ganador!”.

Embarazo en la adolescencia

Identifican la **responsabilidad respecto al embarazo como exclusivamente femenina.** Las mujeres deben asumir la responsabilidad y consecuencia de sus actos. La participación masculina se presenta invisibilizada y diluída. Al varón sólo se lo relaciona con lo sexual e incluso se acepta que no cumpla su papel de padre, valorando a las mujeres que deciden continuar solas con la maternidad. “No, no elegí pero afronté las consecuencias. Cuando estoy decidiendo mantener una relación sexual, estoy corriendo riesgos, que puedo o no tener aún usando profiláctico”. “Hay muchas chicas, por ejemplo, que lo hacen una vez y pueden quedar embarazadas y después el pibe se borra (...)”.

La opinión de los padres constituye un factor determinante en la toma de decisiones, especialmente en un embarazo, ya sea que tengan un papel facilitador

a través de su apoyo y contención, u obstaculizador, negándoles ayuda u obligándolas a hacer lo que no desean. Las adolescentes expresan una alta valoración de la maternidad, la que aparece inserta en la construcción de la identidad femenina, e indefectiblemente ligada al proyecto de vida. **A través de la maternidad sienten que se vuelven “adultas”**, como si no existieran otras vías alternativas de realización personal, y que adquieren una cuota de poder frente a los varones y a la sociedad. *“(Hablando de estar embarazada) te sentís más grande”*. Es claramente una opción superadora de la subordinación social y familiar que viven.

VIH/SIDA

Las jóvenes expresan mayor miedo ante el embarazo que ante el VIH/SIDA. El desconocimiento de la mayor vulnerabilidad de la mujer frente a la transmisión de VIH/SIDA, es un factor que minimiza la percepción de esta vulnerabilidad. Frente a la vulnerabilidad de los/as jóvenes lo primero que señalan es hacerse el test y luego la abstinencia sexual. En segundo lugar, hacen referencia al uso del preservativo. **Esto parece demostrar que la prevención doble del embarazo y ETS/VIH/SIDA con preservativos forma parte de un discurso, pero no de prácticas incorporadas e internalizadas.** Refieren que las campañas de difusión no han sido efectivas y suficientes para motivar el cambio (*“la información no te llama la atención...”*; *“es siempre lo mismo, repetitivo, cansador...”*; *“aburre y acabás desconectándote...”*). Deberían crearse estrategias nuevas y movilizantes. Señalaron que las respuestas y soluciones provienen desde lo individual: *“...si no está en uno escuchar y aprender...”*; *“...en el fondo todo pasa por uno mismo”*. Estas expresiones indican las dificultades para la apropiación e internalización de la información y la adopción de medidas de prevención.

Entre los aliados frente a los temas de sexualidad y VIH/SIDA, reconocen a la familia, la escuela, el hospital, los/as amigos/as, la iglesia, y los medios de comunicación.

Violencia contra las mujeres

Aparece espontáneamente, se debate sobre la violencia doméstica contra las mujeres, y la violación. Aparecen claras representaciones de «víctima» y «culpable», como roles intercambiables entre los varones violentos y las mujeres. La mujer aparece como «víctima» de la agresión, pero también como «culpable»,

asociado ésto a través de la vestimenta o de sus actitudes, y soportándola sin defenderse en parte por su culpabilidad en la generación de la misma. Al varón se le adjudica el doble rol de “culpable” como ejecutor de la agresión, y “víctima de la provocación” de la mujer, esto último atenúa su culpabilización. *“Claro, a eso me refiero que hay actitudes, y me parece mucho más fácil que te violen estando en una fiesta, pongámosle, vestida toda provocativa, si te están toqueteando y de repente se emociona demasiado un chico, también te puede violar y no es porque sea un loco psicópata, tiene que ver con la ropa y tiene que ver con la actitud”*. *«Tenés más posibilidades de que te violen saliendo a la calle vestida como una atorranta, y con una pollera así... con un tajo así... vas a tener más posibilidades»*.

Se evidencia cierto grado de aceptación y de considerar como algo natural la violencia intrafamiliar. *“Yo creo que las mujeres tienen la necesidad de que el marido les pegue y encima mantenerlo, por la mentalidad de la mujer, porque hay mujeres que el marido les pega y lo mantienen. Hay gente que va y vive así, es un estilo de vida”*. Al igual que en otros temas la violencia contra las mujeres y adolescentes tiende a ser considerada como un problema individual, que como tal se resuelve individualmente. *“Estas cosas dependen de cada mujer, porque yo por ahí desconozco mis derechos pero no voy a permitir que mi marido me levante la mano”*. Evidencian una sensación de inevitabilidad frente a la violencia, como algo que irremediamente va a pasar y que no se puede evitar. Manifiestan la indefensión que sienten, la falta de control de las situaciones, como si nada de lo que hagan consiguiera prevenir o evitar las agresiones, y la falta de confianza de la ayuda de otros como sus padres, familiares, amigos, profesores y/o religiosos. Esto indica la falta de confianza que vivencian en estos ámbitos, supuestamente los protectores naturales de niñas y adolescentes *“A mi me parece que la violación es como la muerte, si te va a tocar, te va a tocar en cualquier lugar”*. *“Yo quiero decir que la violación te va a tocar vestida bien, mal, rotosa, como sea”*.

Consideraciones

Resulta interesante constatar que el conocimiento e información de las adolescentes sobre sus derechos humanos son muy difusos y se refieren principalmente a los sociales, civiles y políticos en general. Los derechos sexuales y reproductivos aparecen asociados al derecho a la salud, indicando que sus intereses y preocupaciones no las asocian a sus derechos. Si bien reconocen los derechos, no se percibe una apropiación

de los mismos. Los vivencian como algo teórico pero que no se concreta en su ejercicio real, ya que no son respetados en sus casas, las escuelas, iglesias y otros ámbitos. No reconocen instancias formales -oficiales o no gubernamentales- ante quienes denunciar la violación de los mismos. Expresan una franca desconfianza en el sistema político y judicial, pero tampoco reconocen otros ámbitos protectores como la familia, la escuela, las organizaciones no gubernamentales religiosas u otras, que puedan permitirles o ayudarles en la defensa de sus derechos en general y especialmente los sexuales y reproductivos.

El descreimiento y desacreditación hacia los funcionarios gubernamentales y otras instancias sociales y comunitarias justifican el estado de indefensión que perciben y expresan. La ausencia de mención de instancias gubernamentales y de organismos no gubernamentales en la lista de aliados que señalan respecto a la sexualidad, las ETS y el VIH/SIDA, es un indicio de ello. Si bien mencionan a la familia, la escuela, el hospital, o la iglesia, tampoco las perciben como protectoras. El fuerte individualismo expresado es indicador de esto (*... "si no está en uno escuchar y aprender."*; *"...en el fondo todo pasa por uno mismo"*), frente a sus problemas y necesidades es la única opción percibida. Esta indefensión también dificulta la apropiación de la información disponible y la adopción de actitudes preventivas.

El modelo heterosexual y patriarcal aparece como única forma relacional posible, se expresa principalmente en las representaciones de la sexualidad femenina y masculina. **La mayoría cuestionó las diferencias de género que sitúan a las mujeres en posiciones de sumisión y sometimiento.** La ambivalencia está expresada permanentemente. Si bien se resaltó la exclusiva responsabilidad de las mujeres frente a las consecuencias de la actividad sexual. Resultó llamativo el papel determinante de la opinión de los padres a la hora de la toma de decisiones, no para impedir las, sino para culpabilizarlas, perdiendo así su capacidad de apoyo y protección. En muchas ocasiones, la opinión de los padres es más valorada y mucho más que la de sus pares incluidos los compañeros o novios, los cuales aparecen invisibles y/o ausentes. Esto no las ayuda a prevenirse y/o cuidarse.

Refieren importantes obstáculos para el acceso a la educación y al empleo. El embarazo se percibe con una dimensión propia, y como una vía de realización personal ante la falta de proyectos personales a largo plazo, y como única posibilidad de afianzarse como personas adultas. Los varones son visualizados con un papel activo respecto a la sexualidad, con poder de decisión y de presión frente a las mujeres, les reconocen

el derecho al placer, sin adjudicarles responsabilidades. **De las mujeres, se espera que antepongan el amor y/o la reproducción al placer, que acepten la voluntad y decisión del compañero sexual, y que asuman totalmente la responsabilidad frente a la prevención de un embarazo y asuman luego las consecuencias del mismo si éste ocurre.** Esto las coloca en un doble papel de culpables y de víctimas frente a las relaciones sexuales, que subyace a la idea de que, si optaron por tenerlas, deben asumir en soledad cualquier consecuencia que de éstas se deriven, sea un embarazo o una ETS, incluido el VIH/SIDA. La misma ambivalencia entre la culpabilidad y la victimización se visualiza frente a la violencia de los varones hacia las mujeres, aparecen ellas como víctimas y también culpables por haberlo *"provocado"*, resultando el perdón o disminución de la responsabilidad de los varones. Si bien se revelan frente a ello viven la violencia como algo inevitable, lo que les impide cualquier tipo de prevención y/o cuidado.

Con respecto al VIH/SIDA, evidencian una amplia brecha entre información y prácticas, principalmente por la imposibilidad de conductas preventivas ya sea para negarse a relaciones o para practicar sexo seguro, por miedo a ser recriminadas o abandonadas por sus compañeros, y a no considerar esta enfermedad afecta a adolescentes y jóvenes. Refieren un desdibujamiento de la responsabilidad gubernamental frente a la educación sexual que creen necesaria pero no reclaman.

Recomendaciones de las Adolescentes

Las adolescentes presentaron propuestas para el sistema educativo, el de salud y los poderes ejecutivo y legislativo. **Recomendaron se brinde educación sexual y reproductiva, en el sistema educativo formal, aconsejando la creación de una materia con estructura propia dentro de la currícula.** Esta debería dictarse en forma de talleres con distintos tipos de intervenciones que promovieran la reflexión y brindaran herramientas para la internalización de hábitos para el ejercicio de una sexualidad saludable. Entre las actividades sugeridas refirieron analizar y debatir películas, brindar testimonios de jóvenes y otras personas que hayan tenido un embarazo o padecido una ETS, y la consideración de casos individuales y reales. La creación de un espacio y tiempo semanal compartido con otras asignaturas fue considerado un aporte valioso. No desearían que fuera considerada una materia de promoción. Plantearon la conveniencia de que los varones fueran incluidos en estas actividades y

en “*las charlas, tal vez no juntos*” por si existen incomodidades de alguna de las partes, pero en definitiva es percibida como “*una cosa de a dos*”. Los talleres son vistos como espacios de interacción y discusión ya que “*si aprendes así te queda más*”. También se comentó la necesidad de brindar educación a los/as niños/as más pequeños.

Se discutió la necesidad de campañas oficiales de información que fueran creativas, resaltaron la importancia de que personas socialmente respetadas y escuchadas puedan dirigir un mensaje claro. Estas campañas deberían incluir temas como las relaciones sexuales y el uso del preservativo. Deberían distribuirse preservativos y charlas informativas, así como la colocación de expendedoras gratuitas en lugares claves de la Ciudad de Buenos Aires. El gobierno debería difundir los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes existentes en hospitales públicos, y la legislación, promoviendo acciones que faciliten su cumplimiento.

Sugirieron sensibilizar a padres y adultos en relación a la problemática de los adolescentes y sus derechos, especialmente los sexuales y reproductivos, y en cuestiones de género para que reconozcan las diferencias entre varones y mujeres. En términos de equidad; mejorar la calidad de atención de la salud en los centros y hospitales públicos, contar con servicios gratuitos que atiendan a adolescentes y que les faciliten el acceso a medicamentos a bajo costo o gratuitos, incluidos los métodos anticonceptivos.

Consideran imprescindible la incorporación de las adolescentes y mujeres jóvenes en la formulación de los programas de salud que las involucran, como estrategia para adecuar las políticas públicas a sus necesidades y prioridades específicas. **Su participación debe ser estimulada desde distintos ámbitos, incorporando la perspectiva de género para lograr que las jóvenes puedan vivir su sexualidad de manera saludable y responsable, con un protagonismo visible en el campo de las decisiones políticas para un ejercicio real de sus derechos sexuales y reproductivos.**◆

Bibliografía

- Andrade, S; Shedlin, M; Bonilla, E: “Métodos cualita-

tivos para la evaluación de programas. Un manual para programas de salud, planificación familiar y servicios sociales”.

- Bello, J.: El sector salud en la Argentina: escenarios posibles. Medicina y Sociedad. N° 1 Vol. 17. Buenos Aires, 1994.
- Bianco, M. “Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina. El Caso Argentino”. FEIM/FNUAP. Buenos Aires, Argentina. 1996
- Bianco, M; Re, M; Pagani, L; Barone, E: “Derechos Humanos y acceso a tratamiento para VIH/SIDA”. Consejo Latinoamericano de Organizaciones con Servicio en VIH/SIDA / Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA. 1999
- CEPAL. Gasto social en América Latina. Ediciones CEPAL. Santiago de Chile, 1997.
- Cetrángolo, O.: en “El sistema de salud en Argentina”, Katz J. et al. Ed. Fundación Omega Seguros. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- Finding, L.; Tamargo, M.C.: Actores y Políticas de Salud: El Debate Estado versus Mercado en *Revista Medicina y Sociedad N° 3, Vol. 16*. Buenos Aires, Argentina. 1993.
- Gutiérrez, M; Re, M: “La Investigación en Salud para el Desarrollo y el Enfoque de Género: un abordaje necesario para la equidad. Informe de Argentina”. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 2000.
- Morgan, D. “Focus groups as qualitative research”. Sage publications.
- Neri, A. “Salud y Política Social”. Ed. Hachette. Buenos Aires, Argentina. 1982.
- Patton, M. “Qualitative evaluation and research methods”. Second Edition. Sage Publications.
- Sosa de Newton, L. “Las argentinas de ayer y hoy”. Ediciones Zanetti. Buenos Aires, Argentina. 1967.
- Sosa de Newton, L. “Diccionario Biográfico de Mujeres Argentinas”. Plus Ultra. Buenos Aires, Argentina. 1980.
- Tafani, R.: “Privatización, subcobertura y reforma competitiva en salud”. UNRC, Córdoba, Argentina. 1997.
- Thompson, A. “Beneficencia, Filantropía y Justicia Social. El Tercer Sector en la historia argentina”, en *Público y Privado. Las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina*. A. Thompson (comp). UNICEF/Losada. Buenos Aires, Argentina. 1995.
- Yunque, Alvaro. “Breve historia de los argentinos”. Editorial Futuro. Buenos Aires, Argentina 1957.
- Zurutuza, Cristina. “El Derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: utopía o estrategia? En *Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres (o el poder para decidir)*. FEIM/Foro por los Derechos Reproductivos/ CLADEM/FNUAP. Buenos Aires, Argentina. 1998.

ESTADO Y SOCIEDAD- INTERVENCIONES EN REDUCCION DE DAÑOS EN ARGENTINA

Lic. Carlota Rodríguez¹, Dra. Adriana Procupet²,
Lic. Liliana Vignau³

**¿Es compatible el desarrollo de reducción de daños con leyes prohibicionistas?
La experiencia argentina en el periodo 2000/2001 se analiza como experiencia de
interacción gobierno y organismos de la sociedad civil.**

“Establecer pequeños avances para muchas personas, en lugar de avances heroicos para pocas personas.” La abstinencia como objetivo sería lo más deseable pero menos probable” (Alex Woodack).

Como problema de salud pública la reducción de daños trata de disminuir la cantidad de muertes producidas por el consumo de drogas y los problemas de salud asociados a ellos, aunque esta reducción no implique una disminución del consumo. Bajo la denominación de reducción de daños se agrupan múltiples programas con diverso tipo de intervenciones, que da cuenta de las diferencias en los contextos culturales en que se desarrollan. En Argentina las propuestas son de corte social. Ellos plantean la necesidad de recursos sanitarios, pero también apuntan a terminar con la estigmatización del usuario de droga endovenosa y defender sus derechos ciudadanos. La estrategia exitosa es el trabajo comunitario, incorporando a los propios usuarios y capacitándolos para que a través de una estrategia de trabajo entre pares puedan gestionar propuestas de reducción de daño.

Situación epidemiológica en Argentina

El número total de enfermos de SIDA en Argentina hasta el 20 de junio de 2001 era de 19.959, de los cuales 14.713 eran hombres mayores de 12 años y 3.735 eran mujeres mayores de 12 años, y 1379 niños menores de 13 años. La epidemia de VIH/SIDA en Argentina tiene un alto impacto entre los usuarios de drogas inyectables (UDIs). Entre los enfermos de SIDA, la proporción de usuarios de drogas infectados por compartir material de inyección representa una de las más altas del mundo.

Los UDIs representan un 41,7 % del total de los enfermos de SIDA mayores de 12 años. El 44,5% corresponde a los hombres y el 30% a las mujeres; la razón hombre/mujer en UDIs es de 6 a 1 y en el resto de los enfermos de SIDA es de 3 a 1; 8 de cada 10 UDIs tienen menos de 35 años, ya sean hombres o mujeres; el 92% de los UDIs reside en áreas de gran concentración urbana; solo un 13% de los cuales han completado la escuela secundaria. Se estima que el número de personas UDIs viviendo con VIH oscilaba en 1998 entre 12.137 y 34.538.

La población UDI enferma de SIDA es más joven, con menor escolaridad que el resto, vive en zonas urbanas más empobrecidas, lo que requiere una política prioritaria y específica para este grupo, con estrategias de alta focalización

Políticas Públicas

La política dominante en Argentina hasta el 2000 respecto a las drogas era claramente prohibicionista, pero comenzó a ser puesta en tela de juicio a partir de la evidencia de la importancia del uso de drogas en la infección por el VIH/SIDA.

A partir de la gestión de la Unidad Ejecutora y Coordinadora del VIH /SIDA del Ministerio de Salud de la Nación, en enero del 2000, se iniciaron acciones para reducir los daños a la salud asociados al consumo de drogas de los usuarios, en función de los datos epidemiológicos señalados. *Se produjeron modificaciones en el campo normativo jurídico como la Resolución 351 SEDRONAR que “insta al Ministerio de Salud a la adopción de programas tendientes a reducir riesgos a la salud de los usuarios de drogas”.* En el parlamento se originaron iniciativas legales favorables a la temática, propuestas en las comisiones de salud y drogadicción, como el proyecto de modificación de la Ley de Estupefacientes con la incorporación del art. 28 bis que ampara acciones de reducción de

¹ Comisionada General de Prevención y Asistencia, SEDRONAR. ² Médica Epidemióloga. ³ Coordinadora del Fondo de Asistencia para OSC's – Proyecto LUSIDA

daños, aprobado por la Comisión de Drogadicción de la Cámara de Diputados de la Nación. El proyecto de ley de Reducción de Daños para prevenir, controlar y reducir la transmisión del VIH/SIDA y otros problemas de salud asociados al uso de drogas presentado en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación.

Por otra parte se trabajó con Organismos gubernamentales, se firmó un acuerdo de cooperación de la Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS con la Secretaría de Promoción de la Salud y Maternidad e Infancia de la Provincia de Mendoza: **Proyecto de Reducción de Riesgos y Daños en Adolescentes y Jóvenes de la Calle**, para el cual se promovieron fondos de ONUSIDA. También se incorporó en el convenio entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación- **“Plan Nacional de Cárceres Saludables”**-. En este marco la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA y ETS, a través del Proyecto LUSIDA realizó un proyecto de prevención y asistencia en VIH/SIDA, incluyendo estrategias de reducción de daños, en las Unidades Penitenciarias del Servicio Penitenciario Federal. El objetivo era prevenir y disminuir la transmisión del VIH/SIDA en las unidades penitenciarias nacionales mediante la capacitación de los internos y del personal a través de talleres y la distribución de material informativo sobre medidas de reducción de daños y uso de preservativos.

Proyecto de control del VIH/SIDA y ETS-LUSIDA

LUSIDA, proyecto del Ministerio de Salud de la Nación, que a partir de 1998 promueve la prevención del VIH/SIDA. Desarrolló la articulación del gobierno Nacional y la Sociedad Civil para actividades de prevención del VIH/SIDA y las ETS. Este Proyecto, con financiamiento compartido con el Banco Mundial desde enero del año 2000, está integrado a la Unidad Ejecutora y Coordinadora del VIH/SIDA del Ministerio de Salud de la Nación –UCE-. Primero promovió y luego asumió plenamente la Resolución 351 del SEDRONAR –Secretaría de Prevención de las Adicciones y Lucha contra el Narcotráfico-. Apoyó proyectos de OSC’s que trabajan con estrategia de RD; desarrollando una campaña de comunicación focalizada a UD y UDI; coordinando a través de la UCE el proceso de planificación estratégica en VIH/SIDA en el orden nacional, que incluye entre sus actividades sustantivas la capacitación de los equipos de servicios públicos de salud y las de estrategias de reducción de daños.

Los **proyectos de las OSC’s apoyados por LUSIDA**, desarrollaron múltiples actividades como: talleres de sexo seguro; distribución de jeringas y kits de inyección endovenosa, intercambio de jeringas, descarte

de jeringas, enseñanza de desinfección de jeringas; y derechos de los usuarios. Se destinaron \$360.000 en el 2001 a financiar 14 proyectos destinados a población de usuarios de drogas y sus parejas sexuales y a menores en la calle en situación de abuso sexual y/o adicción a las drogas, con abuso de inhalantes. Se realizaron actividades de prevención del VIH/SIDA con difusión y aplicación de estrategias de RD en: varios barrios de la Ciudad de Buenos Aires, seis partidos del Gran Buenos Aires, la Ciudad de Rosario en la Provincia de Santa Fe y se distribuyeron 5.100 kits de inyección y 32.000 preservativos.

A esto se agregó la campaña de comunicación focalizada. En la **primera etapa octubre 2000 – marzo 2001** se financiaron convenios con tres OSCs, pertenecientes a la Red Argentina de Reducción de Daños y la Asociación Argentina de Reducción de Daños. Se establecieron 20 puestos de reducción de daños en Ciudad de Bs. As. y conurbano bonaerense y se contactaron 270 entidades comunitarias que trabajan con usuarios de drogas del conurbano bonaerense, con distribución de videos con estrategias de reducción de daños. Se distribuyeron 250.000 stickers y folletos diseñados conjuntamente con las OSCs y LUSIDA e impresos por LUSIDA, de reducción de daños asociados al consumo de drogas y sexo seguro con distribución de 50.000 preservativos. Se contactaron 40 Servicios de Salud de Hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires y de la ciudad de Rosario. En la **segunda etapa abril – noviembre 2001** se firmaron cinco convenios con OSCs y se ampliaron las acciones que se centraron en la Ciudad de Buenos Aires, el conurbano bonaerense, Rosario y Santa Fe en la provincia de Santa Fe.

En la estrategia de RD hay tres actores claramente involucrados dentro de un contexto sociocultural caracterizado por la estigmatización al usuario de drogas y su discriminación:

- 1. El Estado:** En especial los sectores: Salud, Educación, Legislación y Justicia. El Estado argentino presenta un alto grado de fragmentación. Falta capacitación en los equipos de salud y en el sistema educativo en general. **Un gran desafío es cubrir la ausencia de los servicios de salud para la atención de estos ciudadanos.** Los procesos legislativos son lentos, pero han surgido iniciativas interesantes que deberán multiplicarse en otros estados provinciales ya que el país tiene un estructura federal.
- 2. Las Organizaciones de la Sociedad Civil:** En Argentina las ONG’s asumieron las primeras respuestas ante la aparición de la epidemia de VIH/SIDA. En la actualidad en las iniciativas de trabajo con estrategia de RD, asumieron el uso de sustancias adictivas vinculado al SIDA y a la Hepatitis B y C, como un problema de salud pública. Las ONG’s deben

diversificar sus abordajes comunitarios, según el grupo de UD o UDI que se trate, el barrio o Institución en que se los vincule y el tipo de consumo. La mayoría de las iniciativas son incipientes con escasas excepciones y deberán integrarse con los programas de salud locales y provinciales.

3. **Los usuarios:** Heterogéneos en cuanto a su extracción social con predominio de adolescentes y jóvenes de sectores pobres. Estigmatizados en sus comunidades y en las instituciones, son dinámicos al asumir el trabajo entre pares y los proyectos presentan resultados positivos. No es fácil visibilizar a los UDIs en el contexto de leyes y organismos de seguridad prohibicionista. El usuario de drogas como el menor en la calle no concurre a los servicios de salud o sociales. Las muertes por SIDA o Hepatitis han dejado marcas muy fuertes que modifican las prácticas de los usuarios. Resisten obstáculos para la llegada a los servicios de salud, aún cuando reconocen síntomas de deterioro en su salud, no vinculados al uso de drogas. Hay una gran tensión con la legislación vigente que perjudica la posibilidad de lograr el consentimiento voluntario para el testeo y diseñar un diagnóstico que asumiendo la condición del adicto permita evitar la muerte y la enfermedad.

Perspectivas

Desde la UCE en VIH/SIDA del Ministerio de Salud de la Nación asumiendo que es responsabilidad indelegable del Estado, la organización y capacitación de los servicios de salud, se deberá poner especial atención en la necesidad de adecuar los mismos desde el punto de vista conceptual y operativo, a las tendencias que marca la información epidemiológica y a las necesidades propias de este grupo de población. **La respuesta de los servicios debe organizarse con una concepción interdisciplinaria que articule el modelo biomédico con el psicosocial, ya en desarrollo por las OSCs en su llegada a la comunidad.**

En el Plan Estratégico 2000-2003 se incorporó la capacitación de los servicios de Salud de la red pública de Hospitales y Centros de Salud comunitario en estrategias de reducción de daños. En acuerdo con SEDRONAR se desarrollará un programa de capacitación durante el próximo año para cuya formulación se convocarán a ONGs, OSCs y representantes de los Servicios de Salud. El objetivo es promover redes socio sanitarias de referencia que faciliten el acceso a la atención integral de los UDIs: la capacitación del personal de salud en VIH/SIDA y uso de drogas y el funcionamiento de Redes asistenciales de referencia para la atención integral

Un tema importante es el de la **sustentabilidad de**

los proyectos iniciados por las OSCs en el 2000-2001.

Ello requiere presupuestos que permitan dar continuidad a acciones de intervención que puedan utilizar la importante cantidad de operadores y promotores capacitados para el trabajo de prevención. También es necesario avanzar con los gobiernos provinciales y municipales así como apoyar las iniciativas legislativas. Es importante involucrar activamente a la comunidad, particularmente a los usuarios de drogas y sus redes sociales.

Las iniciativas legislativas deben concretarse a la mayor brevedad, como las modificaciones en la penalización de la ejecución de las acciones de Reducción de Daños: el proyecto de ley agregando el art. 28 bis de excepción de penalización a los integrantes de los equipos de salud que realicen acciones de RD. Otro como la ley de Reducción Daños para prevenir, controlar y reducir la transmisión del VIH/SIDA y otros problemas de salud asociados al uso de drogas, presentado en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación, es clave. También la propuesta de modificación del art. 14, de despenalizar la tenencia para el consumo. Además es conveniente generar espacios de discusión con los integrantes del Poder Judicial, para reflexionar sobre la interpretación de las Leyes vigentes. Por último **es necesario sensibilizar a los formadores de opinión e instancias de decisión política relacionadas a la temática del uso de drogas inyectables y la infección por VIH sobre el tratamiento integral y adecuado de la asociación VIH/uso de drogas inyectables en los medios de comunicación social.** ♦

Bibliografía

- Dr. Alex Wodak; Conferencia –en SIDA y drogas- Reducción de Daños en el Cono Sur – Intercambios-ONUSIDA-LUSIDA- 1º Edición Julio del 2001, pags. 26-56.
- VIH/SIDA y drogas- Ensayos y Experiencias- Coedición de Novedades Educativas y RELARD. Artículos consultados: Cymerman, Pablo: “Redes y Políticas en Reducción de Daños”, pag. 3; Adriana Procupet “Situación Epidemiológica de los usuarios de drogas inyectables enfermos de SIDA en la Argentina”, pag. 40.
- Graiela Touzé: “De la medicalización a la ciudadanía”, Uso de drogas y VIH/SIDA. Encrucijadas- Revista de la UBA N°8, junio del 2001, pag. 64-71.
- Prevención de VIH/SIDA en usuarios de drogas, Resultados de un proyecto de Investigación, Intercambios Asociación Civil, pag. 22-38, octubre de 1999.
- Santiago Wallace y equipo de investigación: “Consumo de drogas y VIH/SIDA”, Representaciones y Prácticas Sociales. Eudeba-LUSIDA, Buenos Aires, 2000.
- Informes de monitoreo y evaluación de la ejecución de proyectos de intervención social y de campaña focalizada en prevención del VIH/SIDA con usuarios de drogas de las siguientes OSCs: CEADS-UNR; ACCRAD-El Retoño y Programa Andrés de Rosario. Año 2001.