

ODM 6: Combate al VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades

Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable

La epidemia del VIH/SIDA es un problema de salud dramático y complejo a nivel mundial; se estima que, tan sólo durante el año 2006, 4.3 millones de personas en todo el mundo contrajeron la infección (ONUSIDA/OMS, 2006). También se ha estimado que, en el 2006, el número de personas que vivían con el VIH en la región de ALC se había incrementado a 1.7 millones, en comparación con 1.6 millones, el número estimado en el 2003. Aproximadamente 65,000 murieron de SIDA, y 140,000 eran nuevos infectados.¹ La región de El Caribe es considerada la segunda más afectada a nivel mundial, a pesar de las diferencias sustanciales entre países, con una estimación de 19,000 muertes en el 2006, lo cual convierte al SIDA en la principal causa de muerte entre las personas adultas de 15 a 44 años de edad. Se estima que, en el 2003, el número total de personas que vivían con el VIH en los países del CAREC era de 109,395 (Caribbean Commission on Health and Development, 2003). La prevalencia del VIH estimada entre adultos a nivel nacional excede el 1% en Barbados, la República Dominicana, Jamaica y Surinam, el 2% en las Bahamas, Guyana y Trinidad y Tabago, y es de más del 3% en Haití. En Cuba, por otro lado, todavía no alcanza el 0.2% (ONUSIDA, 2005 b).

La propagación del VIH está relacionada con factores tanto sociales como biomédicos, y no podrá reducirse a menos que exista un amplio cambio sociocultural y conductual. En la región de ALC, la epidemia está inextricablemente relacionada con la desigualdad entre los géneros; los valores culturales, las normas y los tabúes hacia la sexualidad (incluyendo la homofobia); los sistemas de salud debilitados y poco integrados; los recursos humanos y financieros limitados; las intervenciones de prevención y tratamiento insuficientes y con un enfoque limitado; la estigmatización de las personas que viven con el VIH; una calidad insuficiente de la educación de la sexualidad; la migración interna e internacional, y el uso inseguro de drogas. De la misma forma en que sucede con otras regiones en vías de desarrollo, los procesos sociales operan para crear disparidades en materia de salud (Stall y Mills, 2006).

¹ Se estima que el número total de personas con ETS curables en la región es de 38 millones (OMS, 2001 a).

En la mayoría de los países de la región de ALC, los niveles más altos de infección del VIH se encuentran entre los hombres que tienen sexo con hombres.² Se ha estimado que el sexo entre hombres representa entre un 25 y un 35% de los casos de SIDA reportados en países tales como Argentina, el Brasil, Guatemala y el Perú (ONUSIDA/OMS, 2005). Las trabajadoras sexuales ocupan los segundos niveles más altos de VIH, con una prevalencia que va de menos del 1% en Nicaragua y 2% en Panamá a más del 10% en Honduras. En Honduras, una de cada 12 trabajadoras sexuales y el 8% de los hombres que tienen sexo con hombres han dado resultados positivos en pruebas de VIH en Tegucigalpa (Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003). En el Ecuador, las trabajadoras sexuales tenían una prevalencia de VIH del 11%, contra 0.3% entre la población en general (ONUSIDA, 2004). En el Caribe, la mayoría de las infecciones por VIH están teniendo lugar a través de relaciones sexuales entre hombres y mujeres.³ Los países en los que este es el caso tienden a estar caracterizados por una proporción más alta de casos de VIH entre las mujeres (Hoffman et al., 2004).

El SIDA tiene un impacto negativo en todos los demás ODM (UNFPA, 2003 b). Incide en los resultados en materia de pobreza (ODM 1) y perjudica el acceso universal a la educación (ODM 2), especialmente en aquellos países con altas tasas de prevalencia. También tiene grandes consecuencias para la salud materno-infantil, ya que la infección del VIH incrementa la frecuencia de los problemas obstétricos y neonatales.⁴ Por lo tanto, si bien el combate contra el SIDA es un objetivo en sí mismo, apuntala a otros objetivos del desarrollo, tal como lo afirmó el ex Secretario General, Kofi Annan, en su discurso ante la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre VIH/SIDA, celebrada en Nueva York el 2 de junio del 2005:⁵

“En esa misión, los resultados que obtengamos en la lucha contra el SIDA son cruciales. Detener su propagación no sólo es un Objetivo de Desarrollo del Milenio en sí mismo; es un requisito previo para alcanzar la mayoría de los demás. Es por eso que la lucha contra el SIDA puede ser el gran reto de nuestra época y nuestra generación. Únicamente si superamos este reto podremos tener éxito en nuestros demás esfuerzos por construir un mundo humanitario, saludable y equitativo.”

La discusión acerca del papel jugado por los temas de población en la propagación del VIH, su tratamiento y prevención estará orientada por el siguiente esquema:

² En la región de ALC, el estigma que rodea al sexo entre hombres sigue siendo común. Por otro lado, la cultura del “machismo” y la homofobia a menudo le impiden a los hombres buscar pruebas de VIH, consejería y tratamiento. Por lo tanto, la discriminación es una preocupación en materia de atención a la salud.

³ En Puerto Rico, sin embargo, el uso de drogas inyectables es la principal fuente de la epidemia (ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, 2004).

⁴ Una investigación realizada por Leroy et al. (1998) en Kigali, Ruanda, mostró que la infección por VIH materna tiene un impacto en los resultados obstétricos y neonatales adversos: si bien no se identificó una influencia del VIH en las malformaciones congénitas y la mortalidad neonatal, la infección por VIH materna incrementó el riesgo de premadurez en un 62% y el riesgo de bajo peso al nacer en un 58%, indujo un peso placentario más bajo e incrementó sustancialmente el riesgo de hemorragia materna postparto. UNFPA/OMS (2006) destacan además que las mujeres embarazadas que viven con el VIH/SIDA presentan un mayor riesgo de desarrollar malaria y sus consecuencias y que, por lo tanto, requieren de precauciones adicionales.

⁵ http://data.unaids.org/Media/Speeches02/sp_annanga_02jun2005_en.pdf (consultado por última vez en marzo del 2007).

- 6.1. Aspectos de género del VIH/SIDA
 - 6.1.1. La feminización de la epidemia del VIH/SIDA
 - 6.1.2. La naturaleza de los factores de riesgo para el VIH en mujeres
- 6.2. Integrando la SSR y los servicios relacionados con el VIH/SIDA
 - 6.2.1. Transmisión de madre a hijo (TMH)
- 6.3. La necesidad de enfocarse en los jóvenes
- 6.4. El vínculo entre migración y propagación del SIDA
 - 6.4.1. Transmisión de enfermedades
 - 6.4.2. Dificultades al momento de llegar
 - 6.4.3. La fuga de cerebros médicos
- 6.5. Una nueva Meta bajo el ODM 6: acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA
 - 6.6.1. Malaria y SR
 - 6.6.2. Malaria y migración

El capítulo comienza con una visión general de la feminización de la epidemia del VIH/SIDA en la región de ALC, presentando hechos y datos recientes de varios países y describiendo algunos de los principales determinantes relacionados con el género que dan lugar a la vulnerabilidad. Entre los factores analizados se incluyen: los roles de género y la conducta sexual, una menor autonomía, la violencia contra la mujer y las condiciones del mercado del sexo. La dinámica del poder tiene un profundo efecto en la susceptibilidad de las mujeres al VIH.

La integración de los servicios relacionados con la SSR y las ETS puede optimizar los esfuerzos para el combate del VIH/SIDA entre la población femenina. El texto investiga el potencial de asociar estos servicios para la prevención, el diagnóstico, la consejería y el tratamiento del VIH/SIDA y, para ello, identifica una serie de estudios relacionados con el tema. La integración también puede jugar un papel decisivo en la reducción del número de niños infectados al promover la prevención de la transmisión de madre a hijo (TMH).

Los jóvenes en los países en vías de desarrollo y en transición son más vulnerables al VIH/SIDA que otros grupos etarios. El capítulo examina algunas de las causas que incrementan la susceptibilidad de los jóvenes a la epidemia, tales como: la actividad sexual temprana, la información inadecuada acerca de la prevención del VIH, la falta de educación de la sexualidad y en habilidades para la vida, y el acceso insuficiente a servicios amigables para los jóvenes. También se hace una revisión de la evidencia sobre estrategias para prevenir el VIH entre los jóvenes.

En la última década, la relación entre la epidemiología del VIH y la migración ha sido documentada ampliamente. La migración tiene un impacto en la propagación del VIH/SIDA a través de tres vías que se intersectan: la primera es la relación entre la movilidad humana y la transmisión de las enfermedades; la segunda se relaciona con las condiciones existentes para los migrantes al momento de llegar al país o el área de destino; y la tercera tiene que ver con el impacto de la fuga de los profesionales médicos en la salud pública: la fuga de cerebros médicos. En el texto se analizan cada uno de estos determinantes.

La nueva Meta bajo el ODM 6 es la base para el acceso universal al tratamiento para el VIH/SIDA. Los esfuerzos combinados por parte de los gobiernos y la colaboración pública privada pueden contribuir a la transferencia de tecnología y a la expansión de las opciones de tratamiento para aquellas personas ya infectadas. La terapia antirretroviral puede prolongar las vidas de los pacientes con VIH. Actualmente, la región de ALC le proporciona tratamiento a aproximadamente el 68% de la población que lo necesita.

Finalmente, el capítulo describe el vínculo entre la SR y la malaria, lo mismo que los efectos de la migración humana en el resurgimiento de la endemia de la malaria en América Latina. Es necesario tener una comprensión adecuada de la dinámica de la migración para prevenir la propagación de la malaria a nuevas áreas. De la misma forma, como las mujeres embarazadas y las personas infectadas con el VIH tienen una inmunidad reducida a la malaria, los programas para el control de la malaria deben ser diseñados en función de las necesidades de estos grupos.

6.1. Aspectos de género del VIH/SIDA

En aquellos países en los que la transmisión del VIH tiene lugar predominantemente a través de relaciones sexuales heterosexuales, tal como está sucediendo cada vez más en todas partes, las mujeres tienen menos probabilidades de infectarse que los hombres. Las relaciones entre los géneros y las desigualdades entre los géneros juegan un importante papel en este contexto de la propagación del VIH/SIDA. Por lo tanto, para poder abordar las estrategias de tratamiento y de atención a la salud es fundamental contar con una comprensión adecuada de los determinantes relacionados con el género que dan lugar a la vulnerabilidad⁶ a la infección del VIH.

Es necesario considerar dos aspectos de esta cuestión. Por un lado, como el porcentaje de mujeres que viven con el VIH se está incrementando entre el número total de víctimas del VIH/SIDA, las acciones dirigidas a las mujeres como parte de los servicios de SSR son cada vez más importantes. Por otro lado, los mecanismos responsables de la infección del VIH entre las mujeres involucran problemas de género específicos y una vulnerabilidad que son diferentes de aquellos encontrados entre otros grupos.

6.1.1. La feminización de la epidemia del VIH/SIDA

A nivel mundial, la epidemia del VIH/SIDA se ha incrementado rápidamente entre las mujeres, que ahora representan el 48% de las infecciones globales. Las mujeres que viven con el VIH representan el 51% en el Caribe y el 36% en América Latina (ONUSIDA, 2006 a). Las proporciones más altas se encuentran en Haití (58%), Honduras (56%) y Guyana (55%) (ver Cuadro 6.1). En el 2002, el SIDA fue la principal causa de muerte entre las

⁶ De acuerdo con el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Cuestiones de Género y VIH/SIDA de ONUSIDA, (2005: 8), la vulnerabilidad al VIH se refiere a "la probabilidad de exponerse a la infección del VIH como resultado de una serie de factores o determinantes en el ambiente externo, que se encuentran más allá del control de una persona o un grupo social particular". Sofia Gruskin (2002), por otro lado, la describe como "la falta de poder de los individuos y las comunidades para minimizar o modular su riesgo".

mujeres en edad reproductiva (de 15 a 45 años) en Belice (Belice, 2005). La feminización de la infección es mencionada en casi todos los MDGR nacionales en la región de ALC. El tema está recibiendo atención, y la mayoría de los países están adoptando políticas dirigidas a la población femenina. El PdA de la CIPD también ha hecho explícita la necesidad de políticas más efectivas con respecto a la prevención y el tratamiento del VIH, con especial atención a las adolescentes y las mujeres.

Cuadro 6.1: Mujeres como porcentaje de los adultos que viven con el VIH en países de la región de ALC (finales de 2003)

País	Adultos (15-49)	Mujeres (15-49)	Porcentaje
Argentina	120,000	24,000	20%
Bahamas	5,200	2,500	48%
Barbados	2,500	800	32%
Belice	3,500	1,300	37%
Brasil	650,000	240,000	37%
Chile	26,000	8,700	33%
Colombia	180,000	62,000	34%
Costa Rica	12,000	4,000	33%
Cuba	3,300	1,100	33%
Ecuador	20,000	6,800	34%
El Salvador	28,000	9,600	34%
Guatemala	74,000	31,000	42%
Guyana	11,000	6,100	55%
Haití	260,000	150,000	58%
Honduras	59,000	33,000	56%
Jamaica	21,000	10,000	48%
México	160,000	53,000	33%
Nicaragua	6,200	2,100	34%
Panamá	15,000	6,200	41%
Paraguay	15,000	3,900	26%
Perú	80,000	27,000	34%
República Dominicana	85,000	23,000	27%
Suriname	5,000	1,700	34%
Trinidad y Tabago	28,000	14,000	50%
Uruguay	5,800	1,900	33%
Venezuela	100,000	32,000	32%

Fuente: ONUSIDA, 2004

En Argentina, al igual que en otros países de la región, en un principio el VIH circuló principalmente entre los hombres usuarios de drogas inyectables y sus compañeras sexuales, lo mismo que entre los hombres que tienen sexo con hombres, pero hoy en día las nuevas infecciones se están produciendo cada vez más durante relaciones sexuales heterosexuales no protegidas. La razón hombre a mujer entre los casos de SIDA reportados en el país se redujo de 15:1 en 1988 a 3:1 en 2004 (ONUSIDA/OMS, 2005). Similarmente, en Belice esta razón ha llegado a 1:1 (Belice, 2005), mientras que en Trinidad y Tabago las mujeres de entre 15 y 19 años de edad tenían seis veces, y en Jamaica dos veces y media, más probabilidades de infectarse con el VIH en comparación con los hombres de la misma edad. En la República Dominicana, se estima que las mujeres de entre 20 y 24 años tienen el doble de probabilidades de ser seropositivas que los hombres jóvenes (ONUSIDA, 2006 a).

Según el MDGR nacional 2003 de Honduras, desde 1997 el SIDA ha representado la segunda causa (después de la violencia) de hospitalización y muerte entre la población en general, y la primera causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. A nivel nacional, la prevalencia del VIH proyectada entre la población adulta es de 1.4%, con un número acumulado de alrededor de 60,000 hasta el 2002. Germain y Kidwell (2005 b) sugieren que, incluso en el Brasil, en donde la epidemia se ha estabilizado en los últimos años, existe evidencia cada vez mayor de que las esposas y las compañeras principales, lo mismo que las adolescentes, se encuentran en un riesgo cada vez mayor, ya que el número de casos entre mujeres adolescentes de entre 13 y 19 años de edad en el 2005 fue un 60% mayor que aquel entre hombres adolescentes de la misma edad (Boletim Epidemiológico AIDS, Nov. 2006).

6.1.2. La naturaleza de los factores de riesgo para el VIH en mujeres

La susceptibilidad de las mujeres a la infección del VIH no está disociada de su posición de género subordinada en general en la sociedad. Over (1998), por ejemplo, encontró evidencia, con base en 32 países en el África subsahariana, 20 en la región de ALC, y 19 en Asia y el Medio Oriente, de que la tasa de prevalencia de VIH entre las personas adultas urbanas está estadísticamente asociada con indicadores de desigualdad entre los géneros, tales como la brecha entre las tasas de alfabetización masculinas y femeninas.

Tal como lo argumentan Anderson et al. (2002), mientras que los hombres han tenido históricamente un mayor riesgo conductual, las mujeres son fisiológicamente más vulnerables a la infección del VIH. También pueden enfrentar un mayor riesgo como resultado de su situación de género subordinada, por ejemplo, con respecto al acceso a la información sobre prevención y la capacidad para negociar relaciones sexuales seguras. Adicionalmente, también se pueden citar realidades tales como el matrimonio entre mujeres adolescentes y hombres mayores sexualmente experimentados; los esposos que se involucran en relaciones sexuales extramaritales; la violencia y la coerción sexual dentro y fuera del matrimonio; y los tabúes que se oponen a proporcionar a las adolescentes información objetiva acerca de la sexualidad y la reproducción (Germain y Kidwell, 2005 a). De hecho, la menor autonomía y las desigualdades entre los géneros tienen un profundo efecto en la susceptibilidad de las mujeres al VIH. Para las mujeres, la fidelidad ofrece poca protección en contra de la infección del VIH (ONUSIDA/OMS, 2005). En Chinandegas, Nicaragua, por ejemplo, se estima que las mujeres casadas tienen el doble de probabilidades que las trabajadoras sexuales de vivir con el VIH.

Un estudio realizado por Avila et al. (2002) examinó la conducta de riesgo en 134 pacientes de maternidad heterosexuales con seroprevalencia de VIH, 41 de sus compañeros sexuales (hombres que tienen sexo con mujeres), y 95 hombres homosexuales (hombres que tienen sexo con hombres) en Buenos Aires, Argentina. A todos los sujetos del estudio se les canalizó para recibir consejería post-test, carga viral, conteos de linfocitos CD4 y atención clínica. Los resultados indican que la mayoría de las mujeres se habían infectado como resultado de tener relaciones sexuales con un compañero ya infectado (84%), mientras que

la mayoría de sus compañeros se habían infectado como resultado del uso de drogas (76%). Entre las mujeres, el 16% había tenido relaciones sexuales con extranjeros, en comparación con el 34% de los hombres; la mayoría de estos contactos fueron con personas extranjeras de países vecinos, con muy pocos contactos fuera de América del Sur. Más del 74% de las mujeres reportaron menos de 5 compañeros hasta ese momento en su vida, mientras que el 18% reportaron más de 10 compañeros hasta ese momento en su vida.

“La dinámica subyacente del poder entre las mujeres y los hombres en muchos países en vías de desarrollo también impide que las mujeres tengan acceso a condones y luego insistan en su uso. Las relaciones sexuales no protegidas con un esposo no monógamo incrementan enormemente la posibilidad de que una mujer se vea expuesta al VIH. Un paso importante para hacerle frente a esa dinámica de poder es garantizar que exista un acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y que los servicios de planificación familiar se dirijan activamente a los hombres en sus programas.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 11)

En la Ciudad de México, México, Pulerwitz et al. (2001) investigaron el riesgo de contraer el VIH y otras ETS entre mujeres casadas y en unión libre, estimando la prevalencia de la conducta sexual de los hombres fuera de sus relaciones primarias con base en datos de la primera encuesta de hogares realizada en México, que investigó la conducta sexual masculina. El análisis estuvo restringido a hombres sexualmente activos o que vivían en unión libre (n = 3990). Se encontró que el 15% de los hombres reportaron relaciones sexuales fuera de la relación durante el año anterior, el 9% reportó el uso del condón durante su última relación sexual, y el 80% no percibía ningún riesgo de contraer el VIH. La mayoría de las compañeras secundarias eran compañeras de trabajo, amantes o amigas, y el número de compañeras fuera de la relación variaba entre 1 y 30. De los hombres que reportaron relaciones sexuales fuera de la relación, el 89% indicó que su compañera primaria no sabía de su compañera secundaria, y una tercera parte reportó que su compañera secundaria no sabía acerca de la primaria. Los autores concluyeron que un número sustancial de mujeres pueden estar en riesgo.

Anderson et al. (2002) también enfatizan la importancia de la violencia de género para el desempoderamiento femenino y su mayor susceptibilidad al VIH: es esencial que las intervenciones que involucran a las mujeres le hagan frente a la violencia contra la mujer en la pareja y al tráfico de mujeres.

“La violencia es el sostén de la vulnerabilidad de las mujeres y las adolescentes al VIH/SIDA. (...) Es probable que la violencia y la amenaza de la violencia contribuyan a la epidemia más poderosamente al restringir la libertad de las mujeres y las adolescentes para involucrarse en relaciones y abandonarlas, decidir cuándo y cómo tener relaciones sexuales, usar condones y beneficiarse de los servicios de prevención y tratamiento.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c: 56)

Un estudio realizado por Kishor y Johnson (2004) utilizó datos de EDS de hogares e individuales para examinar la prevalencia y los correlatos de la violencia doméstica y las

consecuencias de la violencia doméstica para la salud de las mujeres. Los autores analizaron datos representativos a nivel nacional de Camboya, Colombia, la República Dominicana, Haití, el Perú y Zambia. Los resultados indican que, en todos los países, la prevalencia de ETS entre las mujeres que han experimentado violencia es más alta que aquella entre las mujeres que no la han experimentado. En la mayoría de los países, la prevalencia de ETS reportada por las mujeres que han experimentado violencia es por lo menos del doble que aquella entre las mujeres que nunca han experimentado violencia. Análisis multivariados de los datos para tres de estos países muestran que, incluso después de controlar factores socioeconómicos pertinentes y otras conductas, la violencia está significativa y positivamente asociada con la posibilidad de reportar un síntoma de una ETS o una ITS. En la República Dominicana, por ejemplo, la proporción de mujeres que tuvieron una ITS 12 meses antes de la encuesta fue de 3.7% entre aquellas que habían sufrido violencia, 4.6% entre aquellas que experimentaron violencia en el último año, y 1.0% entre aquellas que nunca habían experimentado violencia.

Chacham et al. (2007) investigaron el vínculo entre la autonomía, o el control sobre áreas importantes de la vida social y sexual, y la susceptibilidad a la infección por VIH entre las mujeres jóvenes pobres que vivían en un área de barrios marginados en Belo Horizonte, Brasil. Se realizó una encuesta de corte transversal en una muestra aleatoria de 356 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años. Los hallazgos sugieren que los indicadores de autonomía relacionados con la sexualidad, la movilidad y la libertad de amenazas por parte de sus compañeros estaban significativamente correlacionados con prácticas vinculadas a la prevención del VIH y el acceso a los servicios de salud que promueven la prevención, especialmente entre los adolescentes. Las mujeres jóvenes que hablaban con sus compañeros acerca del uso del condón antes de la primera relación sexual y tomaban decisiones acerca del uso del condón de manera conjunta con ellos tenían más probabilidades de usar condones. En contraste, aquellas que alguna vez habían sido víctimas de violencia física por parte de un compañero, o cuyos compañeros restringían su movilidad, tenían menos probabilidades de usar condones.

La violencia basada en género limita la libertad física y mental – que es acentuada en el contexto de la creciente industria del tráfico. Toda persona traficada para su incorporación a cualquier forma de explotación es vulnerable a riesgos de salud asociados con enfermedades mentales, reproductivas, sexuales y comunicables. Globalmente, Colombia es el tercer país de origen más común entre las mujeres traficadas; se estima que cada año 35,000 mujeres abandonan Colombia para trabajar en el mercado del sexo en Asia y Europa (Ward, 2002).

“El tráfico de adolescentes y mujeres como trabajadoras sexuales las coloca en un mayor riesgo de contraer la infección del VIH y otras ETS. Además de los riesgos implícitos relacionados con las relaciones sexuales forzadas y a menudo no protegidas con múltiples compañeros, la mayoría de las trabajadoras sexuales y las adolescentes y mujeres traficadas ingresan a los países y trabajan ilegalmente, por lo general no son protegidas por la ley y tienen poco o ningún acceso a servicios médicos y sociales. Las mujeres migrantes también están sujetas a estas situaciones de riesgo.” (OPS/UNIFEM, 2005: 2)

Diversos estudios⁷ similares a los descritos anteriormente y relacionados con otras regiones en vías de desarrollo también apuntan a una fuerte correlación entre la violencia basada en género y la susceptibilidad al VIH.

Para poder prevenir las infecciones por VIH que pueden tener lugar como resultado de relaciones sexuales forzadas y otros tipos de violencia por razón de género, se ha demostrado que la profilaxis post-exposición (PPE) – un tratamiento antirretroviral que se usa poco tiempo después de que una persona ha estado expuesta al VIH con el fin de inhibir la infección- es efectiva si se inicia rápidamente, preferentemente dentro de las primeras horas posteriores a la exposición. Un estudio llevado a cabo desde que se comenzó a ofrecer la PPE en una clínica en São Paulo, Brasil, mostró que ninguna de las 182 mujeres tratadas con PPE se infectaron, mientras que cuatro de 145 (el 2.7%) que no recibieron la PPE contrajeron el VIH (Drezett, 2000). No obstante, el estigma de la violencia y la pena asociada con el abuso sexual hacen que para las mujeres resulte difícil buscar ayuda y tratamientos diseñados para reducir la posibilidad de infección.

Proveer a las mujeres con métodos para la prevención del VIH controlados por ellas mismas puede mejorar grandemente su efectividad. Tal como lo afirmó el ex Secretario de las Naciones Unidas, Kofi Annan, durante la 16a Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Bangkok, Tailandia, el 11 de julio del 2004:⁸

“Debemos asegurarnos de que ellas [las mujeres] tengan un acceso pleno a las opciones prácticas que pueden protegerlas del VIH incluyendo los microbicidas, a medida que se hagan disponibles.”

En la región de ALC, la transmisión del VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes es un factor significativo para la propagación del VIH. Tal como se mencionó anteriormente, los segundos niveles más altos de VIH en la región de ALC se encuentran entre las trabajadoras sexuales. Es necesario diseñar políticas especiales para este grupo. La estigmatización y la naturaleza a menudo ilegal del trabajo sexual le impiden a las trabajadoras sexuales buscar protección en contra de clientes abusivos o propietarios de bares y burdeles. La ausencia de

⁷ En una regresión logística multivariada realizada con base en 1,366 mujeres de 16 a 44 años de edad que buscaron atención prenatal en clínicas en Soweto, Sudáfrica, en el periodo 2001-2002 (Dunkle et al., 2004), el 55% reportaron que habían experimentado abuso físico o sexual por parte de un compañero. Diversas mediciones de la violencia contra la mujer en la pareja predecían la infección por VIH (razón de disparidad, 1.5). El reporte de una gran disparidad de poder en la relación sexual actual, y el haber participado en cualquiera de las conductas de riesgo sexuales examinadas, a excepción de jamás haber usado un condón, también estuvieron asociados con una mayor probabilidad de infección por VIH. Todas las conductas de riesgo incluyendo el hecho de jamás haber usado un condón estaban vinculadas con diversas formas de violencia conyugal, abuso infantil y disparidades de poder en las relaciones actuales de las mujeres. Los investigadores sugieren que, como las mujeres abusadas y desempoderadas tienen un mayor riesgo de infección por VIH, incluso después de considerar su propia conducta de riesgo, los hombres abusivos y controladores pueden tener más probabilidades que otros hombres de infectarse con el VIH o con otras ITS que pueden incrementar la susceptibilidad de las mujeres al VIH. También concluyen que “hacerle frente a los problemas de la violencia por razón de género y el VIH requerirá de amplias transformaciones a nivel comunitario y societal que desafíen las arraigadas culturas de la violencia y las normas de las relaciones entre los géneros dominadas por el hombre.” En un comentario adicional, Martin y Curtis (2004) apuntan que muchas iniciativas importantes para contener la propagación del VIH/SIDA incluyendo el Plan de Emergencia para la Mitigación del SIDA del Presidente de los Estados Unidos reconocen la importancia de hacerle frente a las desigualdades entre los géneros, la violencia contra la mujer en la pareja y los desafíos resultantes para la prevención del VIH. Sin embargo, hacen notar que muchas estrategias de implementación, tales como aquellas que se centran en la abstinencia entre las personas jóvenes, no consideran las circunstancias y los efectos de la violencia por razón de género y pueden ser de un uso limitado para aquellas mujeres que han sido abusadas o desempoderadas.

⁸ <http://www.un.org/News/press/docs/2004/sgsm6620040011.shtml> (consultado por última vez en marzo del 2007).

regulación de la industria sexual, y el hecho de que en la mayoría de los países el trabajo sexual es ilegal y, por lo tanto, no está protegido por estándares de seguridad legales, han dado como resultado una falta de respuesta por parte del sector salud, la policía y los servicios sociales a las inquietudes de las trabajadoras sexuales (Anderson et al., 2002). Estos temas fueron objeto de discusión durante la Consulta Técnica Global sobre el VIH y el Trabajo Sexual realizada en Río de Janeiro en julio de 2006. Durante su presentación en esta consulta, Jenny Butler, del UNFPA, hizo referencia al pilar prioritario del soporte para la expansión de los servicios sobre VIH, SSR y otros servicios sociales y de salud para este grupo, lo mismo que a la necesidad de hacerle frente a las barreras al acceso en el contexto del trabajo sexual. Globalmente, se estima que sólo el 26% de las trabajadoras sexuales, de acuerdo con sus datos, tienen acceso a dichos servicios. Los servicios sociales y de salud establecidos a menudo son renuentes a satisfacer sus necesidades y, en aquellos casos en los que se ofrecen estos servicios, su calidad a menudo es deficiente.

Montano et al. (2005) entrevistaron y realizaron pruebas a 13,600 trabajadoras sexuales comerciales en 9 países de América del Sur, entre 1995 y 2002. Se proporcionó consejería pre y post-prueba, además de canalizaciones posteriores a las autoridades médicas apropiadas, y se desarrollaron cuestionarios específicos para cada país que se administraron en entrevistas individuales. Entre las trabajadoras sexuales comerciales, la prevalencia del VIH se incrementaba con la edad ($P < 0.05$), y se notaron prevalencias más altas en las ciudades de Buenos Aires (6.3%), Asunción y las ciudades fronterizas con el Brasil (2.6%), y Guayaquil (2.1%). Diversos factores de riesgo fueron asociados con la infección por VIH entre las trabajadoras sexuales. Las asociaciones más notables en el análisis fueron aquellas con una historia de ITS precedente, el número de compañeros sexuales por semana, el uso de drogas inyectadas y no inyectadas, el consumo de alcohol y las transfusiones sanguíneas. Las investigaciones no pudieron evaluar la asociación entre la seropositividad al VIH y el uso del condón, a consecuencia del alto número de no respuestas a este tipo de pregunta al momento de realizarse el análisis por país.

Allen et al. (2006) realizaron un estudio de corte transversal similar en Georgetown, Guyana. El objetivo fue identificar los factores de riesgo para el VIH y los patrones de uso de servicios de ITS entre 299 trabajadoras sexuales. Se encontró que la prevalencia de VIH fue del 30.6% [intervalo de confianza del 95% (24.9-36.3)]. Una regresión logística multivariada⁹ indicó una asociación significativa entre la infección por VIH y el haber tenido una úlcera vaginal en los últimos 12 meses. De la misma forma, el haber tenido una úlcera vaginal fue asociado con el uso de cocaína. Una regresión de variables de uso de servicios de ITS encontró asociaciones significativas entre la infección por VIH y la obtención de condones a través de servicios de ITS del sector público, el no regresar por los resultados de las pruebas de VIH y el haberse sometido a una prueba de VIH por última vez hace más de 6 meses. Los autores sostienen que un programa activo de detección y tratamiento de

⁹ La regresión logística es un tipo de regresión que relaciona la probabilidad de experimentar un cierto evento con un conjunto de variables explicativas. Es diferente de la regresión convencional en el sentido de que la variable a ser explicada es una probabilidad y, por lo tanto, está limitada al intervalo de 0 a 1.

de ITS ulcerantes debería combinarse con servicios para combatir el abuso de sustancias adictivas dirigidos a las trabajadoras sexuales. También observan que el estigma del VIH puede impedirle a las trabajadoras sexuales con un alto nivel de riesgo tener acceso a los resultados de la prueba del VIH.

Un primer paso hacia el mejoramiento de esta situación consistiría en reconocer que las mujeres son vulnerables a la infección, y que todas las mujeres tienen el derecho a tener acceso a consejería, pruebas, tratamiento, atención y apoyo de manera voluntaria y confidencial (Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres, 2006; ONUSIDA, 2006 b). Los programas y las políticas de salud en general necesitan incorporar una perspectiva de género a la agenda del VIH/SIDA, ya que las normas y los roles de género también tienen un profundo efecto en la transmisión/prevenición de la epidemia. Estas políticas deberían dirigirse a los grupos objetivo con una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH y deben promover formas para que las mujeres se protejan más efectivamente.

“Los derechos sexuales y reproductivos son una prioridad crucial en las políticas, la programación y asignación de recursos para el VIH/SIDA, aunque descuidada. La falta de protección de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, incluidos sus derechos a la salud y a una vida libre de coerción y violencia, alimenta la pandemia. A fin de erradicarla, son esenciales el acceso universal a servicios y educación en materia de salud sexual y reproductiva, así como la protección de los derechos sexuales y reproductivos.” (Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres, 2006: 1)

De manera más general, el Banco Mundial (2004 d) categoriza las intervenciones apropiadas para hacerle frente a los factores de riesgo y las vulnerabilidades femeninas de la manera siguiente:

1. Reducir la pobreza y la dependencia económica;
2. Hacerle frente a los efectos negativos de las normas culturales;
3. Cambiar las normas sexuales;
4. Reducir la violencia contra la mujer;
5. Mejorar las leyes, la aplicación de la ley y el acceso legal;
6. Hacerle frente a los factores fisiológicos; y
7. Poner fin a la mutilación genital femenina.

6.2. Integrando la SSR y los servicios relacionados con el VIH/SIDA¹⁰

A medida que se incrementa la proporción de mujeres entre la población que viven con el SIDA, las sinergias entre los campos de la SSR y las ITS se vuelven cada vez más evidentes. El hecho de que alrededor del 80% de las infecciones por VIH ahora son transmitidas sexualmente y un 10% adicional perinatalmente o durante la lactancia (Askew y Berer, 2003)

¹⁰ Con el fin de ofrecer una orientación acerca de cómo vincular la SSR y el VIH/SIDA, IPPF, el UNFPA, la OMS y sus asociados han preparado un conjunto de herramientas, incluyendo las siguientes:

- Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA: Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios: http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.es.pdf
- Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: an annotated inventory: http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/inventory_linkages_srh_hiv.pdf
- Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS (UNFPA/OMS, 2006): http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/616_filename_srh_hiv-aids.pdf

parecería reservarle un importante papel a las intervenciones de SSR para la prevención del SIDA. Un aspecto importante de la Agenda de El Cairo es la integración del manejo de las ITS, incluyendo el VIH, con los servicios de planificación familiar y de salud materno infantil. La Agenda de CIPD+5 es aún más enfática en lo que respecta a esas inquietudes, y establece la siguiente meta:

“Para el 2005, el 60% de las instalaciones de planificación familiar y atención primaria a la salud deberán ofrecer la prevención y el manejo de infecciones del tracto reproductivo, incluyendo ETS y métodos de barrera para prevenir la infección.”
(CIPD+5, 21a Sesión Especial, punto 8 de la Agenda)

La Revisión 2006 de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) también hizo notar la importancia de vincular el VIH/SIDA y la SSR. Con base en la Declaración Política y los resultados de la Cumbre Mundial 2005, el Secretariado de ONUSIDA y sus asociados han estado definiendo el concepto en un marco para el *Acceso Universal a la Prevención, el Tratamiento y la Atención del VIH/SIDA para el 2010*, el cual también subraya la importancia de fortalecer las vinculaciones entre la SSR y el VIH/SIDA. Aunque los MDGR nacionales guardan un silencio casi total acerca del valor de integrar los servicios, en general los países latinoamericanos habían avanzado más que otras regiones en vías de desarrollo, incluyendo el África subsahariana, en la implementación de la integración; especialmente la consejería y la reducción de riesgos (Lush, 2002; Dehne y Snow 1999).

“Los programas de VIH/SIDA en el pasado han estado separados de los programas de SSR, pero es momento de reintegrar estos dos temas de salud obviamente interconectados con el fin de optimizar los resultados de salud positivos.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 117)

Los servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil pueden ser entornos ideales para suministrar información y para la consejería acerca de la conducta de prevención apropiada, el desarrollo de métodos anticonceptivos y el uso del condón, que ofrecen una excelente barrera contra la gonorrea, la clamidia, el citomegalovirus, el herpes, la hepatitis B y la infección por VIH (Erny y Porte, 1989; Berer, 2004). El acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos también juega un papel en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. El gran potencial de estos servicios en el combate al VIH/SIDA está vinculado al hecho de que a menudo son el principal y a veces único contacto de la mujer con el sistema de atención a la salud (Budiharsana, 2002).

“El alcance y la gran clientela de los servicios de salud reproductiva ofrecen una importante oportunidad para la prevención y el tratamiento del SIDA. Las mujeres casadas y algunas jóvenes a las que llegan los servicios de planificación familiar, embarazo y parto existentes, al igual que los servicios de ITR/ITS, incluyendo la detección de cáncer cervicouterino y cáncer de mama, ofrecen una enorme clientela potencial para la educación sobre la consejería y las pruebas voluntarias, la prevención de la transmisión de madre a hijo, el SIDA y la promoción y distribución del condón, al igual que la atención y el tratamiento del SIDA.” (Kaufman y Messersmith, 2005: 14)

La prevención y el manejo de las ITS, lo mismo que su detección y tratamiento tempranos, no sólo son importantes en sí mismos, sino también para la prevención del VIH, ya que algunas ITS incrementan la probabilidad de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales no protegidas (ONUSIDA, 2005 c). Por lo tanto, la prevención, el diagnóstico, el examen y el tratamiento de las ITS deberían ofrecerse de manera integral, confidencial y efectiva como parte de los servicios de salud materno-infantil, atención antenatal y planificación familiar (OMS/Programa Global sobre el SIDA, 1994; Mayhew et al., 2000). De hecho, se ha estimado (ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, 2004) que el acceso a los servicios de prevención básicos podría prevenir 29 de los 45 millones de infecciones que se proyecta ocurrirán durante la presente década.

“La gran mayoría de las infecciones por VIH son transmitidas sexualmente o durante el embarazo, el parto o la lactancia. La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual son una preocupación de salud reproductiva central, lo mismo que una importante intervención para la prevención del VIH. Además, los programas de planificación familiar han desarrollado un conocimiento considerable y herramientas para transmitir información e influir en la conducta sexual. De tal modo que existen abundantes razones para promover vínculos fuertes entre los programas y los servicios de salud reproductiva y VIH/SIDA.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c: 36)

En Haití, por ejemplo, en donde la gran mayoría de las infecciones por VIH son contraídas sexualmente, la ONG GHESKIO decidió ofrecer servicios de SSR vinculados a su programa de VIH/SIDA. La integración se implementó principalmente porque el estigma y la falta de las habilidades profesionales necesarias dieron como resultado que a muchas personas seropositivas se les negaran servicios de SSR en otros sitios, y también porque las personas no tenían el tiempo o el dinero para ir de un lugar a otro para satisfacer sus variadas necesidades de salud. El ofrecer la oportunidad de tener acceso a otros servicios de salud al mismo tiempo y bajo el mismo techo mejoró grandemente el uso de la consejería y las pruebas de VIH (Simone, Pape y Verdier, 1999). De hecho, de acuerdo con estos autores, la SSR puede contribuir de muchas maneras diferentes:

Contribución de los servicios de planificación familiar:

- Educación sobre las ITS, sus síntomas y su forma de transmisión, y la conducta de búsqueda de la salud apropiada; detección y manejo de ITS;
- Alentar el uso del condón con o sin otros métodos anticonceptivos para la protección en contra del embarazo no deseado, las ITS/el VIH, y la infertilidad;
- Proporcionar información en el sentido de que los anticonceptivos que no son de barrera no protegen en contra de las ITS/el VIH;
- Garantizar que las mujeres y los hombres seropositivos tengan acceso a servicios de SSR para prevenir embarazos no deseados o para concebir y tener hijos seguramente.

Contribución de los servicios prenatales y de parto:

- Información y servicios para prevenir la transmisión sexual del VIH;

- Pruebas y consejería para el VIH;
- Educación sobre la reducción de riesgos;
- Promoción y provisión de condones durante el embarazo y planificación familiar/doble protección posteriormente;
- Educación sobre las consecuencias adversas de las ITS para el embarazo y los resultados del embarazo;
- Detección y manejo de ITS, incluyendo la sífilis.
- Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo durante el parto/a través de la alimentación del lactante.

Existe una clara asociación entre el conocimiento de aspectos relacionados con la SSR por parte de la madre y su conocimiento acerca del VIH/SIDA, sugiriendo que existen ventajas en el uso de estrategias de información conjuntas para ambos, aunque no es posible atribuir ninguna interpretación causal a esta relación. La EDS 2003 de Bolivia, por ejemplo, muestra que el 68.5% de las mujeres en edad reproductiva sabían que una persona en apariencia saludable de cualquier forma puede infectarse con el SIDA. Sin embargo, entre aquellas mujeres que conocían menos de 4 métodos anticonceptivos, sólo el 34.9% respondieron la pregunta correctamente. Entre aquellas que conocían entre 4 y 7 métodos, la proporción fue del 56.2%, y entre aquellas que conocían entre 8 y 11 métodos, del 74.5%. De las mujeres que identificaron 12 o más métodos anticonceptivos, el 89.4% también respondió correctamente a la pregunta sobre el VIH/SIDA.

Además de su contribución al mejoramiento de la conciencia y el conocimiento acerca del VIH/SIDA, la integración también ha sido considerada como un medio importante para promover la consejería y las pruebas voluntarias y el uso del condón. En el Brasil se han observado bajas proporciones de personas que conocen su estado de seropositividad (Beloqui, 2004), una situación que también podría encontrarse en otros países de la región.

La factibilidad y la sinergia efectiva de la integración de los servicios: el caso de Haití

Una investigación realizada en Puerto Príncipe, Haití, por Peck et al. (2003), demostró la factibilidad y la sinergia efectiva de integrar los servicios de atención primaria en el sitio a la consejería y las pruebas voluntarias de VIH, a través de una revisión retrospectiva de registros de pacientes en el centro de consejería y pruebas voluntarias de GHESKIO. El número de nuevas personas que buscan consejería y pruebas voluntarias en GHESKIO se incrementó de 142 en 1985 a 8,175 en 1999, con un porcentaje cada vez mayor de mujeres, adolescentes, clientes libres de síntomas, y clientes autoderivados. De las nuevas personas adultas que buscaron consejería y pruebas voluntarias en 1999, el centro pudo suministrar atención para el SIDA al 17%, tratamiento contra la tuberculosis al 6%, manejo de ITS al 18%, y planificación familiar al 19%.

Se ha reportado una amplia aceptación de la consejería y las pruebas voluntarias de VIH entre las mujeres embarazadas que acuden a servicios de SSR. Viani et al. (2006), por

ejemplo, realizaron un estudio en Baja California, México, entre mujeres embarazadas que asistieron al Hospital General de Tijuana de marzo a noviembre del 2003. De las 1,653 mujeres que buscaron atención prenatal, 1,529 (92.5%) otorgaron su consentimiento para participar, al igual que 1,068 (95.2%) de 1,122 mujeres en trabajo de parto.

La aceptación de la integración de la consejería y las pruebas voluntarias y los servicios de atención se ha encontrado no sólo en América Latina, sino también en otros países en vías de desarrollo.¹¹

Es necesario implementar la oferta rutinaria de pruebas de VIH voluntarias y confidenciales como parte de los servicios de SSR, particularmente en las clínicas para ITS y tuberculosis, lo mismo que en las clínicas antenatales que ofrecen servicios para la prevención de la transmisión de madre a hijo. Las pruebas son cruciales tanto para la prevención como el tratamiento; la consejería post-prueba también es un aspecto imperativo:

“Un elemento central de una respuesta de salud pública sería un programa de pruebas mucho más amplio, y el reconocimiento de que las pruebas sirven a una variedad de propósitos, lo cual exige una variedad de enfoques. Es necesario ampliar la consejería y las pruebas voluntarias tradicionales, que son solicitadas por personas que quieren conocer su estado.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c: 66)

En lo que respecta a los condones femeninos, los programas y los servicios de SSR también juegan un papel en la promoción de su uso. El condón femenino no tiene efectos secundarios serios: no altera la flora vaginal o provoca una irritación significativa de la piel, reacciones alérgicas o trauma vaginal (Gollub y Warren, 1997). No sólo protege en contra del VIH, sino también en contra del citomegalovirus, el virus del herpes y el virus de la hepatitis B (Hoffman et al., 2004). Los prestadores de servicios necesitan capacitación, incluyendo el conocimiento de las necesidades de consejería especiales de sus clientes potenciales (Gollub y Warren, 1997). Particularmente, los condones femeninos pueden ofrecerle a las trabajadoras sexuales un mayor control sobre la prevención del VIH si sus clientes los encuentran más aceptables que los condones masculinos (UNFPA/OMS/PATH, 2005).

“Con el reconocimiento de que las desigualdades entre los géneros son una importante fuerza que impulsa la epidemia, el desarrollo de métodos de prevención sobre los que las mujeres tengan algún control se convirtió en un imperativo.” (Hoffman et al., 2004: 140)

¹¹ Reynolds et al. (2003) realizaron un estudio acerca de la consejería y las pruebas voluntarias (CPV), en Kenia, durante el mes de junio de 2002. Para ello emplearon métodos tanto cualitativos como cuantitativos en 20 centros de CPV. En lo que respecta a la aceptación de la integración de los servicios, los resultados indicaron que: todos los consejeros de CPV y los encargados de los centros estuvieron de acuerdo en que era una buena idea ofrecer información y educación sobre anticoncepción a sus clientes de CPV. Casi todos los prestadores de servicios y los encargados de los centros (el 95%) apoyaron la provisión de materiales de información, educación y comunicación y la canalización a servicios de planificación familiar durante la CPV. El suministro de métodos anticonceptivos fue apoyado por casi dos tercios de los encargados de los centros y los consejeros (60% y 61%). La mayoría de las clientes (el 89%) pensaban que los servicios de planificación familiar ofrecidos como parte de la CPV era una buena idea. La mayoría de los encargados de los centros y los consejeros pensaban que la sesión pre-prueba o la sesión post-prueba eran el momento más apropiado para ofrecer estos servicios. Las clientes preferían que la consejería sobre planificación familiar le siguiera a la prueba del VIH.

Aunque el uso del condón femenino exige la cooperación de los hombres (Hoffman et al., 2004), la cual no está garantizada, se han registrado éxitos con su introducción, y su uso se está incrementando. En Haití, las ventas de condones femeninos (Reyalite) se incrementaron de 14,073 en 1997 a 37,854 en el 2000 (Camara, 2002). El Ministerio de Salud del Brasil realizó un estudio para identificar la aceptación del condón femenino. A lo largo de un período de un año, se entrevistó a 2,400 usuarias de servicios de salud pública provenientes de diversos entornos culturales. Los resultados indicaron una tasa de aceptación para el condón femenino del 70%. En 1999, el Programa Nacional contra el SIDA comenzó a distribuirlo en el sector público. Sus mensajes claves se centraron en las desigualdades entre los géneros y en factores culturales. De manera similar, una investigación realizada en seis ciudades brasileñas (Barbosa, Berquó y Kalckmann, 2000) indicó que un porcentaje relativamente alto (el 70.1%) de usuarias del condón por espacio de 90 días encontraron el método aceptable. Este porcentaje varió relativamente poco entre los grupos de usuarias, aunque fue ligeramente más alto entre aquellas mujeres que estaban acostumbradas al condón masculino o que tenían una historia de ITS, y ligeramente más bajo entre aquellas que no se consideraban en riesgo de embarazo.

La integración de los servicios también puede contribuir a ampliar la práctica de la doble protección, al hacer ver que debería considerarse el riesgo de ITS durante la elección anticonceptiva. Un estudio realizado por Lazcano-Ponce et al. (2000), con la participación de 2,107 clientes en una clínica de planificación familiar en la Ciudad de México, sugiere que si a las mujeres que buscan servicios de planificación familiar se les proporciona información acerca de los métodos de planificación familiar y la prevención y los factores de riesgo de las ITS, y luego se les da la responsabilidad de elegir un método, estas tienen más probabilidades de elegir el condón en lugar del DIU que las mujeres cuya elección de método se basa en la selección del proveedor. Estos datos indican que el proporcionar información acerca de los métodos de planificación familiar, los factores de riesgo de las ITS, y la elección de un método anticonceptivo a las clientes de planificación familiar puede reducir la dependencia potencialmente perjudicial del DIU como el único método anticonceptivo e incrementar la selección del condón para la anticoncepción en aquellas clínicas que ofrecen estos servicios. Los resultados también apuntan al argumento de que la 'percepción' del riesgo de ITS para las mujeres por parte de los médicos puede colocar a las mujeres en un mayor riesgo de depender exclusivamente del DIU en comparación con la decisión informada de las mujeres.

Xu et al. (2002) desarrollaron un estudio cuyo objetivo era evaluar los efectos de proporcionarle a las mujeres consejería sobre la comunicación en la pareja, la realización de pruebas de VIH para sus parejas y el uso del condón por compañeros sexuales estables en el Norte de Tailandia. La cohorte constó de 779 mujeres, 655 de las cuales fueron reclutadas en clínicas de planificación familiar y 124 en el pabellón postparto del Hospital Chiang Rai. Se recolectó información acerca de la conducta para la prevención del VIH, con seguimiento a los 6 y 12 meses para determinar si esa conducta cambiaba después de la consejería en la clínica. Los hallazgos indicaron que la consejería sí promovía la comunicación acerca del

riesgo de contraer el VIH y la conducta preventiva con los esposos, y esta comunicación fue asociada con la adopción de conductas preventivas, tales como la iniciación del uso del condón y las pruebas de VIH por parte del marido. Los efectos de la consejería proporcionada en las clínicas en el uso consistente del condón y las pruebas de VIH por parte de los esposos fueron pequeños o moderados. Se hizo notar que muchas de las parejas únicamente utilizaron los pocos condones que se les proporcionaron a las mujeres durante sus visitas a las clínicas y luego interrumpieron su uso; este hallazgo indicó que, si bien muchas parejas podían mantener el uso del condón por algún tiempo después de la consejería, no estaban lo suficientemente motivadas como para superar las barreras contra el uso del condón, que pueden incluir el módico costo de los condones, la estigmatización para las personas casadas que adquieren condones en las comunidades pequeñas, las implicaciones de la falta de confianza en la pareja, la inconveniencia de usar condones, la percepción de un bajo riesgo de infección, la confiabilidad limitada de los condones, y una disminución en el placer sexual con el uso del condón.

Los servicios de SSR pueden contribuir a la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas a las que las mujeres infectadas con el VIH, con sus sistemas inmunes debilitados, son más vulnerables. Las más comunes entre las personas que viven con el VIH/SIDA incluyen a la candidiasis, la displasia cervical, el citomegalovirus, los virus del herpes simplex y el virus del papiloma humano (VPH) (Tuomala, 1999; Fauci, 2004). Es crucial que los países ofrezcan un acceso total a los canales normales para acceder a los servicios ginecológicos y de SR, como es el caso de la atención ginecológica, anticonceptiva o relacionada con el embarazo para aquellas mujeres que viven con el SIDA (Dalcy, 1994).

Las personas que viven con el SIDA y tienen acceso a terapia antirretroviral están viviendo más tiempo, y también deben tener acceso a programas de SSR integrales con el fin de disfrutar del derecho a una sexualidad saludable, segura y placentera, el derecho a tomar decisiones reproductivas informadas, y los medios para tener hijos sin transmitirles el virus (Kaufman y Messersmith, 2005; Rutenberg y Baek, 2005). Los programas y las políticas deben ser adaptados para cumplir con los derechos y las necesidades de SSR cada vez mayores de las personas que viven con el SIDA. La prevención de los embarazos no deseados es un aspecto de gran importancia; de la misma forma, una proporción significativa de las mujeres seropositivas pueden desear embarazarse (UNFPA/OMS, 2006).

“Los servicios anticonceptivos voluntarios para ayudarle a las mujeres seropositivas a prevenir embarazos no deseados deberían ser un componente central de las estrategias de prevención nacionales costo efectivas.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 12)

“El campo del SIDA mismo está cambiando a medida que el acceso al tratamiento comienza a convertirse en una realidad, o por lo menos en el objetivo enunciado, incluso en los lugares más pobres. Con el tratamiento, el SIDA puede convertirse en una enfermedad crónica. A medida que las personas viven con la enfermedad, el campo debe reconocer que las poblaciones predominantemente jóvenes afectadas

querrán tener vidas sexuales saludables y activas, casarse y tener hijos. El campo debe moverse más allá de sencillamente prevenir las infecciones primarias.” (Kaufman y Messersmith, 2005: 8)

Otros programas deben incluir la necesidad de tratar a sus parejas del sexo masculino, que tienen muchas menos probabilidades de ser los usuarios primarios de los servicios de SSR. Adicionalmente, el dirigirse a segmentos estigmatizados de la población, como es el caso de los hombres que tienen sexo con hombres, también exige esfuerzos adicionales (Finger, 1994; ONUSIDA/OMS, 2005).

“La falta de información, la estigmatización, la homofobia y los prejuicios sociales acerca de la orientación o la conducta sexual impiden el acceso a la prevención y la atención clínica en América Latina. Estos son algunos de los obstáculos que las personas con un alto nivel de riesgo o que están infectadas enfrentan al tratar de tener acceso a los servicios. También obstaculizan el acceso por parte de las personas que viven con el VIH y el SIDA, lo cual impide un tratamiento justo y equitativo.” (Abreu, Noguer y Cowgill, 2003: xxiii)

En la práctica, la integración de la SSR con la prevención del VIH no ha sido fácil y los vínculos entre ambos tipos de programas por lo general han sido débiles (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c). Packer et al. (2004) analizaron el sistema de salud pública de Jamaica y propusieron una serie de intervenciones potenciales que podrían mejorar la integración de los servicios de planificación familiar (PF) y VIH, tales como adaptar las políticas de recursos humanos, el uso de una lista de verificación común para los servicios de PF/antenatales/ITS, rediseñar los sistemas de registro, y la implementación de capacitación para el personal nuevo. El estudio concluyó que, sin el establecimiento de cambios sistémicos en el sistema de salud, la integración efectiva es altamente improbable.

Según Askew y Berer (2003), los siguientes problemas juegan un papel en la falta de articulación: los líderes en ambos campos tienen diferentes agendas y disciplinas enraizadas; los donantes bilaterales y multilaterales tienen departamentos para el VIH/SIDA y la SSR separados, y han estado financiando programas y servicios por separado; las responsabilidades de los programas, la presupuestación y el financiamiento para las dos especialidades están separados en los sistemas nacionales de salud; se han implementado o mantenido estructuras de programas verticales; el financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha exacerbado esta situación, ya que los fondos para el SIDA se han vuelto tan abundantes que tienden a favorecer un enfoque vertical por encima de los esfuerzos de integración con la SSR y otras áreas de la salud relacionadas.

En términos de la asignación de recursos, incluso se ha dado cierta competencia entre los programas de SSR y VIH/SIDA. Campbell-White, Merrick y Yazbeck (2006) hacen notar que si bien las inversiones en planificación familiar y SSR disminuyeron en términos reales entre 1995 y 2001, el apoyo para el VIH y las ITS se incrementó ocho veces. Desde un punto de vista más práctico, la combinación de los servicios de SSR y VIH exige esfuerzos especiales para asegurarse de que la integración no imponga una carga excesiva a los servicios

ya existentes y comprometa la calidad de los servicios. Los costos iniciales de la integración, incluyendo la capacitación al personal para satisfacer las complejas necesidades de SSR de los clientes seropositivos, también tienden a ser altos.

El 7 de junio del 2004, el UNFPA y ONUSIDA, en colaboración con Family Care International, convocaron a una consulta global de alto nivel en la Fundación Rockefeller, en la ciudad de Nueva York. Los participantes, que incluyeron a ministros, parlamentarios, embajadores, líderes de las Naciones Unidas y otras agencias multilaterales, oficiales de organizaciones donantes, líderes comunitarios y de organizaciones no gubernamentales, jóvenes y personas que viven con VIH, expresaron:

“(...) una profunda inquietud por el hecho de que demasiadas políticas, programas e iniciativas, dirigidas ya sea a la salud sexual y reproductiva o al VIH/SIDA, no han tomado en cuenta estas vinculaciones; y porque, en consecuencia, la comunidad global ha sido menos efectiva de lo que podría haber sido en responder a estos retos y oportunidades compartidos”.

En consecuencia, recomiendan transformar las políticas y los servicios relacionados con la SSR y el VIH/SIDA ya existentes. Reconociendo que la base de evidencia actual acerca de estos temas es escasa, el UNFPA contrató recientemente los servicios de Cochrane Collaboration para producir evidencia empírica más sistemática a través de una revisión sistemática de las vinculaciones estructurales, en materia de políticas y programáticas entre la SSR y el VIH/SIDA.¹²

6.2.1. Transmisión de madre a hijo

La transmisión de madre a hijo (TMH) tiene lugar durante el embarazo, mientras se amamanta y a través de la lactancia materna prolongada. Se ha estimado que, en ausencia de cualquier intervención, las tasas de TMH del VIH pueden variar de un 15 a un 30% sin la lactancia materna, y pueden alcanzar entre un 30 y un 45% con la lactancia materna (OMS, 2004 b). Los lactantes infectados con el VIH rara vez viven más allá de los dos años de edad (UNFPA, 2003 b). En la región de ALC, en el 2005, alrededor de 32,000 niños de menos de 15 años de edad estaban viviendo con el VIH, y el SIDA había reclamado alrededor de 59,000 vidas en este grupo etario (ONUSIDA, 2005 a). En el Caribe, cada año nacen aproximadamente 3,000 hijos de madres que viven con el VIH. A medida que se incrementa el número de mujeres infectadas con el VIH, también se incrementa el número

¹² Los aspectos específicos a considerar son:

- El acceso a servicios de VIH/SIDA y SSR claves y su uso;
- El acceso por parte de las personas que viven con el VIH a servicios de SSR adecuados a sus necesidades;
- La cobertura de todas las poblaciones en los servicios de SSR, incluyendo a las poblaciones marginadas y desatendidas, como sería el caso de los usuarios de drogas inyectables, las trabajadoras sexuales y los hombres;
- El apoyo para la doble protección en contra del embarazo no deseado y las ITS, incluyendo el VIH, para aquellas personas que lo necesiten, especialmente los jóvenes;
- El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA;
- La calidad de la atención en la prestación de servicios de SSR o VIH;
- La costo-efectividad y la eficiencia de la vinculación entre servicios.

de niños infectados con el VIH (Camara, 2002). El MDGR de Belice (2005) subrayó la necesidad de mejorar las estrategias para la prevención de la TMH:

“La transmisión de madre a hijo (TMH) del virus es la fuente más significativa de la infección en niños de menos de 10 años de edad, que representan el 6% de todos los casos de VIH y el 4% de los casos de SIDA. Por lo tanto, las estrategias para prevenir y/o mitigar la TMH se han vuelto esenciales.” (Belice, 2005: 23)

Cuadro 6.2: América Central: Proporción de mujeres embarazadas infectadas con VIH en países seleccionados

País	Prevalencia estimada entre mujeres embarazadas
El Salvador	1% principal hospital de maternidad (2000)
Guatemala	0.75% Ciudad de Guatemala (2000) 0.36% promedio nacional, 11 sitios (2000)
Honduras	1.9% San Pedro Sula (1999) 1.5% Puerto Cortés (1999) 0.8% Tegucigalpa (1999)
Panamá	0.9% Occidente de Panamá (1997)

Fuente: Mordt et al. (2003)

La falta de acceso por parte de las mujeres a información y a servicios de atención a la salud conduce a un incremento en el número de mujeres y niños infectados (Anderson et al., 2002). Actualmente sólo se ofrecen servicios para prevenir la TMH a menos del 8% de las mujeres embarazadas en el mundo (ONUSIDA, 2006 a). Sin embargo, en Argentina, el 87% de las mujeres embarazadas reciben tratamiento con este fin. El programa de prevención de la transmisión de madre a hijo de Cuba está entre los más efectivos a nivel mundial: a todas las mujeres embarazadas se les realizan pruebas de VIH y existe un acceso libre y universal a la terapia antirretroviral (ONUSIDA, 2005 b).

“Las intervenciones para la prevención de la TMH no deben darse de manera aislada, sino que deben ser integradas, en todos aquellos casos en los que sea posible, a las infraestructuras de atención a la salud y los servicios de salud reproductiva ya existentes. Además, las intervenciones deben ser vistas como parte de una respuesta más amplia al VIH/SIDA que incluya la expansión del acceso a la atención y el apoyo para las madres infectadas con el VIH y sus familias, incluyendo el tratamiento de infecciones oportunistas y la agilización del acceso al tratamiento para el VIH.” (OMS, 2001 b: 7)

La TMH puede reducirse significativamente a través del uso de antirretrovirales por parte de las mujeres que viven con el VIH durante el embarazo y el parto, lo mismo que por los lactantes recién nacidos. La profilaxis antirretroviral por sí sola reduce la tasa de transmisión periparto en un 30-50% (OMS, 2004 b). De acuerdo con el National Institute of Allergy and Infectious Disease (2005), en aquellos casos en los que los prestadores de servicios de atención a la salud le proporcionan tratamiento a las mujeres embarazadas que viven con el VIH y dan a luz a sus bebés a través de una cesárea electiva, realizada antes del inicio del trabajo de parto y antes de la ruptura de las membranas, las posibilidades de que el

bebé se infecte se reducen al 1%: en los Estados Unidos, la infección por VIH de los recién nacidos casi se ha erradicado como resultado del tratamiento adecuado.

La atención y el seguimiento postparto integrales para las mujeres que viven con el VIH/SIDA y sus lactantes se extienden más allá del periodo postparto de seis semanas, e incluyen la evaluación de la recuperación materna después del parto y la evaluación de complicaciones infecciosas postparto (UNFPA/OMS, 2006). Adicionalmente, la consejería acerca de la vulnerabilidad relacionada con la lactancia materna y el suministro de sustitutos de la leche materna deberían ser parte regular de la consejería sobre el VIH en los servicios de SSR, con el fin de evitar consecuencias nutricionales perjudiciales (Anderson et al., 2002). Esas acciones son esenciales para promover la salud materna y garantizar la supervivencia de los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH/SIDA:

“Una gran proporción de las mujeres infectadas con el VIH todavía no tienen acceso a una atención prenatal, obstétrica y postnatal integral, y requieren de estrategias específicas e innovadoras para la prevención de la TMH. (...) Es urgente contar con un enfoque integral e integrado para prevenir la infección por VIH en las mujeres, los lactantes y los niños pequeños.” (OMS, 2004 b: 2)

“Muchas de estas infecciones [de madre a hijo] podrían haberse evitado garantizando el acceso por parte de las madres a un régimen para prevenir la transmisión de madre a hijo. Los servicios de SSR expandidos pueden ofrecer un paquete integrado de servicios, incluyendo consejería sobre la transmisión y prevención del VIH, apoyo psicológico y social y tratamiento antirretroviral para las madres seropositivas.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 12)

Beneficios identificados en los programas para la prevención de la TMH: el ejemplo de la República Dominicana

Perez-Then et al. (2003) documentaron los resultados del primer año del programa para la prevención de la TMH de la República Dominicana, que inició en el año 2000. Durante el primer año, 42,666 mujeres acudieron para recibir atención prenatal; el 54% de ellas (23,067) se realizaron una prueba de VIH; de estas, 581 (el 2.5%) tenían VIH. Se identificaron beneficios específicos, tales como la administración de tratamiento antirretroviral, para el 89% (164/185) de las madres y el 98% (183/186) de los niños. Se realizaron cesáreas al 67% (124/185) de las mujeres embarazadas seropositivas, y se suministró fórmula para lactantes en el 47% (87/186) de todos los casos. Se implementó ampliamente un paquete integrado de intervenciones para reducir la TMH. Con base en la evaluación del proyecto, los autores estimaron que la implementación del programa nacional para prevenir la TMH podría reducir el riesgo de TMH en un 50%, evitando aproximadamente 1,000 infecciones por VIH entre lactantes anualmente en todo el país.

Un estudio realizado por Stover et al. (2003), con base en datos de 14 países con un alto nivel de prevalencia, proporciona estimaciones acerca de las posibles sinergias entre los

programas de planificación familiar y TMH convencionales. De acuerdo con este estudio, el costo por muerte infantil evitada podría reducirse de US\$ 2,600 bajo las estrategias de TMH convencionales a tan sólo US\$ 360 si se añadiera un componente de planificación familiar. El costo por infección evitada disminuiría de US\$ 1,300 a US\$ 660. Se estima que en el África subsahariana los servicios de planificación familiar están previniendo la infección por VIH en más lactantes que la provisión de nevirapina (Reynolds, Steiner y Cates, 2005) y son más costo-efectivos para este fin (Reynolds, Janowitz, Homan y Johnson, 2006).

La consejería y las pruebas voluntarias para mujeres embarazadas deben encontrarse disponibles en los servicios de salud. Rosa et al. (2006) indican que la consejería y las pruebas de VIH han sido implementadas exitosamente en el sector de la salud pública en el Brasil. En Porto Alegre, Brasil, se realizó un estudio de corte transversal de diciembre de 2000 a febrero de 2001. De un total de 1,642 madres entrevistadas, el 94.3% reportaron que se les ofrecieron pruebas de VIH antes del embarazo o durante el mismo, o durante el parto. La asistencia a menos de seis consultas prenatales, el ser soltera y el tener menos de 18 años de edad fueron barreras pertinentes que impedían la realización de las pruebas de VIH.

Aun cuando las pruebas son un aspecto crucial, no deberían tener lugar sin consentimiento, ya que es necesario promover un enfoque integral y basado en derechos:

“En algunos casos, las mujeres embarazadas son sometidas a pruebas de VIH sin su conocimiento y consentimiento. Aunque por lo general estas pruebas se realizan con el fin de ofrecer el mejor tratamiento y atención posibles, en algunos casos, particularmente en aquellos contextos en los que la atención, el apoyo y el tratamiento para las personas seropositivas todavía no han sido integrados a los sistemas de atención a la salud, las pruebas en ocasiones se realizan de modo que los trabajadores de atención a la salud puedan tomar medidas adecuadas para protegerse de la infección. (...) El énfasis del campo de la SSR en la elección informada de anticonceptivos y el consentimiento informado para los procedimientos anticonceptivos podría servir como modelo para orientar a los programas de pruebas para las mujeres embarazadas.” (Kaufman y Messersmith, 2005: 21)

Kaufman y Messersmith (2005) también denuncian que no sólo se han documentado pruebas sin consentimiento, sino también otros abusos de derechos, incluyendo la esterilización y el aborto bajo coacción (por ejemplo, en el Perú) en mujeres que viven con el VIH. Los trabajadores de la salud deben estar concientes de la necesidad de proporcionar una atención integral, y también se les debe proporcionar información completa, incluyendo una descripción precisa de los riesgos, las medidas de protección apropiadas y las precauciones universales, lo cual a su vez reduciría la discriminación que deben enfrentar las personas que viven con el VIH/SIDA en las unidades de atención terciaria (Mordt et al., 2003).

“Muchas personas que viven con el VIH/SIDA expresan una gran insatisfacción con los sistemas de atención a la salud, en los que a menudo experimentan el rechazo de los trabajadores de atención a la salud, la falta de atención apropiada y violaciones a la confidencialidad. El temor de los trabajadores de atención a la salud a la contaminación

de los instrumentos de diagnóstico a menudo conduce a retrasos en la atención o a una total falta de atención.” (Mordt et al., 2003: 13)

En su estudio acerca del Brasil, EngenderHealth y el UNFPA (2006) encontraron quejas frecuentes acerca de la discriminación y el estigma que las mujeres seropositivas enfrentan en los centros de SR en general. Los tiempos de espera prolongados, la distancia geográfica a las instalaciones que ofrecen atención, y la discriminación y las actitudes de parte de los prestadores estuvieron entre las principales inquietudes citadas por las mujeres. Algunas reportaron que, aun cuando sabían que tenían derecho a ser atendidas primero, a menudo no se identificaban como resultado de inquietudes relacionadas con el tratamiento recibido y la confidencialidad. En Haití, una ONG (GHESKIO) patrocinada por el UNFPA encontró que las mujeres seropositivas canalizadas a clínicas de planificación familiar estaban siendo rechazadas como resultado del estigma y la discriminación, lo mismo que la falta de competencia para satisfacer sus necesidades especiales. Las clínicas de planificación familiar a menudo se rehusaban a aceptar canalizaciones provenientes de clínicas de VIH, por temor a que el estigma del SIDA afectara su operación.

6.3. La necesidad de enfocarse en los jóvenes

Las personas de entre 15 y 24 años de edad representan la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial (ONUSIDA, 2006 a), y se ha estimado que, en el 2001, 11.8 millones de personas eran seropositivas. Los jóvenes en la región de ALC también son más vulnerables al VIH/SIDA que otros grupos etarios. Entre otras causas, el crecimiento de la epidemia en este grupo etario está relacionado con el incremento en las actividades de riesgo, el estigma social asociado con la infección del VIH, la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva preventivos, las dificultades para obtener información (tanto dentro como fuera de las escuelas), y las insuficientes políticas de salud diseñadas en función de las necesidades de los jóvenes. Por lo tanto, las personas jóvenes son muy susceptibles a la infección:

“La epidemia varía grandemente en diferentes regiones del mundo, pero en cada una de estas epidemias los jóvenes se encuentran en el centro, lo mismo en términos de nuevas infecciones que de ser la mayor fuerza potencial para el cambio si se puede llegar a ellos con las intervenciones apropiadas.” (Monasch y Mahy, 2006: 15).

Tal como lo enfatiza la CIPD, las políticas deben orientarse a la necesidad del acceso a la información y la educación por parte de los hombres y las mujeres jóvenes. El indicador 19b de los ODM - el porcentaje de la población entre 15 y 24 años con un conocimiento correcto e integral del VIH/SIDA - es consistente con esta recomendación. El indicador es definido como el porcentaje de la población de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las dos formas principales para prevenir la transmisión sexual del VIH (usando condones y limitando las relaciones sexuales a un compañero fiel y no infectado), que rechaza las dos concepciones erróneas locales más comunes acerca de la transmisión del VIH, y que sabe que una persona en apariencia sana puede transmitir el VIH.

“Para el 2005, por lo menos el 90% de los hombres y mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años de edad deberían tener acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar las habilidades para la vida requeridas para reducir su vulnerabilidad a la infección del VIH.” (CIPD+5, 21ª Sesión Especial, punto 8 de la Agenda)

“Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA.” (CIPD §7.47)

Los programas deben considerar que cada vez más jóvenes están teniendo relaciones sexuales a edades más tempranas y con más compañeros o compañeras sexuales. Existe una relación entre estos dos aspectos, en el sentido de que las personas jóvenes que inician su actividad sexual a una edad temprana tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales con compañeros(as) múltiples o de alto riesgo, y también tienen menos probabilidades de usar condones (Monasch y Mahy, 2006). Se ha denunciado ampliamente que las políticas dirigidas a los jóvenes a menudo no reconocen la actividad sexual temprana. En una encuesta realizada en el Brasil, por ejemplo, por lo menos una de cada tres (36%) personas de entre 15 y 24 años de edad afirmó que ya era sexualmente activa antes de su 15º cumpleaños, el 20% afirmó haber tenido relaciones sexuales con más de diez personas hasta ese momento en sus vidas, y el 7% había tenido relaciones sexuales con más de cinco personas en el año anterior (ONUSIDA/OMS, 2005). No obstante, su conocimiento acerca del VIH era pobre.

En el Caribe, como parte de una encuesta sobre salud sexual realizada entre estudiantes en St. Maarten, en el 2001, se entrevistó a 1,200 estudiantes de secundaria (de entre 13 y 18 años de edad), y los resultados indicaron que el 42% eran sexualmente activos; el 60% reportó haber usado un condón en su última relación sexual, y el 18% había tenido cuatro o más compañeros(as) sexuales hasta ese momento de su vida (Camara, 2002). En otra encuesta realizada en Barbados, una cuarta parte de las mujeres de entre 15 y 29 años afirmaron que ya eran sexualmente activas al momento de cumplir los 15 años de edad (ONUSIDA, 2005 b). En el proyecto GHESKIO en Haití, se encontró que la gran mayoría de los jóvenes que asistían a la clínica de VIH tenían múltiples compañeros(as) sexuales; en el caso de las adolescentes, estos compañeros a menudo eran mucho mayores. Alrededor del 44% de las mujeres jóvenes siempre tenían relaciones sexuales sin condón, en comparación con el 19% de los hombres jóvenes. Entre los hombres jóvenes en el Perú que se identificaron como homosexuales, el 40% reportó haber tenido relaciones sexuales anales sin protección recientemente (UNICEF/ONUSIDA/OMS, 2002).

La encuesta *Adolescent Condom Survey*, realizada en Jamaica (Hope Enterprises, 2001), afirmó que más de 1,000 adolescentes, el 73.7% de los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, y el 9.5% de los jóvenes entre 10 y 14 años de edad, reportaron ser sexualmente activos. El estudio encontró que los adolescentes más jóvenes tenían muchas menos probabilidades que los adolescentes mayores de saber que el uso del condón es una forma de evitar una ITS

(59% en el caso de los jóvenes entre 10 y 14 años de edad vs. el 88% en el grupo etario de 15 a 19 años). Además, una proporción pequeña pero preocupante de jóvenes (el 21% de los jóvenes entre 10 y 14 años de edad y el 5% de aquellos entre 15 y 19 años de edad) no conocía ninguna manera de evitar una ITS.

Las mujeres jóvenes también merecen atención especial, considerando que son altamente vulnerables a la infección, incluso más que los hombres jóvenes, en los países en vías de desarrollo. Ellas constituyen casi dos terceras partes de las personas de menos de 25 años de edad con VIH a nivel mundial (ONUSIDA, 2006 a). ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM (2004) estiman que, globalmente, las mujeres jóvenes tienen 1.6 veces más probabilidades de vivir con VIH/SIDA que los hombres jóvenes. En el Caribe, la mayoría de los nuevos casos de VIH están teniendo lugar en mujeres de entre 15 y 24 años de edad, las cuales tienen 2.5 veces más probabilidades de infectarse (ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, 2004; CEPAL, 2005 a). En Trinidad y Tabago, los niveles de infección por VIH son altos entre los jóvenes, y la prevalencia del virus es seis veces más alta entre las mujeres de 15 a 19 años de edad que entre los hombres adolescentes de la misma edad (ONUSIDA, 2005 b).

La vulnerabilidad más alta de las mujeres jóvenes al VIH está asociada con la discriminación de género, las privaciones económicas, la falta de sistemas educativos, la falta de poder para negociar las relaciones sexuales, y la alta incidencia de violencia y violaciones; todos ellos factores que hacen a las mujeres más susceptibles a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección. En Jamaica, por ejemplo, el 12% de las mujeres de entre 15 y 19 años reportaron haberse mostrado renuentes o haber sido coaccionadas durante su primer encuentro sexual (Hope Enterprises, 2001). También es necesario considerar que las mujeres jóvenes son fisiológicamente más vulnerables a contraer el virus que las mujeres mayores. Sus tractos reproductivos contienen menos capas de células epiteliales, las cuales proveen una barrera contra la infección viral menos efectiva que las múltiples capas de células escamosas epiteliales modificadas encontradas en las vaginas de las mujeres adultas (Anderson et al., 2002). Las mujeres adolescentes necesitan un mayor acceso a información acerca de la sexualidad y la reproducción, lo mismo que a servicios de SSR. Adicionalmente, es importante ver el empoderamiento no sólo como un fenómeno individual, sino como un proceso colectivo para proporcionarles a las adolescentes el apoyo social necesario para la adopción de una conducta sexual segura y responsable (Gage, 2000).

La CEPAL argumenta que existe una enorme brecha entre la percepción general de la existencia del virus y la enfermedad y el conocimiento más completo requerido para tomar decisiones más informadas entre las mujeres adolescentes y las personas jóvenes: un 96% en comparación con un 14% en Haití, un 78% en comparación con un 18% en Bolivia, un 96% en comparación con un 25% en Trinidad y Tabago, y un 95% en comparación con un 28% en Guyana (CEPAL, 2005 a; los datos se refieren al año 2000).

“Proporcionarle a los jóvenes servicios de salud que ayuden a evitar que se infecten es la obligación de un derecho humano básico, y todos los gobiernos y comunidades necesitan asegurarse de que estos servicios sean prestados.” (Dick et al., 2006: 191)

Se ha argumentado que los jóvenes deben recibir información y servicios de SSR adecuados. Estos segmentos poblacionales necesitan saber cómo reducir su vulnerabilidad, además de poder protegerse en contra de la epidemia. A pesar del hecho de que la mayoría de los jóvenes han escuchado acerca del SIDA, muchos todavía no saben cómo evitar la transmisión, y las concepciones erróneas acerca del VIH y el SIDA están bastante extendidas. Una encuesta realizada en Haití identificó que el 15% de las mujeres jóvenes y el 28% de los hombres jóvenes tenían suficientes conocimientos¹³ acerca del SIDA (Monasch y Mahy, 2006), es decir, más del 80% de las mujeres y más del 70% de los hombres de entre 15 y 24 años de edad todavía no contaban con información adecuada.

Es necesario reforzar la educación de la sexualidad y en habilidades para la vida, en una forma que promueva plenamente los derechos sexuales y reproductivos, la adopción de una conducta sexual segura y responsable, y la igualdad entre los géneros y el desarrollo de habilidades. No obstante, los MDGR nacionales no enfatizan la necesidad de invertir en la educación de la sexualidad. La educación para una sexualidad segura dirigida a los jóvenes gay y bisexuales es aún más limitada. Los esfuerzos deben incluir el alentar un uso apropiado y consistente del condón y el uso de jeringas estériles. Kirby et al. (2006) elaboraron una revisión de la literatura acerca de los efectos de la educación de la sexualidad impartida en las escuelas y las intervenciones educativas relacionadas con el VIH en las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes en los países en vías de desarrollo. Los estudios examinados presentaban una evidencia sólida de que la educación de la sexualidad y las intervenciones educativas relacionadas con el VIH no incrementaban la conducta sexual, y que un porcentaje sustancial de las intervenciones disminuían significativamente uno o más tipos de actividad sexual. La mayoría de las intervenciones realizadas en escuelas fueron consideradas muy efectivas en lo que se refiere a incrementar el conocimiento, y por lo menos la mitad de las intervenciones tuvieron un impacto positivo en por lo menos una de las conductas sexuales o de protección reportadas.

“No existe un uso amplio de planes de estudio integrales para la educación sexual en las escuelas de la región [centroamericana], particularmente aquellos que consideran aspectos de la orientación sexual y proveen información acerca de los riesgos del VIH/ SIDA y las infecciones de transmisión sexual.” (Mordt et al., 2003: 14)

Expandir el acceso a servicios de salud amigables a los jóvenes es otra intervención demandada, ya que los adolescentes y los jóvenes tienen menos probabilidades de buscar tratamiento para ITS que otros segmentos de la población. Monasch y Mahy (2006) analizaron datos de 12 países y encontraron que, en 10 de ellos, la proporción de mujeres entre 15 y 24 que reportaron haber tenido una infección de transmisión sexual en el curso de los últimos 12 meses y haber buscado tratamiento fue significativamente menor que aquella entre las mujeres de 25 a 49 años que reportaron lo mismo. Los autores sugieren que, incluso en aquellos casos en los que los adolescentes sospechan tener una infección, a menudo no

¹³ El conocimiento suficiente se definió como la capacidad para identificar dos formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazar tres concepciones erróneas importantes acerca del VIH (Monasch y Mahy, 2006).

buscan servicios de salud por vergüenza, culpa o el temor a que no se respete su privacidad. Por lo tanto, eliminar las barreras al acceso por parte de los jóvenes a toda forma de consejería y a pruebas de VIH debe ser una prioridad.

“Los enfoques institucionales que incorporan las perspectivas y las prioridades de los jóvenes, alentando su participación activa y sensibles a sus necesidades especiales, pueden involucrarlos y empoderar su ciudadanía plena. Los jóvenes necesitan información y servicios que respondan a sus situaciones particulares. Son particularmente sensibles a los aspectos relacionados con la privacidad, la honestidad, la consejería empática y la participación activa. Los servicios amigables a los jóvenes buscan responder a estas inquietudes, y su impacto requiere de monitoreo.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 131)

La implementación de un paquete estándar de servicios de salud amigables a los jóvenes, tanto al interior del sistema de salud como más allá de este, también es una de las estrategias recomendadas por el capítulo sobre el SIDA del Informe sobre la Juventud Mundial 2003 (Naciones Unidas, 2004 a). Otras recomendaciones de este informe incluyen fortalecer la educación en habilidades para la vida en los programas tanto escolares como extraescolares y diseñar información, educación y comunicación orientadas a los jóvenes y centradas en mensajes claves a los que toda persona joven debería ser expuesta.

Dick et al. (2006) revisaron la base de evidencia acerca de las intervenciones dirigidas a incrementar el uso de los servicios de salud por parte de los jóvenes en los países en vías de desarrollo. Analizaron un total de dieciséis estudios (12 de África, 3 de Asia y 1 de América Latina) y suministraron evidencia de un mayor uso de los servicios de salud por este grupo poblacional para esos tipos de intervenciones, que incluyeron capacitación para los prestadores de servicios, la realización de mejoras en las instalaciones clínicas y la implementación de actividades en la comunidad. Las acciones realizadas por los pares educadores jugaron un papel en la mitad de los estudios: estimularon la demanda, canalizaron a jóvenes a las instalaciones, garantizaron que las instalaciones o servicios fueran acogedores, y proporcionaron información sobre la salud sexual y reproductiva en las clínicas y en la comunidad. En conclusión, los autores recomendaron la implementación de políticas orientadas a las demandas de los jóvenes.

Una revisión similar, realizada por Speizer, Magnani y Colvin (2003), sintetizó el cúmulo de evidencia emergente acerca de la efectividad de los programas de prevención del VIH con el fin de comprender mejor “qué es lo que funciona” en el mundo en vías de desarrollo. Su revisión sugiere que los programas de servicios amigables a los jóvenes funcionan mejor cuando se combinan con otros esfuerzos dirigidos a modificar las actitudes de la comunidad hacia la sexualidad y la vulnerabilidad de los jóvenes. Los servicios amigables a los jóvenes que sencillamente han sido añadidos a los programas ya existentes tuvieron poco impacto en la utilización de los servicios por parte de los jóvenes.

Las intervenciones a través de medios de comunicación masiva también pueden ser muy efectivas para influir en los resultados relacionados con el VIH entre los jóvenes.

Bertrand y Anhang (2006) hicieron una revisión sistemática de 15 estudios que evaluaron intervenciones a través de medios de comunicación masiva, publicados entre 1990 y el 2004. Once estudios fueron acerca del África, 2 de América Latina, 1 de Asia y 1 de múltiples países; los datos apoyaron la efectividad de las intervenciones para incrementar el conocimiento acerca de la transmisión del VIH, mejorar la autoeficacia en el uso del condón, influir en algunas normas sociales, incrementar la cantidad de comunicación interpersonal, incrementar el uso del condón y concientizar más a los prestadores de servicios de salud. Las autoras también indicaron que se encontraron menos efectos significativos en términos de abstinencia, postergando la edad de la primera experiencia sexual o disminuyendo el número de compañeros(as) sexuales.

Algunos de los MDGR nacionales reconocen la necesidad de centrar las estrategias de prevención en los jóvenes, tal como lo muestra el siguiente extracto:

“El hecho de que la tasa de infección sea más alta entre las mujeres le plantea a Belice el reto de dirigirse de manera efectiva a las adolescentes y las mujeres jóvenes para lograr cambios de actitudes y conductas. Las estadísticas muestran que las adolescentes se están volviendo sexualmente activas a edades más tempranas. La estrategia necesariamente tendrá que incluir alentar a las adolescentes a postergar la actividad sexual y a protegerse ellas mismas, al igual que el desarrollo de estrategias efectivas dirigidas a las niñas y las adolescentes en entornos no formales.” (Belice, 2005: 28)

6.4. El vínculo entre migración y propagación del SIDA

Durante la última década, la relación entre la epidemiología del VIH y la migración ha sido documentada ampliamente (Decosas y Adrien, 1997; Santarriaga et al., 1996; Rugalema et al., 1999). Estudios sobre ciertos grupos con un alto nivel de movilidad (por ejemplo, camioneros, comerciantes itinerantes, militares, marineros) han identificado a los viajes o la migración como un factor de riesgo para la infección del VIH. En muchos países, aquellas regiones con una movilidad estacional o a largo plazo más alta también reportan tasas de infección más altas; lo mismo sucede a lo largo de las principales rutas de transportación y en las regiones fronterizas. En general, los ciudadanos extranjeros también tienen tasas de incidencia del VIH más altas. No obstante, los gobiernos no han hecho mucho para hacerle frente a este problema. Durante los primeros años de la epidemia, los países trataron de mantener fuera a las personas seropositivas restringiendo su ingreso. Alrededor de 60 países aplican esas restricciones, particularmente a los visitantes a largo plazo. Sin embargo, de acuerdo con la OMS, ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, estas restricciones no tienen una justificación de salud pública.

La migración tiene un impacto en los ODM relacionados con la salud a través de tres vías que se intersectan: la primera es la relación entre la movilidad humana y la transmisión de las enfermedades; la segunda se relaciona con las condiciones existentes para los migrantes al momento de llegar al país o el área de destino; y la tercera con el impacto de la migración de los profesionales médicos en la salud pública: la fuga de cerebros médicos.

6.4.1. Transmisión de enfermedades

Tal como lo argumenta el UNFPA (2003 b), se ha encontrado que los trabajadores migrantes tienen tasas de infección más altas que los no migrantes, independientemente de la prevalencia del VIH en el sitio de partida o el sitio de destino. ONUSIDA (2004) reconoce que la movilidad humana incrementa la posibilidad de transmisión del VIH. Los migrantes a menudo se encuentran en condiciones que incluyen una larga ausencia del control social del ambiente del hogar y la falta de acceso a servicios de SR (UNFPA, 2003 b). Muchos hombres que emigran para trabajar con el propósito de enviar remesas a sus hogares sostienen encuentros extramaritales sin la protección adecuada, contrayendo el virus e incluso contaminando a sus esposas al regresar.¹⁴ El no hacerle frente a la salud de los migrantes durante las diferentes fases de la migración puede obstaculizar su integración exitosa y dificultar las situaciones post-emergencia efectivas (Usher, 2005).

Un caso ilustrativo de todas esas afirmaciones acerca del impacto de la migración en la epidemia del VIH/SIDA es aquel de los migrantes mexicanos. De acuerdo con el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA de México,¹⁵ el origen de una cantidad significativa de casos de SIDA puede vincularse a la residencia en los EEUU. De la misma forma, el SIDA es más prevalente en aquellas ciudades y estados de los EEUU en donde la migración es común. Cifras contundentes demuestran que en California, por ejemplo, el 68% de las personas que viven con SIDA son de origen mexicano, y que tres cuartas partes de ellos son hombres en edad laboral. Para empeorar la cifra, alrededor del 90% de los migrantes mexicanos no tienen acceso al sistema de salud de los EEUU. Además, números cada vez mayores de mujeres y adolescentes están contrayendo el virus en los estados mexicanos más pobres de origen y retorno de los migrantes. A su regreso, los esposos transmiten el virus a sus parejas de modo que, en las áreas rurales, la prevalencia del SIDA se está incrementando (Salgado de Snyder, 1996).

Parrado et al. (2004) examinan la relación entre la propagación del VIH y la conducta de riesgo sexual de los hombres migrantes entre la población hispana en los EEUU. Se examinaron la prevalencia y la frecuencia del uso de los servicios de trabajadoras sexuales comerciales entre 442 migrantes hispanos seleccionados aleatoriamente en la ciudad de Durham, Carolina del Norte, entre abril del 2002 y julio del 2003. Se usaron técnicas de regresión para modelar predictores de visitas a trabajadoras sexuales comerciales, y se examinaron datos descriptivos sobre el uso del condón con trabajadoras sexuales comerciales: el 28% de los encuestados reportaron haber usado los servicios de una trabajadora sexual comercial durante el año anterior, incrementándose a 46% entre los hombres solteros y a 40% entre los hombres casados que vivían separados de sus esposas. Los hombres cuyas

¹⁴ Lurie et al. (2003) investigaron la prevalencia del VIH-1 entre los hombres migrantes y no migrantes (internos) y sus esposas en KwaZulu-Natal, en Sudáfrica. Entre los hombres migrantes, la prevalencia del VIH-1 fue del 25.9%, en comparación con el 12.7% entre los no migrantes. Las esposas de estos migrantes también tuvieron una prevalencia de VIH-1 más alta, aunque la diferencia fue menor. En un modelo multivariado más formal, que controló algunas otras conductas sexuales y características de origen pertinentes, la razón de disparidad para los hombres que habían vivido en cuatro o más lugares diferentes fue de 3.56.

¹⁵ Datos recolectados por Catholic Agency for Overseas Development (ONG), en http://www.cafod.org.uk/policy_papers.

esposas se encontraban en la ciudad tenían menos probabilidades que otros hombres de usar a trabajadores sexuales comerciales (razón de disparidad, 0.1). Las tasas de uso del condón con trabajadoras sexuales comerciales reportadas fueron altas, pero tenían probabilidades de disminuir si se incrementaba la familiaridad con una trabajadora sexual comercial: el 91.7% de los encuestados declararon que siempre usaban un condón, pero este porcentaje disminuía al 87% si sentían que la trabajadora sexual tenía una buena reputación, y a 64% si la conocían bien. Los autores sugieren que las intervenciones deben tomar en cuenta el contexto social y dirigirse a los migrantes más vulnerables con el fin de ayudarle a los migrantes y a sus parejas a evitar la infección del VIH.

Bronfman et al. (2002) presentan un estudio realizado en diversos centros que analiza los contextos socioeconómicos, culturales y políticos que dan lugar a la movilidad poblacional y su relación con la vulnerabilidad a las ITS/el VIH/el SIDA. En 11 estaciones de tránsito (pueblos fronterizos, ciudades portuarias, áreas en las que se congregan poblaciones móviles) en América Central y México, se realizó una encuesta de hogares (750 hogares) entre la población local para analizar las características demográficas y socioeconómicas, lo mismo que la información conocida y las opiniones existentes acerca del VIH/SIDA y las poblaciones móviles. Se realizaron entrevistas a profundidad con informantes claves, además de un estudio etnográfico, para identificar las interacciones entre las poblaciones locales y móviles. Al interior de esos contextos sociales, el sexo transaccional, el sexo por supervivencia, la violación y el sexo comercial no profesional se dan en condiciones que incrementan el riesgo de transmisión de ITS/VIH, tales como el uso infrecuente del condón. Las mujeres migrantes y las trabajadoras sexuales son particularmente vulnerables en este contexto. Existe una amplia brecha entre la información acerca de la transmisión de las ITS/el VIH y las prácticas de prevención reportadas. Los autores concluyen que, dadas las condiciones existentes en estas estaciones de tránsito, las intervenciones deberían ser multisectoriales, sostenibles, y deberían promover los derechos humanos de varios grupos, incluyendo las mujeres y las personas que viven con el VIH.

A pesar de la existencia de muchas prácticas y políticas buenas, todavía resta mucho por hacer en el campo del VIH/SIDA. Un primer reto es la recolección de datos para comprender mejor los vínculos expuestos. Para ello, una dificultad inicial es la evidente falta de información acerca de los migrantes indocumentados que salen de América Latina y transportan la enfermedad a su regreso. Como una amenaza importante a la seguridad de las familias que dejan detrás, las personas que retornan no siempre tienen acceso a sistemas de salud oficiales apropiados, y el diagnóstico únicamente se realiza en una etapa muy tardía, cuando el riesgo de propagación ya ha madurado. Como resultado de la falta de datos, la prevención tiene que ser la base para combatir el VIH/SIDA. Tal como se establece en el Programa de Acción de la CIPD, las iniciativas exitosas incluyen estrategias de educación, concientización y el involucramiento de todas las instancias de gobierno y la sociedad civil, junto con organizaciones regionales e internacionales. Aquí pueden citarse dos programas ejemplares en América Latina que han sido merecedores de elogio junto con otros del Population Council:

- El Proyecto Mesoamericano sobre Poblaciones Móviles y VIH/SIDA, coordinado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, que implementó intervenciones para la prevención del VIH en cruces fronterizos en México y América Central.
- El programa “Health on the Road” del Population Council, que proporciona servicios de ETS/VIH y otros servicios de salud y educación a los camioneros que cruzan la frontera entre Brasil y Paraguay.

6.4.2. Dificultades al momento de llegar

Al momento de llegar a un nuevo país, no es poco común que los migrantes deban enfrentar las consecuencias de las difíciles condiciones de viaje, que se ven agravadas por los cambios de clima repentinos y el riesgo de consumo de alimentos desagradables. Su sistema inmune se ve afectado por los nuevos entornos, haciéndolos más vulnerables a las enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, su situación legal en el nuevo país no siempre es definida, impidiendo el acceso completo a los servicios de salud pública.

“Muchos migrantes no tienen acceso a una atención a la salud adecuada por una variedad de razones, incluyendo su situación indefinida, la falta de seguros de salud, las barreras culturales y la falta de recursos económicos. La exclusión social, la discriminación y las condiciones de vida deficientes inciden negativamente en la salud de los migrantes y sus dependientes.” (UNFPA, 2005 a: 5)

Un estudio realizado por Kerr-Pontes et al. (2004) analiza los efectos de los sistemas de creencias relacionados con la sexualidad y el SIDA y los resultados epidémicos entre la población migrante urbana en el Noreste del Brasil. Se realizaron entrevistas entre los participantes, que se localizaban en vecindarios conocidos por tener grandes poblaciones de migrantes. Se encontró que los conceptos y los valores del sistema de creencias, lo mismo que la organización social de la sexualidad, representaban obstáculos tanto para la prevención del SIDA como para el uso del condón. La vulnerabilidad de los migrantes al VIH también se incrementa en contextos de hambre, falta de prospectos, pobreza, exclusión y prejuicio. Los autores, por lo tanto, apuntan a la importancia de centrarse en diferentes configuraciones, creencias, representaciones y formas de organización social de la conducta para la implementación de políticas públicas y campañas de educación de la sexualidad.

6.4.3. La fuga de cerebros médicos

En algunos países de la región de ALC, la fuga de cerebros es indudablemente un problema serio que merece ser abordado por las autoridades públicas. En algunos países del Caribe en particular, como es el caso de Jamaica, el sector salud se ha visto severamente afectado por la influencia de las oportunidades de empleo más atractivas para los médicos, y particularmente las enfermeras, en el vecino Estados Unidos, dejando a los habitantes locales sin una atención médica apropiada, una situación que, de manera nada sorprendente, socava los indicadores de salud de estos países, incluyendo los indicadores del Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

La salida de los profesionales de la salud de aquellas áreas con una alta incidencia de VIH/SIDA tiene un efecto negativo en la calidad de la asistencia, a medida que la razón de trabajador de atención de la salud a población disminuye dramáticamente a costa de los pacientes.

“En algunos países [la impropiedad de las políticas de recursos humanos] ha dado origen a un éxodo de profesionales de la salud y crecientes corrientes de emigración de personal calificado hacia los países desarrollados, que han tenido fuertes efectos negativos en Ecuador, Bolivia, Honduras y Perú. En el caso del Caribe, la pérdida económica que supone la formación de trabajadores que luego emigran alcanza niveles considerables.” (CEPAL, 2005 a: 158)

El MDGR nacional de Guyana (2003) expresa la inquietud de que el prospecto de un empleo y salarios más altos alienta a los profesionales altamente calificados a buscar prosperidad en el extranjero:

“Existe una necesidad apremiante de mejorar los salarios con el fin de construir una masa crítica de habilidades que se perdieron, y continúan perdiéndose, en la emigración continua.” (Guyana, 2003: 29)

Si se moviliza a los migrantes de modo que regresen a través de programas temporales y capaciten a los profesionales jóvenes del sector salud, las pérdidas de recursos humanos resultantes de la fuga de cerebros podrían ser mitigadas, superadas e incluso resultar benéficas para las sociedades (Usher, 2005), dando como resultado una recuperación de cerebros. En resumen, ONUSIDA (2001) lista las siguientes recomendaciones con respecto a la movilidad poblacional y la prevención de la propagación del SIDA:

- Integrar a los migrantes y las personas móviles a la planeación estratégica sobre el VIH/SIDA y a los planes nacionales y comunitarios para combatir el SIDA;
- Implementar actividades de extensión, cultural y lingüísticamente apropiadas, en los programas de VIH/SIDA dirigidos a los migrantes y las personas móviles, e implementar consejería de pares;
- Apoyar a las asociaciones de migrantes y ayudarles a integrar el VIH/SIDA a su trabajo;
- Centrar los esfuerzos de prevención del VIH en aquellas zonas en las que exista una mayor probabilidad de que se presenten conductas de riesgo y se encuentre el VIH, por ejemplo, paraderos de camiones, estaciones de autobuses y trenes, puertos, mercados;
- Implementar programas que atraviesen las fronteras nacionales;
- Desarrollar e implementar sesiones informativas previas a su partida, programas post-arribo y de reintegración, y usar la experiencia de aquellos que van y vienen a través de las fronteras;
- Mejorar la situación legal de, y el apoyo legal a, los migrantes y las personas móviles y sus familias;
- Trabajar con aquellas personas que emplean a los migrantes para mejorar sus condiciones de vida y de salud;

- Hacer que las instalaciones de atención a la salud locales sean más accesibles y amigables para los migrantes y las personas móviles;
- Realizar investigación operativa acerca de los vínculos entre migración, movilidad y VIH.

6.5. Una nueva Meta bajo el ODM 6: acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA

En su presentación ante la Asamblea General el 2 de octubre de 2006, el ex Secretario General anunció una nueva Meta bajo el ODM 6, a saber, acercarse tanto como sea posible al acceso universal al tratamiento para el VIH/SIDA, para todos aquellos que lo necesiten, para el 2010. La meta es importante pero polémica, ya que exige una solución al conflicto relacionado con los derechos de propiedad intelectual sobre los fármacos para el SIDA que ya están siendo distribuidos en formatos genéricos en algunos países, tales como el Brasil.

“Las estrategias de prevención evidentemente son cruciales, pero los países pobres y ricos también necesitan trabajar juntos para asegurarse de que a las personas infectadas con el VIH se les proporcione acceso a los fármacos que necesitan, tal como lo exige la Meta 17 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una vez que las personas están infectadas, el tratamiento con fármacos puede prolongar sus vidas.” (División de Estadística de las Naciones Unidas, 2005: 9)

De hecho, las políticas para el uso de fármacos genéricos pueden ser un medio efectivo para facilitar la transferencia tecnológica. Exigen esfuerzos combinados por parte de los gobiernos y la colaboración pública-privada. La región de ALC le proporciona tratamiento a aproximadamente el 68% de la población que lo necesita; la cobertura más alta de cualquier región en el mundo en vías de desarrollo (OMS/ONUSIDA, 2006). Los países de la región se encuentran ya sea trabajando en las restricciones de patentes para ampliar la disponibilidad de los fármacos antirretrovirales o suministrando antirretrovirales gratis a los pacientes.

Para el trabajo del UNFPA, es probable que las implicaciones de esta nueva Meta, en la medida en que buscan expandir las opciones de tratamiento para aquellas personas ya infectadas, sean relativamente menores, ya que el papel del UNFPA en el combate al VIH/SIDA tiene que ver principalmente con la prevención y con las consecuencias sociales del SIDA. Por otro lado, se ha hecho un gran énfasis en la necesidad de desarrollar un microbicida efectivo y de bajo costo.¹⁶

¹⁶ El microbicida en la forma de geles aplicados vaginalmente, cremas, película, esponja y óvulos- reduce el riesgo de adquirir ITS/VIH para las mujeres. Actualmente se le considera como un producto científicamente viable, aunque todavía no se encuentra disponible. La Fuerza de Tareas del Proyecto Milenio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA sugiere que un microbicida vaginal ideal debería ser indetectable, de larga duración, fácil de usar, efectivo, seguro y de bajo costo (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c). En 2001, la Fundación Rockefeller encontró que sería necesario invertir alrededor de US\$ 775 millones a lo largo de cinco años para hacer del desarrollo de un producto seguro y efectivo una probabilidad para el 2010 (Grupo de Trabajo de Farmaco-Economía de la Fundación Rockefeller, 2001).

Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

6.6.1. Malaria y SR

Las interacciones entre la malaria y la SSR son básicamente de dos tipos: aquellas que vinculan a la malaria con el embarazo y aquellas que vinculan a la malaria con el VIH/SIDA. En lo que respecta al embarazo, los efectos son en ambas direcciones. El embarazo reduce la inmunidad de las mujeres a la malaria, la cual puede conducir a resultados de salud adversos para la madre, incluyendo anemia, aborto involuntario, retraso del crecimiento intrauterino, malaria cerebral, e incluso la muerte (Craig, 2004; Reuben, 1993). Por otro lado, la anemia severa resultante de la malaria incrementa el riesgo de mortalidad materna. Las posibilidades de salud y supervivencia de los lactantes también se ven afectadas por la malaria, que incrementa el riesgo de muertes fetales y bajo peso al nacer. El acceso universal a servicios de SSR ayudaría a garantizar que las mujeres embarazadas en aquellas áreas en donde existe malaria endémica recibieran dos tratamientos preventivos de un fármaco antimalárico efectivo durante su embarazo (tratamiento preventivo intermitente). Actualmente sólo el 5% de las mujeres en aquellas áreas en donde existe malaria endémica reciben ese tratamiento.

Con respecto al VIH/SIDA, la OMS (2004 d) recomienda la integración de ciertos aspectos de los programas para el control tanto de la malaria como del VIH/SIDA:

- Las personas que viven con el VIH en áreas de transmisión de la malaria son particularmente vulnerables a la malaria (Verhoeff et al., 1999); su protección por medio de mosquiteros tratados con insecticida tiene una alta prioridad.
- Las mujeres embarazadas seropositivas en riesgo de contraer malaria siempre deberían ser protegidas por medio de mosquiteros tratados con insecticida y, adicionalmente dependiendo con el estado de la infección por VIH-, recibir ya sea un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina (por lo menos tres dosis) o una profilaxis diaria con cotrimoxazol.
- Los programas para el control de las dos enfermedades deberían colaborar para garantizar la prestación de servicios integrados para el diagnóstico y el tratamiento de ambas enfermedades, y en particular en el marco de los servicios de salud reproductiva.

6.6.2. Malaria y migración

“Los reportes de malaria se están incrementando en muchos países, y en áreas que se pensaban libres de la enfermedad. Uno de los factores que contribuyen al resurgimiento de la malaria es la migración humana. Las personas se desplazan por una serie de razones, incluyendo el deterioro ambiental, la necesidad económica, los conflictos y los desastres naturales. Estos factores tienen grandes probabilidades de afectar a los pobres, muchos de los cuales viven en áreas con malaria o cerca de ellas. La identificación y la comprensión de la influencia de estos movimientos poblacionales pueden mejorar las medidas de prevención y los programas para el control de la malaria.” (Martens y Hall, 2000: 1)

Los desplazamientos de personas pueden contribuir a la transmisión de las infecciones de malaria. Adicionalmente, los programas para el control/la erradicación de la malaria, y para el mejoramiento de la salud pública en general, se ven obstaculizados cuando se aplican a poblaciones que son móviles total o parcialmente. Históricamente, el movimiento poblacional ha contribuido a la propagación de la enfermedad (Prothero, 1977). Varias campañas para la erradicación de la malaria fracasaron por no haber considerado este factor en las décadas de 1950 y 1960 (Bruce-Chwatt, 1968), a medida que el desplazamiento de personas infectadas de áreas endémicas a áreas en las que la enfermedad había sido erradicada condujo a su resurgimiento. Las personas que se desplazan también incrementan la transmisión de la malaria en otras formas, tales como el mayor riesgo de contraer la enfermedad resultante de las formas en las que modifican el ambiente, al igual que a través de la tecnología que introducen: los sistemas de deforestación e irrigación (Service, 1991). Las personas, sin darse cuenta, pueden transportar mosquitos infecciosos a áreas libres de malaria, reintroduciendo la enfermedad. De la misma forma, el movimiento poblacional está cada vez más implicado en la propagación de la resistencia a los fármacos contra la malaria (Rajagopalan et al., 1986).

Cada vez resulta más difícil tener acceso a, y entrar en contacto con, los números cada vez mayores de personas en movimiento y los costos de hacerlo son mucho mayores que cuando las personas son relativamente sedentarias. Las personas que se desplazan pueden categorizarse ya sea como transmisores activos o como adquirentes pasivos (Prothero, 1977). Los transmisores activos albergan al parásito y transmiten la enfermedad al desplazarse a áreas de transmisión esporádica o baja. Los adquirentes pasivos se exponen a la enfermedad a través del movimiento de un ambiente a otro; pueden tener una inmunidad de bajo nivel o pueden ser no inmunes, lo cual incrementa su riesgo de contraer enfermedades.

Los patrones y las características espaciales y temporales de estas dos categorías principales varían considerablemente. La migración puede presentarse de manera regular, con los desplazamientos teniendo lugar después de una reflexión apropiada y la planeación de un nuevo lugar de residencia. O bien puede tener lugar de manera precipitada, a consecuencia de factores imprevistos (guerras, catástrofes ambientales, hambruna). Los efectos de la migración irregular en la malaria tienen probabilidades de ser más significativos. La circulación puede tener lugar por periodos de tiempo limitados (diariamente), por periodos más largos que pueden extenderse por semanas, meses o incluso años, o por periodos definidos por la duración de temporadas (invierno/verano, húmeda/seca). Todos estos factores pueden tener efectos significativos en la malaria. Adicionalmente, la migración irregular, provocada por presiones políticas o por catástrofes ambientales, expone a las personas a diferentes formas de estrés físico y psicológico y, en consecuencia, incrementa su susceptibilidad a la malaria y otras infecciones (Prothero, 1994).

Los riesgos de contraer malaria pueden incrementarse de diversas formas. Las personas pueden desplazarse de áreas áridas o de gran altitud libres de malaria a otras irrigadas o de baja altitud con malaria, tal como sucede, por ejemplo, en los desplazamientos de agricultores, cazadores y recolectores entre hábitats libres de malaria y hábitats de reproducción de los

vectores. Las personas con poco o ningún riesgo inmune contraen la malaria al exponerse a personas infectadas, particularmente cuando las cepas de la malaria son resistentes a los fármacos. Adicionalmente, el estrés físico y psicológico reduce la resistencia a la infección. Los migrantes regulares, que retornan brevemente a sus lugares de origen rurales, pueden verse expuestos al riesgo de contraer la infección de la malaria.

Urbanización

En aquellos casos en los que se acompaña de saneamiento y vivienda adecuados, la urbanización puede conducir a una disminución en la malaria a través de la reducción de los sitios de contacto humano-vector y de reproducción de los vectores. Por lo tanto, de manera general, el control de la malaria es más efectivo en las áreas urbanas que en las rurales, pero el proceso de la urbanización amenaza este control. Sin embargo, la urbanización en la mayoría de los países en vías de desarrollo por lo general tiene lugar de una manera rápida y no regulada, lo cual conduce a un incremento en la transmisión de la malaria o a su reanudación como resultado de viviendas y saneamiento deficientes, la falta de drenaje apropiado para el agua superficial, y el uso de embalses no protegidos que incrementan el contacto humano-vector y la reproducción de los vectores. Los migrantes rurales pueden infectarse, y los barrios marginales improvisados y temporales en los que habitan proveen hábitats adecuados para la reproducción de los mosquitos. En la década de 1980, Manaus, la principal ciudad del Amazonas brasileño, experimentó varios brotes epidémicos en sus barrios marginales.

Colonización de nuevos territorios

La colonización de áreas no pobladas o escasamente pobladas puede ser acompañada por un incremento en la malaria. Las condiciones de los migrantes rurales, en particular los migrantes temporales que existen en toda la región, los hacen vulnerables y hacen que el tratamiento resulte muy desafiante. Los colonizadores, que pueden tener un bajo nivel de inmunidad o ser no inmunes, pueden migrar a áreas en donde la enfermedad es endémica, propagando la enfermedad. La falta de experiencia con diferentes tipos de tierra y climas degrada los ambientes locales y provoca que los agricultores familiares no puedan garantizar su permanencia en la región (Hogan, 2002 a). Inicialmente, las viviendas tienden a ser básicas, conduciendo a un estrecho contacto humano vector. Las viviendas temporales dificultan el acceso por parte de las operaciones de control oficial, y muchas veces sus estructuras están construidas tan deficientemente que no son adecuadas para realizar actividades de fumigación antivectorial. Por otro lado, las viviendas a menudo se encuentran cerca de ríos o lagos para facilitar la recolección de agua, incrementando con ello la exposición de los humanos a los mosquitos. La erosión acelerada y la inundación que ocasionalmente se presentan en las regiones tropicales también favorecen la reproducción de los vectores y una mayor contaminación. Las actividades para desarrollar un área, tales como la deforestación y la irrigación, pueden incrementar el número de sitios de reproducción de los vectores, contribuyendo a un incremento en la malaria. La colonización puede ir acompañada de

proyectos de construcción importantes, tales como presas, canales, carreteras o actividades mineras a los que se hace referencia como la agregación tropical del trabajo-, que pueden incrementar aún más la transmisión de la malaria.

Los desplazamientos de personas con el fin de establecer nuevas colonias en áreas “fronterizas/pioneras” son particularmente favorables para una mayor transmisión de la malaria. La región del Amazonas, por ejemplo, ha sido testigo de un resurgimiento de la malaria asociado con la colonización fronteriza, registrando más de la mitad de todos los casos de malaria en el Continente Americano. Hoy en día, prácticamente toda la malaria endémica tiene lugar en la región amazónica (Sawyer, 1992). Existen varios ejemplos en todo el mundo, tales como las nuevas colonizaciones forzadas en Etiopía en la década de 1980 (Kloos, 1990), y las personas que se desplazan de las islas interiores libres de malaria de Java y Bali, en Indonesia, a las islas exteriores con malaria, en donde los servicios de salud son inadecuados para hacerle frente.

Muchas veces, tal como lo apunta Prothero (1995), las iniciativas de gobierno son contrapesadas por la falta de experiencia y la incapacidad para hacerle frente adecuadamente a las implicaciones de más largo alcance de los nuevos asentamientos poblacionales. Otro aspecto difícil, particularmente en lo que se refiere a los esfuerzos para reducir la contaminación, es la presencia en la región de la migración circular y a corto plazo. En el caso de América Central, estas tendencias son aún más prevalentes, y la existencia de movimientos estacionales al interior de los países ha ayudado en gran medida a la difusión de la enfermedad entre países. La migración estacional o circular rápida, tanto interna como internacional, contribuye a limitar los programas para el control de la malaria y permite la infestación en nuevas áreas una vez que los migrantes retornan. La propagación de la malaria en América Central fue causada principalmente por esta interfaz. Prothero (1995) usa el ejemplo de Guatemala, en donde movimientos poblacionales provenientes de El Salvador la introdujeron a tierras alguna vez libres de malaria.

Las viviendas temporales no pueden ser protegidas por medio de fumigación con insecticidas. Al preparar la tierra para el cultivo, los colonizadores se ven expuestos a hábitats de reproducción de los vectores, y la pobreza limita su acceso a medidas de protección en contra de la malaria. Además de los asentamientos agrícolas, la malaria se ha incrementado a través de las actividades mineras, que incrementan los sitios de reproducción de los vectores. Los campos mineros crean las condiciones perfectas para la infección y la transmisión de la malaria. Los refugios temporales proveen poca o ninguna protección contra los mosquitos. Adicionalmente, los mineros son altamente susceptibles a la malaria, ya que a menudo se trata de migrantes provenientes de áreas libres de malaria y, por lo tanto, carecen de inmunidad a la enfermedad. En su búsqueda del oro, los mineros también destruyen rutinariamente los bancos de los arroyos locales. Los cauces de los ríos ampliados se convierten entonces en hábitats tipo pantano perfectos para la reproducción de los mosquitos. Los costos del tratamiento de la malaria se encuentran más allá de las posibilidades de la mayoría de los mineros, de modo que muchos mineros infectados no reciben tratamiento. Aunque los mineros infectados sí compran medicinas (a menudo pagadas con oro), por lo general dejan de

tomarlas una vez que la fiebre cede, pero antes de curarse por completo. Como resultado de lo anterior, han emergido cepas de malaria resistentes a los fármacos, que son mucho más difíciles y caras de tratar.

En el caso del Brasil, la malaria volvió a emerger a través de la movilidad relacionada con la colonización, después de haber sido prácticamente erradicada de la mayoría de las áreas en la región del Amazonas por la campaña nacional contra la malaria en las décadas de 1950 y 1960 (Marques, 1986). Desde la década de 1960, sin embargo, la incidencia de la malaria se ha incrementado dramáticamente como resultado de los movimientos de población masivos para colonizar nuevos territorios.

En la década de 1960 se construyeron nuevas carreteras que vincularon a la región del Amazonas con el resto del país y atrajeron a jornaleros para trabajar en la construcción de caminos. En la década de 1970, los asentamientos agrícolas y los proyectos hidroeléctricos atrajeron a muchas personas más a la región. Finalmente, en la década de 1980, el descubrimiento de yacimientos de oro condujo a una mayor afluencia de personas, junto con el restablecimiento de cientos de minas en la región. La población del Estado de Rondonia, que recibió el mayor número de migrantes, se incrementó de 113,000 en 1970 a 1,200,000 en 1990. Los casos de malaria en Rondonia se incrementaron de 20,000 a 174,000 en el mismo periodo. En el Brasil en su conjunto, se reportaron aproximadamente 50,000 casos de malaria en 1970; para 1990, los reportes se habían incrementado a 577,520, representando el 10% de los casos reportados a nivel mundial fuera del África (Camargo et al., 1994). De este total, más del 98% se registraron en la región del Amazonas.

La Fiebre del Oro de Roraima y la malaria

Una de las razones de la alta tasa de crecimiento poblacional es el descubrimiento de yacimientos de oro. El auge de la minería del oro ha tenido varias consecuencias no previstas, incluyendo altos niveles de degradación ambiental como resultado de los relaves de las minas, la deforestación y las condiciones de vida en deterioro. En particular, la malaria ha arrasado con pueblos mineros en toda la región. En 1988, por ejemplo, el 50% de todos los casos de transmisión de malaria en Mato Grosso tuvieron lugar en sitios de minería de oro (Cruz Marques, 1987).

La Fiebre del Oro de Roraima y la subsecuente inmigración de los mineros han incrementado dramáticamente las muertes por malaria y su incidencia entre la población indígena. Una encuesta realizada en el Hospital Indígena de la ciudad de Boa Vista mostró que la malaria fue la principal causa de admisión de Indígenas Yanomami entre 1987 y 1989. De las 144 muertes reportadas durante este periodo, la malaria fue responsable del 51.8% (Oneron et al., 1991). Diversas estimaciones sugieren que casi el 10% de la población Yanomami murió de malaria entre 1987 y 1990. Entre 1991 y 1995, la malaria fue responsable del 25% de todas las muertes entre los Yanomami (Castro Lobo, 1996). En general, alrededor del 20% de la población Yanomami contrajo malaria, y en algunas de las aldeas el parásito infectó a más del 90% de la comunidad.

Si bien la Fiebre del Oro en Roraima está acercándose a su fin, el legado de la infección de la malaria continúa planteando un riesgo para los indígenas amazónicos. Las tasas anuales de la incidencia de malaria en áreas en las que el contacto con mineros y otros inmigrantes es frecuente son de hasta 1,350 por cada 1,000 habitantes, lo cual significa que algunos individuos han tenido más de un ataque de malaria en tan sólo un año. Lo anterior contrasta agudamente con las tasas en las aldeas no afectadas por la invasión de personas de fuera, que son de alrededor de 20 casos por cada 1,000. Ese nivel de incidencia también es sustancialmente más alto que aquel de la malaria entre la población amazónica en general, que se estima es de alrededor 40 por cada 1,000 (Castro Lobo, 1996; Cruz Marques, 1987).

Los tipos de movimientos poblacionales involucrados en la colonización de la región del Amazonas son la migración y la circulación a largo plazo de áreas libres de malaria en el Brasil a la región amazónica en donde la malaria es endémica. Las personas involucradas son adquirentes pasivos no inmunes que, al infectarse, pueden convertirse en transmisores activos. Si estos transmisores activos regresan a su lugar de residencia inicial en un área libre de malaria pero altamente receptiva, pueden reintroducir el parásito e iniciar un brote de malaria. Si bien la malaria endémica en el Brasil es en su mayor parte un problema de la región del Amazonas, otras regiones también tienen malaria u ocasionalmente la adquieren. En 1985, por ejemplo, se registraron 26 nuevos focos activos de malaria en estados brasileños fuera de la región del Amazonas (Marques, 1986). Los pobladores de la región del Amazonas son altamente móviles, desplazándose con una circulación diaria, periódica y estacional, de asentamientos en regiones inestables en donde la enfermedad es endémica a regiones hiperendémicas en los bosques lluviosos. Esta movilidad hace que los asentamientos se mantengan inestables y con un alto riesgo de epidemias como resultado del flujo constante de jornaleros (Camargo et al., 1994; McGreevy et al., 1989).

No existe una comprensión total de las razones que se encuentran detrás de la incidencia extremadamente alta de la malaria entre los pueblos indígenas, pero es probable que intervengan muchos factores, tanto socioeconómicos como ambientales. Primero, las actividades para el control de la malaria, tales como la fumigación de viviendas y la detección y el tratamiento de casos, que habían sido exitosas en las regiones del sureste y noreste del Brasil, no fueron exitosas en las áreas densamente boscosas del Amazonas como resultado de dificultades logísticas y organizacionales y la movilidad poblacional (Sawyer, 1992). La fumigación en interiores para el control de la malaria ha demostrado ser infectiva, ya que la mayoría de las picaduras de mosquitos tienen lugar al aire libre. Segundo, el aislamiento físico de muchos de los grupos en la región del Amazonas puede incrementar su susceptibilidad a la malaria. Tercero, como la mayoría de estas comunidades están en áreas remotas, las personas sólo tienen un acceso limitado a los servicios de salud. Adicionalmente, las conductas determinadas culturalmente pueden incrementar el riesgo de transmisión de la malaria.

En Colombia, el índice parasitario anual (definido como la razón entre el número de casos reportados y la población en riesgo) se ha incrementado tres veces desde la década

de 1960 (Sevilla-Casas, 1993). Este incremento parece estar relacionado con la migración de personas no inmunes a áreas tales como la Cuenca de Naya, en donde la malaria es endémica, y con la circulación de grupos al interior de la Cuenca de Naya. La circulación es predominantemente estacional, y está relacionada con la agricultura. Las personas descienden de colinas y terrazas, en donde el riesgo de malaria es mínimo, a la zona del delta con malaria para cultivar y cosechar sus cultivos. Al hacerlo, se exponen a la población anofelina del área y están en alto riesgo de contraer la malaria. Un gran número de personas están involucradas en esta circulación (aproximadamente el 60% de la población del área es móvil por un periodo aproximado de 4 meses del año), y esta densidad poblacional, combinada con la gran población de vectores, mantiene la transmisión en niveles altos (Sevilla-Casas, 1993).

Datos a nivel macro sobre la endemicidad y la movilidad (asociadas con la agricultura, la tala forestal y el comercio) en la Cuenca Naya de Colombia identificaron que el riesgo de contraer malaria era mayor en el delta del río Naya, al interior del cual existían movimientos por razones económicas, en momentos en los que las densidades de los vectores eran altas y las picaduras eran más intensas. Esta combinación de altas densidades de vectores garantizaba una transmisión continua e intensa de la malaria falciparum de manera predominante, con una alta prevalencia entre ambos sexos, incrementándose con la edad a partir de la adolescencia, a medida que el rango y el número de actividades de las personas aumentaban.

De este caso emergieron dos aspectos que resultan de importancia práctica para el diseño de medidas más efectivas para la prevención selectiva y el tratamiento adecuado en los programas de control de la malaria, particularmente entre las poblaciones en las que una alta proporción es móvil.

1. La necesidad de identificar aquellas áreas con los riesgos de infección más altos y concentrar los recursos de control en las mismas, en lugar de distribuirlos más ampliamente.
2. Las encuestas rutinarias acerca de la malaria no habían estado representando los números de mujeres infectadas adecuadamente.

Tal como se mencionó en la sección anterior, las mujeres embarazadas no inmunes son particularmente susceptibles a la infección de la malaria, y deberían recibir protección prioritaria. Adicionalmente, las mujeres han sido descuidadas en el estudio de las enfermedades tropicales, lo mismo en general que como migrantes que pueden estar expuestas a estas enfermedades (Vlassoff y Bonilla, 1994).

Refugiados

La malaria es una de las causas de muerte reportadas más comúnmente entre los refugiados, y ha provocado altas tasas tanto de enfermedad como de mortalidad entre los refugiados y las personas desplazadas en países en los que la enfermedad es endémica, tales como Tailandia, Sudán, Somalia, Burundi, Ruanda y la República Democrática del Congo. El movimiento poblacional puede incrementar la transmisión de la malaria, pero también propagar la malaria falciparum resistente a los fármacos, y la guerra misma puede favorecer

la transmisión de la malaria; su efecto en la agricultura y el manejo de la guerra puede incrementar los sitios de reproducción de los vectores; la destrucción de viviendas puede incrementar el contacto humano-vector; la destrucción de ganado puede hacer que los vectores zoonóticos se vuelvan antropofílicos si se altera su suministro de alimentos habitual (Onori y Grab, 1980); y las medidas de control pueden disminuir seriamente si se reduce el número de instalaciones de atención a la salud o estas no se encuentran disponibles.

Como resultado de 15 años de una guerra continua, que desplazó a cientos de miles de personas, Luanda, la capital de Angola, experimentó un incremento poblacional sin precedentes en la década de 1980. Este movimiento poblacional dio como resultado un cambio en la endemicidad de la malaria en Luanda, que pasó de un nivel hipoendémico a uno mesoendémico en un lapso de 5 años (Kanji y Harpham, 1992). Como causa de mortalidad infantil, la malaria pasó del sexto al primer lugar. La resistencia cada vez mayor del parásito a la cloroquina también se convirtió en un problema importante. Esta situación se dio a consecuencia del enorme flujo de personas de bajo nivel socioeconómico que fueron desplazadas a un entorno con embalses de aguas estancadas. Los movimientos poblacionales que incrementaron la transmisión de la malaria en Luanda fueron la circulación a largo plazo y la migración de áreas rurales estables a un área urbana inestable.

Los viajes intercontinentales

La transferencia intercontinental de la malaria puede tener lugar a través de la introducción de un vector infeccioso a un área en donde la enfermedad no es endémica, tal como sucede con la llamada malaria de aeropuerto, o a través del movimiento de una persona con parasitemia a un área en donde la enfermedad no es endémica, tal como sucede con la malaria importada. A la malaria de aeropuerto se le define como aquella adquirida a través de la picadura de un mosquito anófeles tropical infectado por personas cuya historia geográfica excluye la exposición a este vector en su hábitat natural (Isaacson, 1989). La incidencia de estos casos es baja, y da cuenta de la transmisión de la malaria en los países industrializados, con casos registrados de malaria en Europa (Reino Unido, Italia) importados del África. En los EU también se han registrado casos de brotes provocados por la supuesta transmisión a través de mosquitos importados de México.

Como el viaje es una importante forma de movimiento, son necesarios convenios para evitar la transmisión de la malaria. En América Latina, el más satisfactorio de estos convenios es el Pacto del Cono Sur, que involucra a Bolivia, Brasil, Paraguay, Uruguay, Argentina y Chile. La malaria es endémica en los primeros tres países y en una pequeña área del norte de Argentina, pero la mayor parte de Argentina, Uruguay y Chile están libres de malaria. El MDGR argentino 2005 (Argentina, 2005) hace notar que el 75% de los casos de malaria registrados en el país durante los últimos tres años fueron de inmigrantes bolivianos. El Pacto estipula el intercambio de información acerca de la malaria y de recursos para su control. En el resto de los lugares en las áreas con un alto nivel de malaria de América Latina, existen diversos grados de control coordinado de la malaria a lo largo de las fronteras internacionales y a través de las mismas. La coordinación y el control están limitados por la

falta de acción política y, en algunos casos, por fricciones políticas, que se ven exacerbadas por los movimientos de refugiados y los movimientos clandestinos e ilegales de la mano de obra migrante. En aquellos países en los que se cultiva coca, los problemas se ven agravados por el tráfico de drogas y los intentos para controlarlo

A partir de la década de 1950, los informes del Comité de Expertos de la OMS sobre la Malaria han hecho referencia a la importancia de los movimientos poblacionales para la transmisión de la malaria y los programas para su reducción. Se ha hablado mucho en el pasado, y se continúa hablando mucho hoy en día, acerca de esta importancia, pero en la práctica son muy pocas las acciones emprendidas. No se ha apreciado por completo el hecho de que, en el trabajo contra la malaria, las personas y sus acciones exigen la atención experta de los científicos sociales, de la misma forma en que los parásitos y los vectores exigen la atención experta de los malariólogos y entomólogos, respectivamente. No obstante, es necesario hacer notar que se han logrado avances, particularmente con el establecimiento, a finales de la década de 1970, del Grupo de Trabajo Socioeconómico del Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales del Banco Mundial/PNUD/OMS (Vlassoff, 1991).

IDEAS PRINCIPALES SOBRE ODM 6:

Conclusiones generales

- El número de personas viviendo con VIH en la región de ALC en 2006 ha crecido de un estimado 1.7 millones – comparado con la estimativa de 1.6 millones en 2003. Aproximadamente 65,000 murieron de SIDA y 140,000 fueron infectados. El Caribe es considerado como la segunda región más afectada del mundo, con 19,000 fatalidades estimadas en 2006, lo que hace del SIDA la principal causa de muerte entre adultos de 15-44 años de edad. El número total de personas viviendo con VIH en los países de CARICOM en 2003 fue estimado en 109,395.
- En la mayoría de los países de la región de ALC, los niveles más altos de infección de VIH son encontrados entre hombres que tienen sexo con hombres. El sexo entre hombres ha sido estimado como la causa de 25-35% de los casos de SIDA en países como Argentina, Brasil, Guatemala y Perú. Trabajadoras de sexo tienen el segundo nivel más alto de SIDA, con prevalencia entre menos de 1% en Nicaragua y 2% en Panamá hasta más de 10% en Honduras.
- El SIDA tiene un impacto negativo en todos los otros ODM. La epidemia afecta los resultados de la pobreza (ODM 1) e impide el acceso universal a la educación (ODM 2) – especialmente en países con altas tasas de prevalencia. También tiene vigorosas consecuencias en la salud materna e infantil, puesto que la infección de SIDA aumenta la frecuencia de problemas obstétricos y neonatales. Por eso, mientras que el combate al SIDA es un objetivo en sí mismo, también toca a los otros objetivos de desarrollo.

1. Aspectos de género del VIH/SIDA

- La epidemia de VIH/SIDA ha aumentado rápidamente entre las mujeres de la región de ALC, particularmente en los países de la CARICOM. La razón hombres/mujeres entre los casos registrados de SIDA ha disminuido sustancialmente en las dos últimas décadas y, en algunos países, las mujeres son más propensas a ser infectadas que los hombres.
- Las mujeres son social y psicológicamente más vulnerables a la infección por el VIH y las inequidades de género son una fuerza importante por detrás de la epidemia.
- Como relatan estudios en Argentina, México y Nicaragua, el sexo desprotegido con maridos no-monógamos afecta profundamente la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, hasta el punto en que en Chinandega, Nicaragua, se estima que las mujeres casadas tienen una probabilidad dos veces mayor de estar viviendo con el VIH que las trabajadoras sexuales.
- La violencia basada en género reduce la autonomía de las mujeres e impide la prevención del VIH y el acceso a servicios de salud. La evidencia de varios estudios demuestra que mujeres víctimas de violencia íntima de la pareja tienen mayor riesgo de estar infectadas.
- El segundo nivel más alto de VIH en la región de ALC se encuentra entre las trabajadoras sexuales. Como sugiere la evidencia, políticas activas orientadas a este segmento deben incluir la promoción del uso del condón, así como la implementación de servicios contra el abuso de sustancias.

2. La integración de los servicios sexuales y reproductivos y los servicios relacionados al VIH/SIDA

- Como el porcentaje de mujeres viviendo con VIH está aumentando entre el número total de víctimas del VIH/SIDA, acciones focalizadas en las mujeres como parte de los servicios de SSR se hacen cada vez más importantes. Existe evidencia sobre la viabilidad y efectiva sinergia de la integración de los servicios de atención primaria con la prueba voluntaria del VIH, pero esta estructura no ha sido ampliamente implementada.
- En la práctica, los siguientes problemas crean obstáculos para la articulación: los líderes en ambos campos tienen diferentes agendas y disciplinas intrincadas; los donantes bilaterales y multilaterales tienen departamentos separados para VIH/SIDA y SSR y han financiado programas y servicios separadamente; la responsabilidad para los programas, presupuesto y financiamiento para las dos especialidades está separada en sistemas nacionales de salud; se han iniciado o mantenido programas de estructuras verticales; la condonación del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, TB y Malaria ha exacerbado esa situación porque los fondos de SIDA se han crecido a tal magnitud que suelen favorecer un abordaje vertical en vez de esfuerzos de integración con la SSR y otras áreas de salud.
- En términos de la asignación de recursos, ha existido una competencia entre los programas de SSR y de VIH/SIDA. Mientras que las inversiones en planificación

familiar y SSR han decaído en términos reales entre 1995 y 2001, el apoyo para VIH e IST ha crecido por un factor ocho. Desde una perspectiva más práctica, la combinación de servicios de SSR y VIH requiere esfuerzos especiales para garantizar que la integración no sobrecargue los servicios existentes y comprometa la calidad de los servicios. Los costos iniciales de la integración, incluyendo la capacitación de personal para enfrentar a las complejas necesidades de SSR de los clientes VIH positivos también tienden a ser altos.

- La prevención y administración de IST y su detección temprana y tratamiento son importantes no solamente en sí mismas, sino también para la prevención del VIH – puesto que algunas IST aumentan la posibilidad de la transmisión del VIH durante el sexo sin protección.
- La integración de servicios mejora el conocimiento y conciencia sobre el VIH/SIDA y puede también promover consejería voluntaria y pruebas y el uso de condón. Se ha demostrado que la consejería de mujeres en servicios de SSR promueve comunicación con los maridos a respecto de los riesgos del VIH y el comportamiento preventivo.
- La integración de servicios también puede contribuir a ampliar la esfera del uso dual de protección, por medio de indicaciones que los riesgos de IST deben ser considerados en la decisión por el método anticonceptivo.
- Un estudio basado en datos de 14 países de alta prevalencia estima que los costos por muerte infantil evitada podrían ser reducidos de US\$ 2600, bajo las estrategias convencionales de TV, para meros US\$ 360 si se agregara un componente de planificación familiar. El costo de una infección evitada bajaría de US\$ 1300 para US\$ 660. Se estima que en la África Subsahariana los servicios de planificación familiar previenen más infecciones de VIH en recién nacidos que la provisión de nevirapina y son más costo-efectivos para ese propósito.
- La prevalencia estimada para la infección de VIH de mujeres embarazadas en la región de ALC es considerablemente alta. Los servicios de SSR expandidos son contextos ideales para lidiar con las estrategias de prevención de TV. La atención integral y confidencial a la salud para las mujeres viviendo con VIH/SIDA y sus hijos debe ser garantizada.

3. La necesidad de focalizar la juventud

- Las altas tasas de prevalencia de infección por VIH entre los jóvenes requieren abordajes de prevención diseñadas para sus demandas y necesidades específicas.
- Los programas deben considerar que más jóvenes tienen relaciones sexuales más temprano y con más parejas. Evidencia de Brasil, Jamaica y St. Marten indica tanto actividad sexual temprana como sexo sin protección.
- Mujeres jóvenes deben recibir atención especial, puesto que son altamente vulnerables a la infección por VIH.
- La educación para la sexualidad y de habilidades para la vida debe ser fortalecida, de una manera que promueva plenamente los derechos sexuales y reproductivos, la adopción de un comportamiento sexual seguro y responsable, así como la igualdad de género y el desarrollo de capacidades. La mayoría de las intervenciones basadas

en las escuelas son comprobadamente eficaces en aumentar el conocimiento y en promover comportamientos de protección.

- Expandir el acceso a servicios de salud accesibles a los jóvenes es otra intervención demandada, puesto que los/las adolescentes y jóvenes son menos propensos a buscar tratamiento para IST que otros segmentos de la población. El entrenamiento para proveedores de servicios, las mejoras para las instalaciones clínicas, y la implementación de actividades en la comunidad aumentan el uso de los servicios de salud por los jóvenes.

4. La relación entre la migración y la proliferación del SIDA

- Regiones con mayor movilidad estacional o a largo plazo (ciudades de frontera, ciudades portuarias, áreas donde se congregan poblaciones móviles) informan tasas más altas de infección. En migrantes laborales se han encontrado tasas más altas de infección que en no-migrantes, independientemente de la prevalencia del VIH en el lugar de origen o de destino.
- Muchos hombres que emigran para trabajar con el objetivo de enviar remesas a sus hogares entran en relaciones extra-maritales sin la debida protección, contrayendo el virus e incluso contaminando sus esposas al regresar. Un caso ilustrativo de todas esas aseveraciones sobre el impacto de la migración en la epidemia del VIH/SIDA es el de los emigrantes mexicanos.
- Las mujeres migrantes y las trabajadoras de sexo son particularmente vulnerables en contextos de migración. El sexo transaccional, el sexo para la supervivencia, la violencia sexual y el sexo comercial no-profesional suceden en condiciones que aumentan el riesgo de la transmisión de infecciones sexuales y el VIH, como el uso poco frecuente de condones.
- A partir de la llegada en el nuevo país, los migrantes frecuentemente enfrentan las consecuencias de duras condiciones de viaje, agravadas por cambios climáticos repentinos y por el riesgo del consumo de alimentos poco apetitosos. Al mismo tiempo, su estatus legal en el nuevo país no está siempre definido, dificultando el pleno acceso a los servicios públicos de salud.
- En algunos países de la región de ALC, la fuga de cerebros es sin duda un serio tema que necesita ser tratado por las autoridades públicas. La partida de profesionales de salud de áreas con alta incidencia del VIH/SIDA debilita la calidad de asistencia, a partir del momento que la relación funcionario de salud y población cae drásticamente, en perjuicio de los pacientes.

5. Una nueva Meta en el ODM 6: acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA

- La nueva Meta en el ODM 6 es importante pero polémica, puesto que requiere la solución del conflicto con respecto a los derechos de propiedad intelectual de

los medicamentos contra SIDA que ya son distribuidos en formatos genéricos en algunos países, como Brasil.

- Efectivamente, una política de medicamentos genéricos puede ser un medio efectivo para facilitar las transferencias tecnológicas. Eso requiere esfuerzos combinados por los gobiernos y la cooperación con el sector privado.

6. SR, migración y malaria

- Con respecto al embarazo y la malaria, los efectos corren en ambas direcciones. Por un lado, el embarazo reduce la inmunidad de la mujer a la malaria. Por otro lado, la malaria aumenta los riesgos de mortalidad materna, puesto que puede llevar a anemia, aborto involuntario, retardo del crecimiento intrauterino y malaria cerebral. Las chances de salud y supervivencia del niño también son afectadas por la malaria, que aumenta los riesgos de nati-mortalidad y bajo peso al nacer.
- Personas viviendo con VIH son particularmente vulnerables a la malaria. En áreas de transmisión de la malaria, los programas de control de VIH/SIDA y malaria deben ser integrados.
- El acceso universal a servicios de SSR podría ayudar a garantizar que las mujeres embarazadas en áreas endémicas de malaria reciban tratamiento preventivo durante el embarazo (tratamiento preventivo intermitente).
- La migración humana es uno de los determinantes de la reemergencia de la malaria. Además, programas de control y erradicación de la malaria, y para la mejoría de la salud pública en general, enfrentan mayores obstáculos cuando aplicados a poblaciones que son, en parte o enteramente, móviles.
- Cuando acompañada de vivienda adecuada y saneamiento, la urbanización puede llevar a una reducción de la malaria. Sin embargo, la urbanización en la mayoría de los países en desarrollo normalmente sucede de una forma rápida y desreglada que lleva al aumento o relanzamiento de la transmisión de malaria debido a las malas condiciones de vivienda y saneamiento, falta de drenaje apropiado del agua de superficie y el uso de reservorios desprotegidos de agua que aumentan el contacto con el vector humano y la reproducción del vector.
- Las condiciones de los emigrantes rurales, particularmente emigrantes temporales, contribuyen para su vulnerabilidad. Los movimientos de personas para reasentamiento en áreas de frontera son particularmente favorables para el incremento de la transmisión de la malaria. La Amazonia, por ejemplo, ha presenciado el relanzamiento de la malaria asociado a la colonización de frontera, registrando más de la mitad de todos los casos de malaria en las Américas.
- Acuerdos son necesarios para evitar la transmisión de la malaria. En América Latina, el más satisfactorio de dichos acuerdos es el Pacto del Cono Sur que involucra a Bolivia, Brasil, Paraguay, Uruguay, Argentina y Chile. La malaria es endémica en los primeros tres y en una pequeña parte del norte de Argentina, pero el resto del país, al igual que Uruguay y Chile, son libres de la malaria. El Pacto provee el intercambio de información sobre la malaria y recursos para su control.