

PERSPECTIVAS

EL ACCESO
UNIVERSAL DE
LA A A LA Z

¿CUÁL ES EL
DESTINO DEL
DINERO PARA
EL SIDA?

ASÍ ERA ANTES.
¡ASÍ ES AHORA!

PALABRAS PERSONALES:
PREVENCIÓN DEL VIH,
4 PERSONAS, 4 HISTORIAS

LA ÚLTIMA
PALABRA DE
MICHEL SIDIBÉ

UN DÍA
EN LA **VIDA**

PRUDENCE MABELE COMPARTE SU HISTORIA

The Harsh Divide

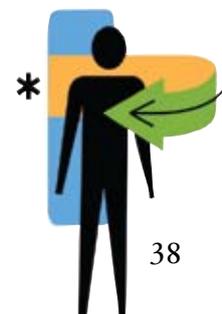
Tratamiento del sida en África



© Gideon Mendel, 2003



Thobani Ncapayi, de Khayelitsha, Ciudad del Cabo, es seropositivo y recibe tratamiento. “Ahora me siento igual a los demás. No pienso todo el tiempo en el VIH. No renuncio a mis sueños”, comenta Thobani.



PALABRAS

EN QUÉ ESTAMOS PENSANDO | 05

PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA | 07
Conozca las últimas estadísticas a escala mundial y regional.

ANATOMÍA DE UNA LEY DEFICIENTE | 12
Una mirada desenfadada al grave problema de cómo las leyes deficientes pueden entorpecer los esfuerzos de prevención y tratamiento del VIH.

SER EL CAMBIO | 16
¿Cuál es el futuro del sida? Tratamos las cuestiones relacionadas con los jóvenes, la sexualidad y con cómo están cambiando los comportamientos de los adultos y los jóvenes.

ESTUDIO DE CASO DEL TRATAMIENTO:
EL FONDO MUNDIAL | 22

LABORATORIO DE IDEAS | 28
Innovaciones en la respuesta al sida. Cómo poner en práctica las ideas. Vea lo que sucede en todo el mundo en cuanto a los esfuerzos de prevención, tratamiento y atención del VIH.



28

IMÁGENES

THE HARSH DIVIDE | 01
Tratamiento del sida en África.

NUEVE ZONAS PRIORITARIAS DEL
ONUSIDA | 14
Inspirado por el Marco de resultados del ONUSIDA, el informe *Perspectivas* pone en imágenes nueve zonas prioritarias.

NIÑOS NACIDOS DE LA ESPERANZA | 30
Una mujer en Viet Nam comparte su álbum de fotos familiares mientras se prepara para dar a luz a su segundo hijo.



08



31



14



29

PRESENTACIONES

08 ASÍ ERA ANTES. ¡ASÍ ES AHORA!

De qué manera los estudios de los modos de transmisión y las respuestas de prevención del VIH están modificando nuestra forma de considerar la prevención de esta enfermedad. Se exponen los motivos que justifican el uso de datos nuevos sobre los modos de transmisión —cómo pasa el VIH de una persona a otra— como componente clave al diseñar programas de prevención del VIH.

18 TEMA DE PORTADA: UN DÍA EN LA VIDA

Prudence Mabele comparte su historia. Prudence, que vive con el VIH desde hace 19 años, es fundadora y directora ejecutiva de la Red de Mujeres Positivas, que creó en 1996. La organización proporciona apoyo e información a las mujeres que viven con el VIH en Sudáfrica. Entérese de cómo esta dinámica mujer marca una diferencia en la respuesta al sida.

24 ¿CUÁL ES EL DESTINO DEL DINERO PARA EL SIDA?

Sepa cuál es el curso de los fondos en la respuesta al sida. Gastos internos y dinero de los donantes: unimos los puntos entre los recursos, los datos y lo que sucede en la realidad.

34 PALABRAS PERSONALES

Cuatro personas y cuatro historias sobre la diferencia que marca la prevención del VIH en sus vidas.

38 EL ACCESO UNIVERSAL DE LA A A LA Z

Inspirado en la Declaración Política de las Naciones Unidas de 2006: un recordatorio de las cuestiones clave implicadas en el movimiento hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

40 LA ÚLTIMA PALABRA

Cerca del final de su primer año como director ejecutivo, *Perspectivas* le concede la última palabra a Michel Sidibé.

ONUSIDA/09.37S / JC1796S, ISBN 978 92 9173 843 4
© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) 2009. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene, no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.



“NO SE DEBE DISCRIMINAR A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH, LO QUE INCLUYE LAS RESTRICCIONES QUE LES IMPIDEN VIAJAR ENTRE PAÍSES. SU DISCRIMINACIÓN DEBERÍA LLENARNOS A TODOS DE VERGÜENZA.

...APELO A TODOS LOS GOBIERNOS PARA QUE EXAMINEN SUS MARCOS LEGALES A FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE LOS DERECHOS HUMANOS SOBRE LOS QUE SE BASA UNA RESPUESTA SÓLIDA AL SIDA. ESTE DESAFÍO NO ES SOLAMENTE MÉDICO O CIENTÍFICO. TAMBIÉN ES UN DESAFÍO MORAL. PERMÍTANNOS HALLAR LA SABIDURÍA Y EL CORAJE PARA ACTUAR CON OSADÍA EN TODOS ESTOS FRENTES. ÉSA ES LA ÚNICA MANERA DE ABORDAR ESTE DESAFÍO EN TODA SU COMPLEJIDAD Y ALCANCE”.

SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, BAN KI-MOON



LOS ESTADOS UNIDOS RECIENTEMENTE SE HAN UNIDO A UN GRUPO EN AUMENTO DE PAÍSES QUE HAN ELIMINADO LAS RESTRICCIONES DE VIAJE RELACIONADAS CON EL VIH.

EL ONUSIDA ESTIMA QUE APROXIMADAMENTE 60 PAÍSES IMPONEN ALGUNA FORMA DE RESTRICCIÓN DE VIAJE A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH. LAS DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA Y LOS DERECHOS HUMANOS CONSIDERAN DISCRIMINATORIA TODA RESTRICCIÓN A LA LIBERTAD DE MOVIMIENTO O LA ELECCIÓN DE LA RESIDENCIA QUE SE FUNDE SOLAMENTE EN EL ESTADO SEROLÓGICO RESPECTO AL VIH, SEA UN CASO DEL QUE SE SOSPECHE O SE CONFIRME LA PRESENCIA DEL VIH, INCLUIDAS LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DEL VIH A LOS VIAJANTES INTERNACIONALES.



En qué estamos pensando

HACIA EL ACCESO UNIVERSAL

Sudáfrica, que alberga la mayor población de personas que viven con el VIH, presentará en el Día Mundial del Sida 2009 una importante campaña de movilización para apoyar la consecución de sus objetivos de acceso universal. El Presidente Zuma ha comprometido al gobierno a alcanzar el 80% de cobertura de la terapia antirretrovírica y a reducir a la mitad las nuevas infecciones por el VIH. Este compromiso revitalizado tiene el potencial de reformar las características de la epidemia. Actualmente muchos otros países también revisan sus respuestas nacionales al sida y ajustan sus estrategias para aumentar progresivamente el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. (Lea los extractos del discurso del presidente Zuma en la página 11).

CADA PASO PEQUEÑO CUENTA

Los derechos humanos y la dignidad para los desamparados han logrado prevalecer en muchos lugares. La Corte Suprema de Indonesia ha establecido que los consumidores de drogas necesitan tratamiento, no ir a la cárcel. La Corte Suprema de Delhi, en la India, devolvió la dignidad a los varones que tienen relaciones sexuales con varones al limitar el alcance de una ley de 150 años que penalizaba las prácticas sexuales consensuadas entre adultos. El Salvador promulgó un decreto ministerial que prohíbe la discriminación basada en la orientación sexual. Los Estados Unidos de América han eliminado las restricciones que impedían el ingreso al país de las personas que viven con el VIH. Y algunos profesionales del sexo de Calcuta, India, están a cargo de más de una docena de centros de educación no formal y dos casas de hospedaje para que los hijos de los profesionales del sexo continúen su educación.

CADA IDEA OSADA CUENTA

El ONUSIDA cree que prácticamente se puede eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH antes de 2015. En Botswana, Namibia y Swazilandia, más del 90% de todas las mujeres embarazadas infectadas por el VIH ya reciben profilaxis antirretrovírica para evitar que sus hijos nazcan con el virus. En muchos países, entre ellos, Zambia, se cumplen actualmente las metas de acceso universal a la terapia antirretrovírica. La integración de los servicios para la tuberculosis y el VIH en Sudáfrica ha ayudado a salvar la vida de muchas personas y ha reducido la carga de tuberculosis.

La demanda de tratamiento para el sida debe convertirse en una oportunidad para que África reforme sus prácticas farmacéuticas. Un solo organismo africano para el control de medicamentos tiene el potencial de garantizar medicamentos de calidad, integrar el mercado africano de medicamentos y atraer la inversión del sector privado en el continente. Además, puede ser un modelo para un desarrollo más amplio que contribuirá al movimiento Sida+ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) en África.

El ensayo de vacunas en Tailandia ha demostrado que algún día habrá una vacuna disponible contra el VIH. Cuando ese día llegue, esta vacuna deberá financiarse como un bien público, accesible para todos.

EL SIDA COMIENZA A SALIR DEL AISLAMIENTO

Debido a su singularidad, el sida no se puede dejar en un compartimento estanco. Pruebas recientes demuestran que el VIH puede tener consecuencias significativas en la mortalidad materna. Los modelos de investigación estiman que, en 2008, aproximadamente 50 000 defunciones maternas se asociaron con el VIH. Los dos programas, salud maternoinfantil y VIH, deben trabajar en forma sinérgica para lograr el objetivo en común: salvar a las madres y los bebés. Debemos vincular nuestro progreso respecto del sida con los otros Objetivos de Desarrollo del Milenio y buscar una estrategia osada que nos lleve hasta el año 2015 y más allá.

En este número

En este primer número del *Informe de Perspectivas del ONUSIDA*, se exploran nuevas ideas y modos de utilizar los datos recolectados en el informe complementario *Situación de la epidemia de sida*.

Claramente, la epidemia de VIH que el mundo enfrenta hoy no es la misma que cuando se produjo su pico, en 1996. El número de personas que viven con el VIH continuó aumentando, aunque menos rápidamente. Si deseamos ver un cambio real en la vida, las aspiraciones y el futuro de las personas, nuestra manera de responder en la actualidad debe seguir el ritmo de la epidemia y superarla.

Éstas son algunas de las estadísticas clave del año 2008:

NUEVAS INFECCIONES POR DÍA

Niños	1200	↓
Jóvenes	2500	↓
Adultos	3700	↓

NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

Niños	430 000	↓
Jóvenes	920 000	↓
Adultos	1 340 000	↓

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Niños	2 100 000	↑
Jóvenes	5 000 000	↑
Adultos	26 300 000	↑

DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL SIDA

Niños	280 000	↓
Adultos	1 700 000	↑

RECURSOS DISPONIBLES *(en dólares estadounidenses)*

Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD)		
multilateral	2,1 millones	↑
AOD bilateral	5,7 millones	↑
Internos	7,2 millones	↑
Filantrópicos	0,7 millones	↑

PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA

Los siguientes son extractos de la *Situación de la epidemia de sida 2009*, que informa acerca de los últimos avances en la epidemia mundial de sida. La edición de 2009, con mapas y resúmenes regionales, ofrece las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de su costo humano, y explora nuevas tendencias en su evolución.

En 2008, el número de personas que viven con el VIH en todo el mundo continuó aumentando, hasta alcanzar una cifra estimada de 33,4 millones (31,1 millones a 35,8 millones). El incremento constante en la población de personas que vive con el VIH refleja los efectos combinados de las tasas persistentemente altas de nuevas infecciones por el VIH y los efectos beneficiosos de la terapia antirretrovírica. La propagación del VIH a escala mundial aparentemente alcanzó su punto máximo en 1996, año en el que se contrajeron 3,5 millones (3,2 millones a 3,8 millones) de nuevas infecciones por el VIH. En 2008, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH fue de 2,7 millones (2,4 millones a 3,0 millones).

La epidemia parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, aunque en Europa oriental y en Asia central la prevalencia continúa aumentando debido a la alta tasa de nuevas infecciones por el VIH. África subsahariana sigue siendo la región más afectada y representa el 71% de todas las nuevas infecciones por el VIH en 2008. El resurgimiento de la epidemia entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en países de ingresos altos está cada vez mejor documentado. En todas las regiones las diferencias son obvias, y aunque la incidencia regional global del VIH permanece estable, algunas epidemias nacionales continúan creciendo. Las defunciones relacionadas con el sida parecen haber tenido un pico en 2004. El número estimado de defunciones relacionadas con el sida en 2008 es de 2 millones (1,7 millones a 2,4 millones).

En 2008, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños menores de 15 años fue de 430 000 (240 000 a 610 000). La mayoría de estas nuevas infecciones probablemente surjan de la transmisión vertical intrauterina, o durante el parto o el posparto como resultado de la lactancia.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

La epidemia sigue teniendo enormes consecuencias en los hogares, las comunidades, las empresas, los servicios públicos y las economías nacionales de la región. Sin embargo,

la rápida ampliación de la cobertura de la terapia antirretrovírica en África subsahariana genera actualmente considerables beneficios en la salud pública. No obstante, la epidemia de África subsahariana sigue adelantándose a la respuesta. Para preservar la viabilidad a largo plazo de los programas de tratamiento y mitigar las consecuencias de la epidemia en la región, se requiere tomar medidas inmediatas a fin de elevar la prioridad otorgada a la prevención del VIH y hacer coincidir las estrategias de prevención con las necesidades actuales.

ASIA

Asia alberga el 60% de la población mundial y ocupa el segundo lugar, después de África subsahariana, en cuanto al número de personas que viven con el VIH. Desde hace tiempo, la epidemia en Asia se ha concentrado en poblaciones específicas, en especial, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus clientes y varones que tienen relaciones sexuales con varones. Sin embargo, en muchas partes de Asia la epidemia registra una firme expansión en poblaciones de menor riesgo, a través de la transmisión a las parejas sexuales de aquéllos más expuestos. En China, donde la epidemia antes era impulsada por la transmisión durante el uso de drogas inyectables, la transmisión heterosexual se ha convertido en la vía predominante de transmisión del VIH.

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

La región de Europa oriental y Asia central es la única donde la prevalencia del VIH continúa claramente en aumento. El uso de drogas inyectables continúa siendo la vía principal de transmisión en la región. En muchos países, los usuarios de drogas con frecuencia se involucran en el comercio sexual, lo que aumenta el riesgo de transmisión. Dada la creciente transmisión entre parejas sexuales de los usuarios de drogas, muchos países de la región experimentan una transición de una epidemia que se concentra en gran medida en los usuarios de drogas a una que se caracteriza cada vez más por una transmisión sexual considerable.

CARIBE

El Caribe, que tiene el segundo nivel más alto de prevalencia del VIH en adultos, ha

resultado más afectado por el virus que cualquier región fuera de África subsahariana. En 2004, las enfermedades relacionadas con el sida ocuparon el cuarto lugar en las causas de mortalidad entre mujeres del Caribe y el quinto lugar en las causas de mortalidad entre varones del Caribe. La transmisión heterosexual, muchas veces vinculada al comercio sexual, es la fuente principal de transmisión del VIH, aunque las pruebas incipientes indican que también se registra una importante transmisión entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

AMÉRICA LATINA

Con una prevalencia regional del VIH del 0,6%, América Latina alberga principalmente epidemias concentradas y de bajo nivel. Los varones que tienen relaciones sexuales con varones representan la mayor parte de las infecciones en América Latina, si bien hay una notable carga de infección entre los usuarios de drogas inyectables y los profesionales del sexo y sus clientes. Sin embargo, sólo una pequeña fracción de los gastos relativos a la prevención del VIH en la región se destina a programas de prevención que se centran específicamente en estas poblaciones. La carga del VIH parece estar en aumento en las mujeres de América Central.

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Las epidemias en Oriente Medio y África del Norte generalmente se concentran entre usuarios de drogas inyectables, varones que tienen relaciones sexuales con varones y profesionales del sexo y sus clientes. Las excepciones a este patrón general son Djibouti y Sudán meridional, donde actualmente la transmisión también se produce en la población general.

AMÉRICA DEL NORTE Y EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

El progreso en la reducción del número de nuevas infecciones por el VIH se ha detenido en América del Norte y en Europa occidental y central. Entre el año 2000 y el 2007, la tasa de nuevos casos notificados de infección por el VIH en Europa casi se duplicó. En 2008, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos estimaron que la incidencia anual del VIH ha permanecido relativamente estable en ese país desde principios de los años noventa, aunque el número anual de nuevas infecciones por el VIH en 2006 fue aproximadamente un 40% mayor que la cifra estimada anterior.

ASÍ ERA ANTES. ¡ASÍ ES AHORA!

LOS NUEVOS DATOS DE LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE SIDA 2009 NOS DEMUESTRAN QUE DEBEMOS SER MÁS INTELIGENTES EN CUANTO A LA PREVENCIÓN DEL VIH SI DESEAMOS MARCAR UNA DIFERENCIA REAL.

Ante las cifras estimadas de 2,7 millones de nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo y cinco personas nuevas que contraen la infección por cada dos que comienzan el tratamiento antirretrovírico, es cada vez más claro que los programas principales cuya tarea era prevenir las infecciones nuevas al inicio de la epidemia posiblemente ahora no tengan el mismo efecto.

La respuesta al VIH debe evolucionar a la par de la epidemia. Una de las formas en la que los países se adaptan consiste en utilizar datos para rastrear la fuente de las infecciones nuevas, o “modos de transmisión”, y luego basar los programas de prevención del VIH en las pruebas que encuentran. Este modelo también demuestra ser útil para detectar las diferencias entre los lugares donde se producen las infecciones, a fin de desarrollar estrategias para detener las infecciones nuevas y asignar los recursos.

Las autoridades nacionales del sida de Kenya, Lesotho, Swazilandia, Uganda y Zambia han utilizado este modelo; sus hallazgos se publicaron recientemente en una serie llamada Respuesta de prevención del VIH y modos principales de transmisión.

Esto ha ayudado a responder preguntas clave, por ejemplo, ¿en qué se deben centrar los programas de prevención del VIH? y ¿en qué deben consistir los programas referidos al VIH?

Las experiencias de diversos países indican claramente que los programas de prevención del VIH son eficaces cuando hacemos lo siguiente:

- comprender mejor las poblaciones de mayor riesgo;
- abordar los factores contextuales;
- como prioridad, saturar las zonas con una alta carga de la enfermedad; y

- aumentar las inversiones para la prevención del VIH y sostenerlas con el transcurso del tiempo.

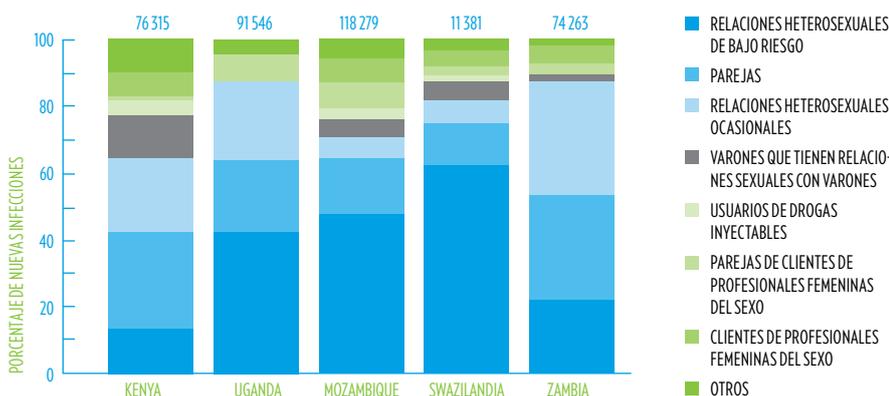
COMPRENDER MEJOR LAS POBLACIONES DE MAYOR RIESGO

En algunos países con epidemias generalizadas e hiperendémicas, el VIH se ha propagado a la población general. Incluso en estas situaciones, es necesario comprender mejor la dinámica del riesgo para formular mensajes de prevención que marquen una diferencia.

Por ejemplo, tomemos un pequeño país como Lesotho, donde hay casi 60 infecciones nuevas por día. La prevalencia del VIH entre los adultos de Lesotho es de más del 23%, y tanto los varones como las mujeres comienzan a tener relaciones sexuales a una edad temprana. A partir de una simple lectura de estos datos, uno podría pensar que los programas de prevención del VIH deben intentar llegar a todos los varones y las mujeres de Lesotho. Sin embargo, los investigadores hallaron que las personas que tenían una sola pareja representaban más de un tercio de todas las infecciones nuevas, mientras que casi dos tercios se debían a la práctica de tener parejas múltiples. Además, el estudio de encuestas de demografía y salud de 2004 demostró que, en un tercio de todas las parejas del país, uno de los miembros vive con el VIH. Sin embargo, pocos programas de comunicación para el cambio social y del comportamiento apuntaron explícitamente a los adultos, las parejas casadas y las personas que tienen relaciones estables a largo plazo. Los investigadores de Swazilandia llegaron a una conclusión semejante.

De hecho, en Swazilandia se creyó necesario reformular la definición de “poblaciones de mayor riesgo” y adaptarla a su propio patrón epidémico. Por ejemplo, los investigadores identificaron a las poblaciones móviles como un grupo que necesitaba atención, dado que los varones y las mujeres que viajaban durante períodos prolongados y que dormían más noches fuera de su hogar tenían mayor prevalencia del VIH. Otros grupos identificados para los programas de prevención del VIH fueron las personas que tienen relaciones estables a largo plazo y los matrimonios que tienen parejas múltiples y concurrentes, las parejas serodiscordantes,

Gráfico 1. Incidencia por modos de transmisión



Fuente: resultados del proyecto “conozca su epidemia” en África oriental y meridional. Informes disponibles en <http://www.unaidsrsta.org/hiv-prevention-modes-of-transmission>.

las parejas seropositivas concordantes y las personas que viven con el VIH.

En Kenya, la mayoría de las infecciones nuevas se producen entre las personas que tienen relaciones sexuales ocasionales con parejas múltiples y su pareja monógama. Sin embargo, el estudio destacó la necesidad continua de llegar a los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los prisioneros y los usuarios de drogas inyectables, quienes, en su totalidad, representan casi el 31% de todas las infecciones nuevas. También se obtuvieron conclusiones semejantes en Mozambique, donde alrededor del 27% de las infecciones nuevas se constataron en profesionales del sexo, varones que tienen relaciones sexuales con varones y usuarios de drogas inyectables.

Por otro lado, la epidemia en Asia está impulsada por las relaciones sexuales remuneradas sin protección, los usuarios de drogas que comparten material de inyección contaminado y las relaciones sexuales sin protección entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. Los varones que pagan por tener relaciones sexuales constituyen el grupo más grande de población infectada —y la mayoría de ellos están casados o lo estarán—. Esto pone en riesgo de infección por el VIH a un número significativo de mujeres que a menudo se consideran de “riesgo bajo” debido a que solamente tienen relaciones sexuales con su esposo o pareja de hace mucho tiempo. Los números pueden ser sorprendentes, dado que los países asiáticos tienen poblaciones inmensas.

CONSEJO: ANALIZAR MEJOR LA EPIDEMIA DE SU PAÍS. ASEGURARSE DE QUE EL MENSAJE DE PREVENCIÓN NO SE PIERDA AL IDENTIFICAR A TODOS EN EL MISMO NIVEL DE RIESGO O COMO RIESGO BAJO.

ABORDAR LOS FACTORES CONTEXTUALES

Los estudios demuestran que, a pesar de las pruebas de los factores de riesgo de la epidemia, son pocos los programas que abordan adecuadamente los factores sociales y estructurales en los programas de prevención del VIH.

El estudio de modos de transmisión en Swazilandia demostró que la epidemia de VIH se mantiene debido a factores culturales y socioeconómicos subyacentes, como las diferencias de poder en las relaciones íntimas, los derechos sexuales, las expectativas culturales de varones y mujeres y la desigualdad de los ingresos. Varones y mujeres siguen teniendo diversas parejas sexuales concurrentes a largo plazo, y a menudo no usan protección durante las relaciones sexuales.

En Lesotho, las relaciones entre personas de edades dispares son frecuentes y contribuyen a la prevalencia muy alta del VIH en las mujeres. Las políticas destinadas a modificar las normas sociales que permiten en la actualidad este tipo de relaciones no abordan correctamente esta práctica. También se obtuvieron resultados semejantes en Kenya, Mozambique, Swazilandia y Zambia.

ASÍ ERA & ASÍ ES Antes & Ahora

ANTES

EN ÁFRICA, PAREJAS MÚLTIPLES

PROTECTORES MAYORES EN ÁFRICA. VARONES MAYORES QUE TENÍAN RELACIONES SEXUALES CON MUJERES JÓVENES

TRATAMIENTO DEMASIADO CARO PARA LA COBERTURA GENERALIZADA

LA EPIDEMIA EN ASIA SERÍA TAN GENERALIZADA COMO EN ÁFRICA.

EN ASIA, LA EPIDEMIA SE CONCENTRABA EN POBLACIONES DE MAYOR RIESGO: VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y LOS PROFESIONALES DEL SEXO Y SUS CLIENTES.

EN AMÉRICA LATINA, EL INTERÉS PRINCIPAL ESTABA EN LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES, LOS PROFESIONALES DEL SEXO Y SUS CLIENTES

EN ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE, NO HABÍA GRUPOS DE RIESGO

EN EUROPA OCCIDENTAL Y AMÉRICA DEL NORTE, LA PRESENCIA DEL VIH ENTRE VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES Y USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES DISMINUÍA

AHORA

PAREJAS MÚLTIPLES Y CONCURRENTES

MÁS PRUEBAS DE VARONES JOVENES CON MUJERES JOVENES Y DE MUJERES MAYORES CON VARONES JOVENES

CUATRO MILLONES DE PERSONAS EN TRATAMIENTO EN TODO EL MUNDO, INCLUIDA LA MAYOR COMPRENSIÓN DE LAS FÓRMULAS PEDIÁTRICAS

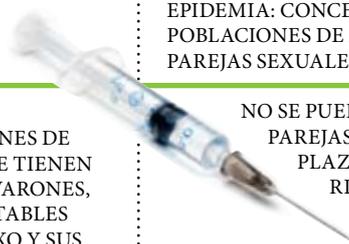
UNA COMPRENSIÓN REGIONAL DE LA EPIDEMIA: CONCENTRADA EN LAS POBLACIONES DE MAYOR RIESGO Y SUS PAREJAS SEXUALES

NO SE PUEDEN IGNORAR LAS PAREJAS SEXUALES A LARGO PLAZO DE LOS GRUPOS DE RIESGO

MAYOR ATENCIÓN A LOS VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES: GRUPO DE MAYOR RIESGO

LOS GRUPOS DE RIESGO SE TORNAN VISIBLES: VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES, NIÑOS DE LA CALLE Y VARONES DE MAYOR RIESGO

INCIDENCIA EN AUMENTO ENTRE VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES Y ENTRE MINORÍAS RACIALES Y ÉTNICAS



La violencia contra mujeres y niñas es otro problema que se debe abordar como parte de los programas de prevención del VIH. En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en diversos países se puso de manifiesto que entre el 1% y el 21% de las mujeres de todo el mundo notificaban haber sido víctimas de abuso sexual antes de los 15 años. Un estudio reciente del UNICEF en Swazilandia indicó que una de cada cuatro mujeres es víctima de la violencia sexual en la niñez y dos de cada tres mujeres de 18 a 24 años ha sufrido violencia sexual. El estudio también reveló que los novios y los esposos son los abusadores más frecuentes.

Los expertos en prevención de todos estos países llegaron a la conclusión de que las estrategias actuales de prevención del VIH que se centran principalmente en el comportamiento individual en lugar de centrarse en las normas sociales que

admiten estos comportamientos de riesgo no son adecuadas para reducir eficazmente la transmisión del VIH.

CONSEJO: PENSAR EN EL CAMBIO SOCIAL.

COMO PRIORIDAD, SATURAR LAS ZONAS CON ALTA CARGA DE LA ENFERMEDAD

Las cifras de prevalencia del VIH se deben leer en conjunto con los datos demográficos nacionales. Un estudio del ONUSIDA que examinó el alcance del VIH en zonas urbanas halló que el 29% del total de la epidemia del VIH en la región de África oriental y meridional se concentraba en 15 de las ciudades principales. Si se las junta, representan casi el 15% de la epidemia mundial. Sin embargo, en África existen pocos programas especializados centrados en las urbes.

Este dato también fue confirmado por el estudio de modos de transmisión en Lesotho, que indicó que, si bien la prevalencia del

VIH en adultos es superior al 15% en todos los distritos, el 59% de las personas que viven con el VIH residen en los tres distritos occidentales más densamente poblados. Esto significa que los valiosos recursos podrían ser más beneficiosos y tener mayor repercusión si los programas de prevención del VIH se ampliaran progresivamente en los tres distritos más afectados.

CONSEJO: CENTRARSE EN LAS ZONAS GEOGRÁFICAS DONDE ES MÁS PROBABLE QUE SE PRODUZCAN INFECCIONES NUEVAS.

AUMENTAR LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

Otra forma de considerar el motivo del fracaso de los programas de prevención es analizar más profundamente las inversiones actuales. La tendencia es preocupante. Los gastos relativos a los programas de prevención del VIH son pocos en la mayor parte del mundo y, en muchos casos, están disminuyendo. Además, el monto disponible no llega a los más necesitados.

En Uganda, sólo un tercio de los recursos invertidos en la respuesta al sida fueron para la prevención, mientras que más de la mitad de los recursos se asignaron a la atención y el tratamiento. En Swazilandia, el presupuesto para la prevención del VIH fue sólo del 17% del total de fondos disponibles, mientras que en Lesotho fue un escaso porcentaje del 10%.

En Kenya y Lesotho, los gastos relativos a la prevención del VIH han disminuido en años recientes. Desde 2005, el total de fondos disponibles en el ámbito nacional para las actividades de prevención en Kenya ha disminuido a menos del 25% de los fondos totales para el sida.

Debemos eliminar la transmisión materno-infantil del VIH. Legítimamente, las inversiones más importantes del presupuesto para la prevención del VIH se orientan a prevenir que los bebés nazcan con VIH. En Kenya, aproximadamente la mitad de los recursos de prevención se destinan al asesoramiento y las pruebas y la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

En muchos países, los fondos dirigidos a los grupos de mayor riesgo, como los profesionales del sexo y sus clientes, los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los usuarios de drogas inyectables, son mínimos o nulos en proporción a la contribución que hacen estos grupos a las infecciones nuevas. La mayor parte de los fondos de prevención se orientan a aumentar la sensibilización, con un menor apoyo para los factores contextuales.

CONSEJO: LAS INVERSIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH DEBEN AUMENTAR DE MANERA SIGNIFICATIVA SI SE INTENTARÁ SERIAMENTE FRENAR LAS INFECCIONES NUEVAS.

¿QUÉ HACER AHORA? REFORMAR LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH

Muchos países están comenzando a utilizar los resultados de los estudios de modos

de transmisión para anticipar el futuro y planificar de manera más adecuada. La Comisión Nacional de Sida de Lesotho ha utilizado los datos de la revisión para examinar su plan estratégico nacional. Se hizo un nuevo cálculo de los costos del plan y se desarrolló una serie de situaciones hipotéticas como ayuda para priorizar y realizar inversiones eficaces en función de los costos. Los datos también ayudaron a establecer un número de políticas específicas de los sectores y una estrategia de comunicación de cambio de comportamiento.

En Uganda, los resultados de un estudio semejante se difundieron ampliamente, incluso a través de los medios masivos, lo que ayudó a que se entendiera mejor el riesgo que enfrentaban los diferentes grupos de población. El hallazgo del estudio de Uganda de que gran parte de la transmisión del VIH tenía lugar entre parejas casadas ha preparado el terreno para una campaña cuyo fin es promover las pruebas del VIH y el asesoramiento entre parejas. La Comisión Nacional de Sida de Uganda utilizó los datos como fuente para el desarrollo de directrices en políticas de

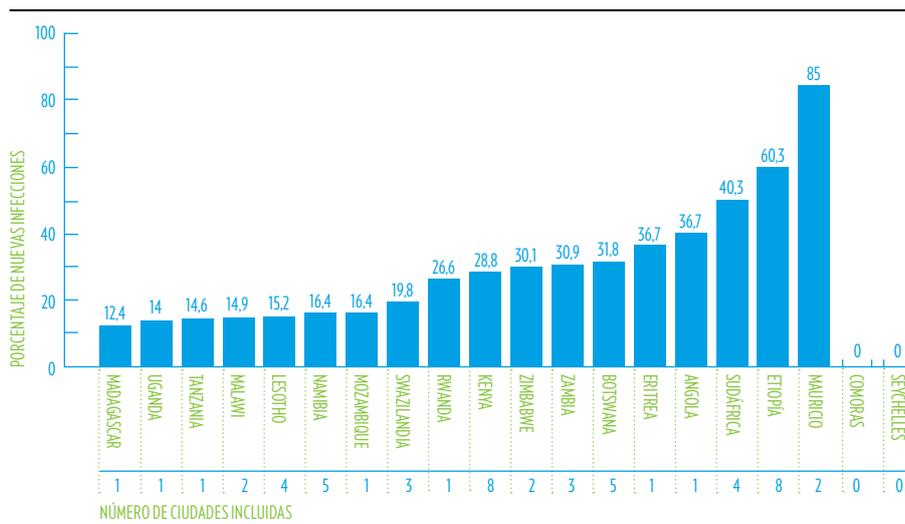
prevención, y el Ministerio de Salud acordó centrarse en las parejas como parte de sus actividades de prevención en los contextos sanitarios.

En respuesta a una evaluación de las consecuencias de estos estudios, un encuestado de Uganda sostuvo que “Ahora parece haber consenso en que hay un problema de nuevas infecciones del VIH entre parejas casadas o que cohabitan y que debe hacerse algo al respecto. Antes del análisis de los modos de transmisión, había un estado de negación, especialmente por parte de las organizaciones basadas en la fe...”.

En Kenya, los estudios de modos de transmisión influyeron en la decisión de promover un nuevo plan estratégico nacional. “El hecho de que los responsables de formular las políticas decidieran revisar la estrategia nacional actual fue una gran señal de cuán seriamente interpretaron los resultados”.

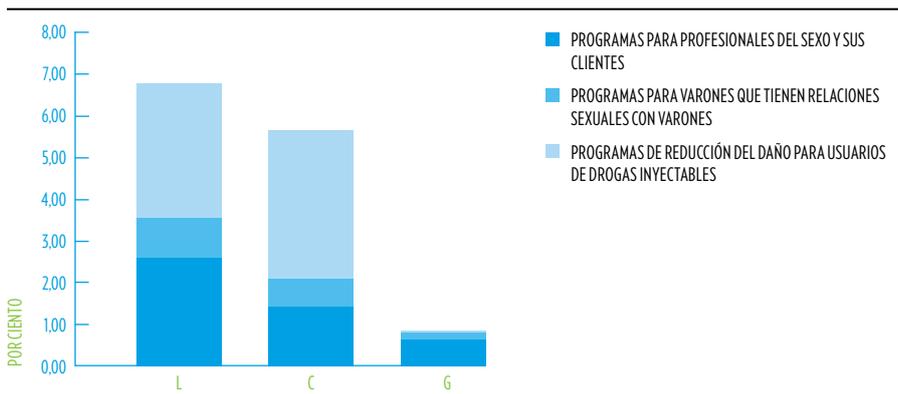
El gobierno también ha comprometido importantes recursos, incluidos los provenientes de fuentes internas, para ayudar a que la Comisión Nacional de Sida coordine mejor la respuesta al sida

Gráfico 2. Papel de las ciudades principales en la epidemia nacional del VIH en África oriental y meridional



Fuente: Van Renterghem, ONUSIDA 2009.

Gráfico 3. Porcentaje del gasto en programas dirigidos a las poblaciones más expuestas al VIH, como porcentaje del gasto total en concepto de prevención, por tipo de epidemia



Fuente: Izazola J et al, Journal of AIDS 2009.

y ampliar progresivamente la respuesta de prevención. “El estudio también atrajo mayor atención a la asignación y la distribución de recursos, y se ha generado un eficaz debate nacional sobre este tema, que ha influido en las decisiones futuras que han hecho que los costos de la respuesta nacional sean una cuestión clave”.

La prevención del VIH necesita un liderazgo sólido. Un liderazgo que sea lo suficientemente osado como para cuestionar el statu quo y la continuidad

Muchos países están comenzando a utilizar los resultados de los estudios de modos de transmisión para anticipar el futuro y planificar de manera más adecuada.

de las prácticas y normas sociales perjudiciales. Un liderazgo capaz de movilizar a las comunidades para que asuman la responsabilidad colectiva de la prevención del VIH y que sostengan estos esfuerzos en el tiempo con inversiones adecuadas.

Tailandia aprendió de los errores. Gracias a un liderazgo visionario y la ejecución de estrategias de salud pública fundamentadas en pruebas de los años noventa, Tailandia pudo detener una epidemia que amenazaba con salirse de control. Cuando las inversiones y el acento en la prevención del VIH se debilitaron a raíz de la crisis económica asiática, la epidemia volvió a aparecer.

CONSEJO: LA PREVENCIÓN DEL VIH ES DE POR VIDA. NO HAY ATAJOS.

Uganda muestra patrones semejantes. Gracias a los esfuerzos iniciales de liderazgo, la prevalencia del VIH disminuyó de un pico del 18% en 1992 al 6,1% en 2002, pero ahora hay indicaciones de que este descenso puede haber finalizado. La prevalencia del VIH se ha estabilizado entre el 6,1% y el 6,5% en algunos dispensarios prenatales y está aumentando en otros. A esto se ha sumado un deterioro en los indicadores comportamentales, especialmente un aumento en las parejas concurrentes múltiples.

Sin embargo, los países pueden aprender de Tailandia, que reinvertió sus fondos y priorizó sus esfuerzos de prevención del VIH y ha logrado reducir la incidencia del VIH en años recientes. ●



En un discurso histórico ante el Consejo Nacional de las Provincias de octubre de 2009, el presidente Jacob Zuma presentó su visión de cómo detener la epidemia de sida en Sudáfrica. En su discurso, el Presidente instó a poner fin al estado de negación e inauguró un importante movimiento para reducir a la mitad las nuevas infecciones por el VIH y alcanzar un acceso a la terapia antirretrovírica de al menos el 80% antes de 2011.

Éstos son algunos extractos del discurso del presidente Zuma:



En efecto, si no respondemos con urgencia y resolución, es muy posible que nuestra visión de una nación próspera se escape de nuestro control.

... Es necesario ir a los hospitales, los dispensarios y las residencias para enfermos terminales de nuestro país para ver los efectos del VIH y el sida en aquéllos que deberían estar en la etapa más floreciente de su vida. Es necesario ir a los hogares de la gente para ver cómo las familias luchan con la triple carga de la pobreza, la enfermedad y el estigma. Permítanme destacar que, aunque contemos con una estrategia integral para enfrentar el VIH y el sida, que ha sido reconocida internacionalmente, y aunque tengamos el programa antirretrovírico más grande del mundo, aún no estamos ganando esta batalla. Debemos confrontar esta realidad como sudafricanos.

... Si queremos detener la evolución de esta enfermedad a través de nuestra sociedad, deberemos aplicar medidas extraordinarias. Debemos movilizar a todos los sudafricanos para que asuman la responsabilidad de su salud y bienestar, así como de la salud y el bienestar de su pareja, su familia y su comunidad.

... No debe haber recriminaciones, discriminación ni vergüenza. Debemos romper con el estigma que rodea al sida.

... Permitamos que el Día Mundial del Sida, el 1.º de diciembre de 2009, marque el inicio de una campaña de movilización masiva que llegue a todos los sudafricanos y que los incite a actuar para proteger su salud y la salud de la nación. El factor importante es que nuestra gente debe estar armada con información. Los conocimientos nos ayudarán a confrontar el estado de negación y el estigma asociados con la epidemia... No debemos perder de vista las metas que nos fijamos en nuestro plan estratégico nacional, que incluyen la reducción de la tasa de nuevas infecciones en un 50% y la extensión de la cobertura del programa antirretrovírico al 80% de las personas que lo necesitan, ambas antes de 2011. La prevención sigue siendo una parte fundamental de nuestra estrategia. Necesitamos un cambio masivo en el comportamiento y la actitud, especialmente entre los jóvenes. Debemos trabajar todos juntos para alcanzar este objetivo.

... La energía renovada en la lucha contra el sida y en la movilización hacia el Día Mundial del Sida debe comenzar ahora, en todos los sectores de nuestra sociedad. Si trabajamos juntos, no podemos fallar. Superaremos cualquier desafío que enfrentemos. Nos impondremos ante cualquier obstáculo que encontremos. Porque trabajando juntos podemos construir una nación próspera, y así lo haremos.



Puede encontrar el discurso completo en línea en:
<http://www.thepresidency.gov.za>.

Anatomía de una ley deficiente

Nota a los lectores: Los comentarios son las reacciones de la Secretaría Ejecutiva tras recibir esta notificación de la Secretaría Legal. Aquí comparte sus pensamientos y frustraciones con sus colegas. Con sus comentarios, pone en evidencia algunos de los obstáculos legales que impiden el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. ¿Qué cambios agregaría?

Somewhere in the world

Memorándum

Para: Secretaría Ejecutiva, Autoridad Nacional sobre Sida
De: Secretario permanente, Asuntos legales, Ministerio de Leyes y Justicia
CC: Lectores de Perspectivas
Fecha: 1 de diciembre de 2009
Asunto: Anteproyecto de ley del sida, BORRADOR

Debemos definir mejor que es "alterar el orden" y trabajar más con los encargados del cumplimiento de la ley. Se abusa de la ley a fin de acosar a los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Quisiéramos confirmar la recepción del anteproyecto de ley del sida. Si bien en el Ministerio de Justicia se reconoce la gravedad de la epidemia de sida, hay reservas dado que algunas disposiciones infringen las leyes existentes. Estas leyes son importantes para proteger a nuestra sociedad de diversos vicios. Según nuestra visión, el debilitamiento de estas leyes dificultaría la capacidad de los organismos de cumplimiento de la ley para mantener la ley y el orden en el país. Por ejemplo:

Código Penal

Artículo 234: Alteración del Orden Público: "Una persona es culpable de alterar el orden cuando ejecuta alguna acción o es culpable de una omisión ilegal, y tal acción u omisión causa alguna lesión, peligro o molestia común al público, o a las personas en general que habitan u ocupan una propiedad en los alrededores, o debe causar indefectiblemente una lesión, obstrucción, peligro o molestia a cualquier persona que tenga derechos de uso. Quienquiera que cause la alteración del orden tendrá como sanción la encarcelación o una multa, o ambas."

Esta disposición brinda protección en contra del uso indebido de los lugares públicos por los individuos. Por ejemplo, frena en gran medida el uso indebido de los espacios y parques públicos por parte de mujeres y varones de mala reputación.

Artículo 420: Delitos contra natura: "Cualquier persona que (a) tenga conocimiento sexual de otra persona contra natura, (b) tenga conocimiento sexual de un animal o (c) permita a un varón tener conocimiento sexual de él/ella contra natura comete un delito y es pasible de encarcelación de por vida. Cualquier persona que intente cometer uno de los delitos especificados en el artículo 420 está cometiendo un delito grave y es punible con encarcelamiento por siete años".

Como sabrá, la homosexualidad está en contra de nuestros valores sociales. Esta disposición, aunque se utiliza con poca frecuencia, es un disuasivo moral importante. Ante el alarmante aumento de la pedofilia, debemos tomar medidas para mejorar el cumplimiento de esta ley, en lugar de modificarla.

Artículo 345: Prostitución: "Cualquier persona que ejerza la prostitución y la persona con la que se ejerce dicha prostitución, en cualquier sitio... que esté dentro de una distancia de doscientos metros de cualquier lugar público de culto religioso, institución educativa, albergue, hospital o residencia de ancianos o cualquier otro

¿Desde cuándo "lucir homosexual" en público es un uso indebido del espacio público?

Los varones que tienen relaciones sexuales con varones y la pedofilia no son lo mismo. Hay otras leyes que abordan la explotación de los niños, que es un delito.

¿Por qué intentamos controlar el comportamiento sexual adulto?

¿Quién lo dice? Fijese en nuestra literatura e historia

No hay que mezclar el tráfico y el trabajo sexual. El tráfico es un delito y tiene una definición específica.

No preferiría la puesta en marcha rigurosa de los servicios de prevención y tratamiento dirigidos por la comunidad

¿Y su "fuente" de infección?

lugar público de cualquier clase con estas características... puede ser punible con encarcelamiento por un plazo de hasta 3 meses.

Estamos obligados por las consideraciones de los derechos humanos y las convenciones internacionales a **detener el tráfico** de mujeres y niñas. La erradicación de la prostitución es un objetivo político importante del gobierno. Ya es un hecho reconocido que los **profesionales del sexo son fuentes de infección por el VIH**. Por lo tanto, la **aplicación rigurosa** de esta ley **reducirá la prostitución** y promoverá considerablemente los **objetivos** de su ministerio.

Hay otras maneras de reducir la demanda de trabajo sexual o el uso de drogas. No debemos usar el temor a las sanciones penales. Esto está generando un movimiento clandestino.

Ley de Estupefacientes de 1985

Artículo 24: Consumo de estupefacientes: "Donde el psicofármaco o el estupefaciente que el individuo posee o consume sea cocaína, morfina, diacetilmorfina (heroína) o **cualquier otro psicofármaco o estupefaciente** que el Gobierno pueda especificar en este sentido, mediante la notificación en el Boletín Oficial, con el encarcelamiento durante un período que puede extenderse hasta un año o con una multa, o ambas".

Considere el país vecino. Despenalizaron el trabajo sexual y ahora las infecciones por el VIH disminuyeron.

Artículo 34: Castigo por posesión ilegal de una pequeña cantidad para el uso personal, consumo de cualquier psicofármaco o estupefaciente, o consumo de tales drogas o sustancias: "Cualquier persona que, en contra de cualquier disposición de esta Ley o cualquier regla o mandato establecido o permiso emitido en virtud de ella, posea una pequeña cantidad de cualquier psicofármaco o estupefaciente, de los que se haya demostrado que su objeto es el consumo personal y no la venta ni la distribución, o que consuma cualquier psicofármaco o estupefaciente, puede ser **punible con cinco años de prisión**".

No necesitamos una lista de sustancias prohibidas, sino la inclusión de fármacos del tratamiento de sustitución en la lista de medicamentos esenciales.

Los dos artículos anteriores se incluyeron específicamente para evitar que los jóvenes consuman drogas y sean víctimas de la adicción.

Artículo 35: Detención de los usuarios de drogas y los traficantes: "Detener e investigar a cualquier persona que haya motivos para creer que ha cometido un **delito punible** conforme al Capítulo III y, si esta persona posee cualquier psicofármaco o estupefaciente y esta posesión parece ser ilegal, **arrestarla junto con cualquier persona que lo acompañe**. Para esta sección, la expresión "espacio público" incluye cualquier medio de transporte, hotel, negocio u otro lugar público cuyo fin sea el uso público o al que éste pueda acceder". La disposición es de mayor importancia para ayudar a que los organismos de cumplimiento de la ley atrapen a los infractores, especialmente aquéllos que venden drogas.

Escuche a la Corte Suprema de Indonesia: los usuarios de drogas necesitan tratamiento, no una sentencia en la cárcel

Ley de Salud Pública 2007

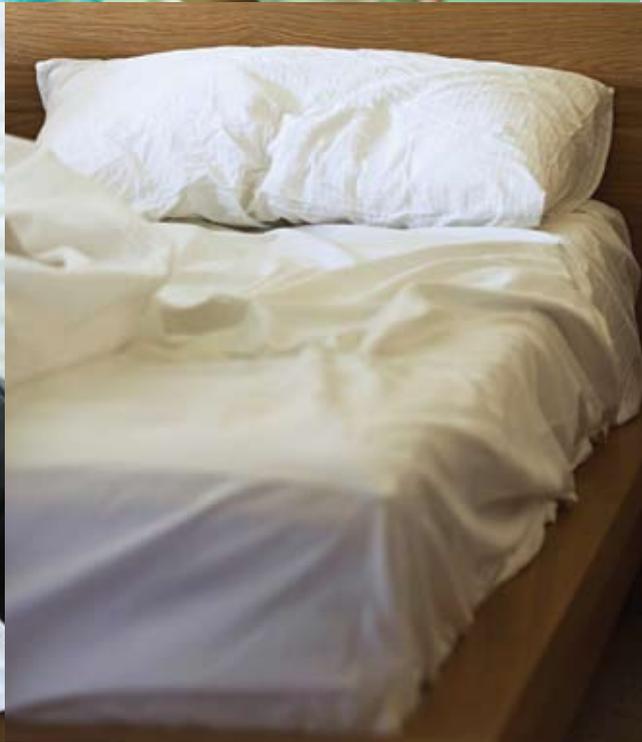
Artículo 14: Revelación del estado serológico respecto al VIH: "Cualquier persona cuyas pruebas hayan dado su diagnóstico de VIH **está obligada a revelar su estado a su cónyuge o pareja sexual habitual** siempre que el período no exceda las seis (6) semanas completas a partir de la fecha en que se le notificó su estado. Los centros de pruebas deberán ofrecer todo el **apoyo psicosocial** necesario para facilitar la comunicación de los resultados de las pruebas del VIH y ayudar a la pareja a aceptar la realidad de la situación. Se requerirá que el centro de pruebas revele estos resultados en el momento que expire el plazo de las semanas, a condición de que se tomen todas las medidas para permitir a los miembros de la pareja tener un entendimiento absoluto de la situación".

Nuestros agentes de extensión estarán en riesgo de ser arrestados en todo momento. ¿Cómo es posible que no veamos que encarcelan a los principales traficantes de drogas?

desconcertados por su solicitud de enmendar esta ley y todas las disposiciones mencionadas.

La mayoría de las personas toman medidas para proteger a sus seres queridos. Lo que se necesita es un entorno donde las personas puedan hacerse las pruebas y no les tengan temor. La notificación a la pareja debe ser voluntaria.

En la mayoría de los casos, las mujeres se someten primero a las pruebas. Esto causará más estigma y discriminación de las mujeres.





NUEVE ZONAS PRIORITARIAS DEL ONUSIDA:

PODEMOS REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH

PODEMOS EVITAR QUE LAS MADRES MUERAN Y QUE LOS BEBÉS SE INFECTEN POR EL VIH

PODEMOS GARANTIZAR QUE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH RECIBAN TRATAMIENTO

PODEMOS EVITAR QUE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH MUERAN DE TUBERCULOSIS

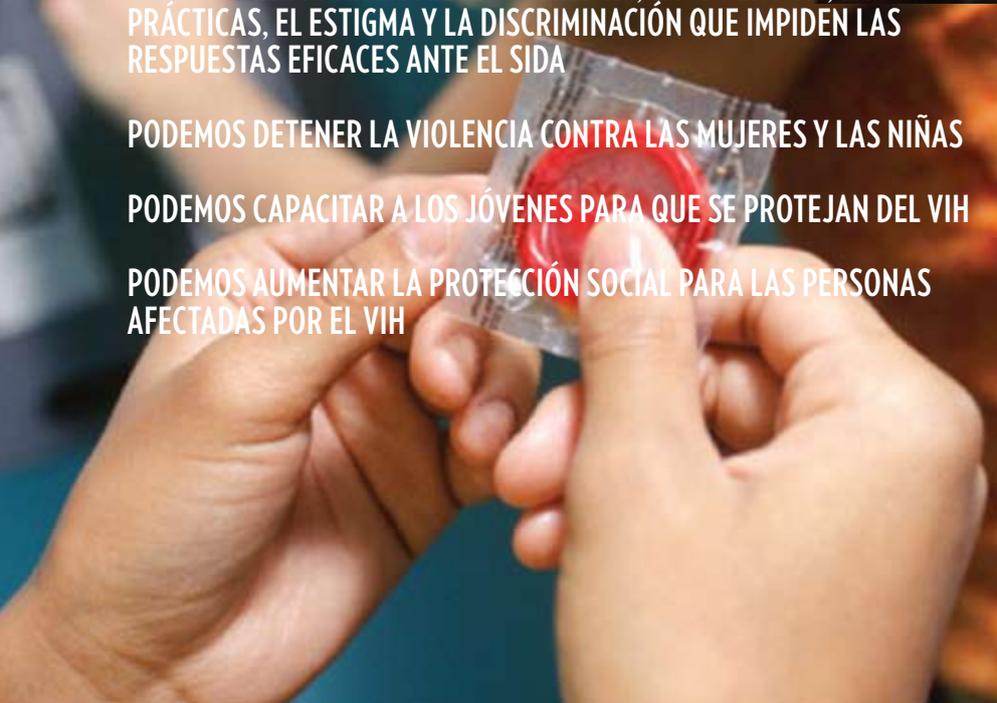
PODEMOS PROTEGER A LOS USUARIOS DE DROGAS PARA QUE NO SE INFECTEN POR EL VIH

PODEMOS ELIMINAR LAS LEYES PUNITIVAS, LAS POLÍTICAS, LAS PRÁCTICAS, EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN QUE IMPIDEN LAS RESPUESTAS EFICACES ANTE EL SIDA

PODEMOS DETENER LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

PODEMOS CAPACITAR A LOS JÓVENES PARA QUE SE PROTEJAN DEL VIH

PODEMOS AUMENTAR LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH



SER EL CAMBIO | *La próxima generación*

Se está generando un cambio entre los jóvenes del mundo, especialmente en partes de África subsahariana. Los jóvenes esperan más tiempo antes de comenzar su vida sexual, tienen menos parejas múltiples y hay un mayor uso de preservativos entre las personas que tienen parejas múltiples. En consecuencia, la prevalencia del VIH entre los jóvenes está disminuyendo en muchos países.



CAMBIAR JUNTO CON LOS TIEMPOS

Pensemos en Precious¹, una joven mujer que vive en Mbabane, Swazilandia. Precious ha escuchado mucho acerca del VIH. En la escuela. En la iglesia. Y entre murmullos en los funerales. Ella sabe que debe protegerse, pero teme perder el control cuando está con su novio, Prince. Prince dice que le es fiel y le hace un montón de regalos. Su riesgo de contraer la infección por el VIH es muy diferente al de Kathleen, una muchacha de la misma edad que tiene novio y que vive en las afueras de Dublín, Irlanda.

Iqbal, un muchacho de Dhaka, Bangladesh, que asiste a la escuela, corre mucho menos riesgo de contraer la infección por el VIH que Damien, su par de Port Moresby, Papua Nueva Guinea. Y en Katmandú, Nepal, un joven usuario de drogas inyectables, Siddharth, corre mucho más riesgo que Gautam, un muchacho de su misma edad que no utiliza drogas. Eduardo, de 16 años, que vive en San Pablo, Brasil, está empezando a reconocer que es homosexual y a conversar con sus padres sobre el tema. Cada uno de ellos enfrenta la vida de manera diferente. Sus riesgos son diferentes. Sus vulnerabilidades son diferentes.

Entonces, ¿por qué en los programas de prevención del VIH para los jóvenes se los trata como si fueran todos iguales?

El riesgo de los jóvenes de contraer el VIH depende de su sexo, su edad y la región de donde vienen. Por lo tanto, las decisiones

sobre los programas de prevención para los jóvenes, así como para otras poblaciones, deben estar fundadas en las pruebas.

Lamentablemente, en los países con epidemias generalizadas e hiperendémicas, los programas de prevención del VIH para los jóvenes no son lo suficientemente rigurosos como para abordar las causas originales del riesgo y la vulnerabilidad en aumento de nuestros jóvenes personajes imaginarios, Precious, Prince y Damien.

Por otro lado, en los países con epidemias de bajo nivel o concentradas, los programas de prevención del VIH se dirigen a todos los jóvenes, consumiendo recursos de los que se sacaría mayor provecho si se centraran en los jóvenes como Siddharth y Eduardo.

Un administrador de un programa provincial del sida de un país de baja prevalencia una vez comentó a una delegación donante que estaba de visita y que ejercía presión para que la atención se centrara en las poblaciones de mayor riesgo que “ellos pueden ser su población objetivo, pero los jóvenes son nuestro tesoro”.

Un programa típico que llegue a una persona joven cuesta 9 dólares estadounidenses por año. Debemos encontrar formas de llegar a los jóvenes que sean eficaces en función de los costos y elegir elementos programáticos adecuados que contemplen un mejor reconocimiento del riesgo de contraer la infección por el VIH.

CUANDO SER MUJER ES UN FACTOR DE RIESGO

En diversas partes del mundo, el riesgo de infectarse por el VIH es desproporcionadamente mayor para las niñas y las mujeres jóvenes. La prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes es mayor que entre los varones en muchos países del Caribe y Oceanía. Las adolescentes de Kenya tienen una probabilidad tres veces mayor de estar infectadas por el VIH que los muchachos de su edad. Esto empeora a medida que se acercan a la edad adulta, con una proporción de mujeres infectadas que es casi cinco veces y media mayor que en los varones de la misma edad.

El problema real no está en ser mujer. El mayor riesgo continúa debido al fracaso mundial en abordar las causas originales de su vulnerabilidad, relacionadas con cuestiones como las relaciones sexuales intergeneracionales, las prácticas sexuales a cambio de beneficios, las parejas sexuales concurrentes y la violencia.

CONTRARRESTAR EL FACTOR DE LOS PROTECTORES MAYORES Y LAS MUJERES “PANTERA”

Existe una alta tasa de parejas sexuales intergeneracionales en muchos países en los que mujeres y varones jóvenes desean obtener o necesitan dinero y bienes, y mujeres y varones de más edad cuentan con los recursos para cumplir estos deseos y necesidades.

Un estudio cualitativo sobre parejas concurrentes múltiples en Lesotho mostró que, entre otras cosas, el dinero y el deseo de objetos materiales eran los factores centrales en todas las relaciones de edades diferentes. Una de las participantes comentó: “Como estudiantes, nos gustan los muchachos que tienen autos y, en estos días, son los muchachos más grandes los que tienen autos. Los muchachos mayores, los que ya son más adultos, son los que te harán sentir que realmente te conquistaron”. En Sudáfrica, en 2008, más de un cuarto de todas las mujeres jóvenes tenían parejas sexuales cinco años mayores que ellas o más.

A veces, los jóvenes procuran cubrir las necesidades básicas, como alimentos y vestimenta. En otras ocasiones, están demasiado alerta de lo que no tienen en comparación con sus pares. Dado que las relaciones sexuales intergeneracionales son un problema de la sociedad, no pueden enfrentarse tan sólo con el aporte de información sobre abstinencia, fidelidad o prácticas sexuales más seguras. Lo que se requiere son sanciones sociales contra los adultos que las practican. Y los padres deben apoyar a los hijos cuando éstos se oponen a dicha práctica.

En muchos países, también se informa que jóvenes tienen parejas concurrentes y múltiples. Los factores que promueven las parejas concurrentes entre los jóvenes son muchos y están llenos de complejidades.

Sería demasiado simplista caracterizar toda la actividad sexual como prácticas a cambio de beneficios personales o con personas de edades dispares. Las muchachas y los muchachos jóvenes de muchos países con epidemia generalizada

Actualmente, los jóvenes representan el 40% de todas las infecciones nuevas, en comparación con el 45% en años anteriores.

del VIH comienzan la actividad sexual relativamente temprano. Un estudio en Swazilandia indica que los valores protectores tradicionales han desaparecido debido a la modernización y la presión de los pares. Por otro lado, las normas sexuales de muchas culturas promueven la práctica de las parejas múltiples.

Algunos comportamientos sexuales nocivos no sólo se toleran, sino que se promueven. Una popular frase de Sesotho afirma que “Los hombres son como las plantas de calabaza. Siempre se escapan hacia otras huertas”. Diversos estudios han demostrado que, para lograr un cambio social sostenido, es fundamental que se involucren los varones y los muchachos jóvenes, quienes suelen perpetuar las normas sexuales negativas.

Pero, ¿los programas de prevención del VIH abordan estos factores?

Lamentablemente, no. Una revisión de los programas de prevención del VIH en África subsahariana señala que pocos programas abordan directamente los problemas de las parejas concurrentes, las parejas múltiples o las relaciones sexuales entre edades dispares. La mayoría se centra en generar sensibilización.

NEGOCIOS RIESGOSOS

La historia en los países con epidemias bajas o concentradas es semejante: los programas de prevención del VIH para los jóvenes rara vez abordan las causas originales del riesgo y la vulnerabilidad al VIH.

Sin embargo, la mayor farsa es que los programas llegan al grupo equivocado de jóvenes. De acuerdo con la Comisión sobre Sida en Asia, aproximadamente el 95% de las infecciones por el VIH en los jóvenes de Asia se producen en los adolescentes de mayor riesgo. No obstante, más del 90% de los recursos para los jóvenes como grupo se gastan en los jóvenes de bajo riesgo, que representan menos del 5% de las infecciones. En Europa oriental y Asia central, un gran número de las nuevas infecciones por el VIH se producen en los jóvenes. En San Petersburgo, Federación de Rusia, se halló que un tercio de los jóvenes de la calle estaban infectados por el VIH.

Existe una necesidad urgente de cambiar la dirección para llegar a los adolescentes y los jóvenes de mayor riesgo, por ejemplo, los usuarios de drogas inyectables, los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones y las mujeres jóvenes profesionales del sexo y sus jóvenes clientes varones. En gran medida, son invisibles y no tienen contacto con los servicios de prevención. Además, sus

necesidades de salud reproductiva y sexual “con frecuencia no se tienen en cuenta en los programas tradicionales de extensión para jóvenes de las escuelas y los grupos de redes de jóvenes”, sostuvo Fatiha Serour, director de Commonwealth Youth Programme (CYP). “Por otro lado, los programas destinados a los adultos de mayor riesgo a menudo no contemplan estas necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes”.

Analicemos la historia de Srey Mon. Ella trabajaba arduamente, muchas horas y por un salario bajo en un pequeño café en Phnom Penh,

Camboya. Sin embargo, su empleador era muy duro con ella. Frustrada, se mudó a otra ciudad y comenzó a vender sus servicios sexuales. Como trabajaba sola, no tenía acceso a los servicios de prevención del VIH. Finalmente, contrajo la infección por el VIH y murió de una enfermedad relacionada con el sida a los 24 años.

Javier asiste a una escuela secundaria en La Paz, Bolivia. Para la ley, Javier todavía no es adulto. En el salón de clases, se habla del VIH. Sin embargo, sus compañeros y sus padres no saben que él es homosexual. Como consecuencia, no puede buscar servicios de prevención del VIH y tiene miedo del estigma.

Srey Mon y Javier no están solos. Hay miles de jóvenes semejantes a los que no se

Las nuevas infecciones por el VIH entre los jóvenes están disminuyendo en muchos países, en especial en África subsahariana.

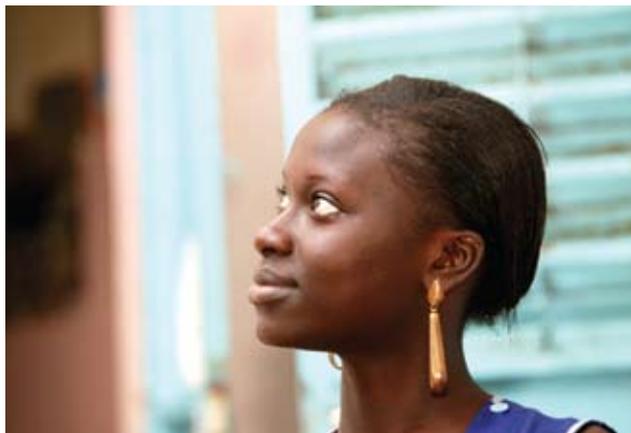
llega con la anticipación suficiente como para protegerlos del VIH. Sin embargo, en muchos países, los responsables de formular las políticas están prestando atención a este problema y ajustando los programas a fin de que sean más adecuados para los jóvenes de mayor riesgo.

PODEMOS CAPACITAR A LOS JÓVENES PARA QUE SE PROTEJAN CONTRA EL VIH

Para hacerlo, debemos ser inteligentes en nuestros enfoques. En las epidemias generalizadas e hiperpandémicas, los programas para los jóvenes deben promover servicios integrales que incluyan información sobre el VIH, educación sobre sexualidad y el debate acerca de las prácticas y normas sexuales perjudiciales. En otras situaciones, los programas se deben centrar como prioridad en los jóvenes de mayor riesgo, en lugar de homogeneizar los programas para todos los jóvenes.

Sí, todos los jóvenes son valiosos, pero ofrezcámosles programas que sean significativos para su contexto de vida. ●

¹ Los nombres de este artículo son ficticios, pero las historias son reales.



Prudence Mabele

Prudence Mabele, que tiene 38 años y reside en Sudáfrica, vive con el VIH desde hace 19 años. Prudence es fundadora y directora ejecutiva de la Red de Mujeres Positivas (Positive Women's Network, PWN), una organización no gubernamental que creó en 1996, que proporciona apoyo e información a las mujeres que viven con el VIH en Sudáfrica. El trabajo de la organización abarca desde la promoción de la igualdad y equidad entre sexos, la educación sobre salud sexual y reproductiva, hasta los derechos de las mujeres.

6:00 A. M. COMIENZO DE MI DÍA

Me levanto temprano porque me gusta tomarme mi tiempo. Miro Morning Live (un programa sudafricano de noticias y temas actuales) para estar al tanto de lo que está pasando en mi país, obtener inspiración e ideas y enterarme de las cuestiones que pueden influir en mi trabajo diario. Unas semanas atrás hubo un debate sobre mutilación genital femenina que me llevó a incluir este tema en nuestras actividades y debates con el personal de la Red de Mujeres Positivas. A veces, ¡Morning Live puede alegrarme o amargarme el día!

7:45 DESAYUNO

Me encanta la sensación de hacerme mi propio desayuno a la mañana, que habitualmente es un bol de avena recién preparada y una taza de té. Después del desayuno, tomo mi tratamiento. Lo tomo dos veces al día: a las 8:00 a. m. y a las 8:00 p. m.

8:30 EN CAMINO

Conduzco mi propio auto para ir al trabajo, lo que habitualmente me lleva 25 minutos —si el alocado tráfico de Johannesburgo me lo permite—.

9:00 EN EL TRABAJO

Al comenzar mi trabajo, respondo los correos electrónicos y hago llamadas

telefónicas. No siempre estoy todo el día en la oficina. A veces asisto a reuniones y doy presentaciones. La semana pasada, me entrevistó el presentador de una popular estación nacional de radio sudafricana. Hablé un poco sobre mí, mi vida con el VIH y sobre la Red de Mujeres Positivas. Después de la entrevista, hubo una saturación de llamadas de los oyentes que hacían toda clase de preguntas sobre el VIH. Esto me hizo dar cuenta de que hay muchas personas que necesitan información sobre el VIH pero que no saben dónde ir o tienen miedo de preguntarle a alguien en persona.

12:00 ALMUERZO

Habitualmente, almuerzo en uno de los cafés que están cerca de la oficina. Hay un montón de lugares que ofrecen comidas recién preparadas, como sándwiches y platos típicos caseros.

1:00 TRABAJO DE EXTENSIÓN

A menudo, trabajo fuera de la oficina para ir a las comunidades con los coordinadores de extensión y hablar con las mujeres sobre la prevención del VIH, la violencia de género, los derechos de las mujeres y cuestiones relacionadas con la salud.

3:00 EDUCACIÓN

Cuando estoy en las comunidades, veo con mucha claridad los motivos por

los que hago mi trabajo. Decidí crear la Red de Mujeres Positivas para educar a las mujeres positivas y darles los medios para que se capaciten, tomen el control de su propia vida y apoyen a otras mujeres que viven con el VIH. A través de la Red, proporcionamos apoyo y educación emocional, y capacitamos a las mujeres para que sean las agentes del cambio en su propia comunidad.

5:45 EJERCICIOS

Hacer ejercicios es importante para mí, tanto física como mentalmente. Cuando puedo, intento ejercitarme durante una hora en el gimnasio que está cerca del trabajo.

7:00 CENA

Después de relajarme un poco tras un largo día de trabajo, ceno con amigos (a veces viene mi hermana) y luego tomo mis medicamentos a las 8:00. Me gustan los alimentos saludables, y a menudo consumo pescado, vegetales y arroz. Me encanta el maíz molido con frijoles, un plato sudafricano básico. Miro un poco de televisión y luego trabajo durante alrededor de una hora. Sí, ¡soy adicta al trabajo!

11:00 DESCANSO

Ya en la cama: recargo las pilas para el día siguiente.

Una de las grandes satisfacciones de mi trabajo es ver a una mujer dar los pasos que la llevarán a conocerse más a sí misma, aceptar que tiene la infección por el VIH, aprender cómo estar sana y, finalmente, convertirse en líder y agente de cambio.

— Prudence Mabele





Qué lleva en la cartera

1 PARAGUAS

Siempre es bueno tener uno en caso de que llueva.

2 LLAVERO

En apoyo de la nación arco iris, Nueva Sudáfrica, y de los artesanos locales que diseñan y crean cintas para la Red de Mujeres Positivas y otras organizaciones.

3 GAFAS DE SOL

Bloquean el cálido sol sudafricano, y además te hacen lucir bien.

4 GAFAS PARA LEER

Para la letra pequeña.

5 PRESERVATIVOS

Preservativos femeninos y masculinos: las relaciones sexuales más seguras y la sensibilización sobre la prevención del VIH son fundamentales para el trabajo de extensión de la Red de Mujeres Positivas y son parte de una estrategia de prevención combinada.

6 ELEMENTOS PARA ESCRIBIR

Bolígrafos y un marcador en una bonita cartuchera.

7 PASTILLERO SEMANAL

Para la administración del tratamiento, que tomo dos veces por día.

8 FOLLETO SOBRE CÁNCER DE MAMA

Una amiga mía ha muerto hace poco de cáncer. Me he tomado a pecho el problema e incluí la educación para la sensibilización sobre el cáncer en las actividades de la Red de Mujeres Positivas.

9 PASAPORTE

No salga de su casa sin él, porque uno nunca sabe dónde podría tener que ir.

10 TARJETA DE PRESENTACIÓN

Quién soy y qué hago.

11 DISPOSITIVO DE MÓDEM PARA ACCEDER A INTERNET

Soy adicta al trabajo, y esta pequeña herramienta esencial me permite trabajar de forma constante esté donde esté.

12 TELÉFONO CELULAR

Para mantenerme en contacto.

13 REPRODUCTOR MP3

Mi disco favorito en este momento es "Mama Africa" de Miriam Makeba.

14 LLAVES DEL AUTO

Para ir de acá para allá.

4 cosas que debe saber sobre Prudence

1 Es la primera mujer negra de Sudáfrica que reveló su estado serológico respecto al VIH —recibió el diagnóstico en 1990 y lo hizo público en 1992—. El motivo fue que estaba cansada del silencio y el estigma en torno al VIH, y quería sentar un precedente y alentar a otras mujeres seropositivas para que hicieran lo mismo, que comentaran su situación a sus seres queridos, que no tuvieran vergüenza, que buscaran tratamiento y vivieran una vida gratificante.

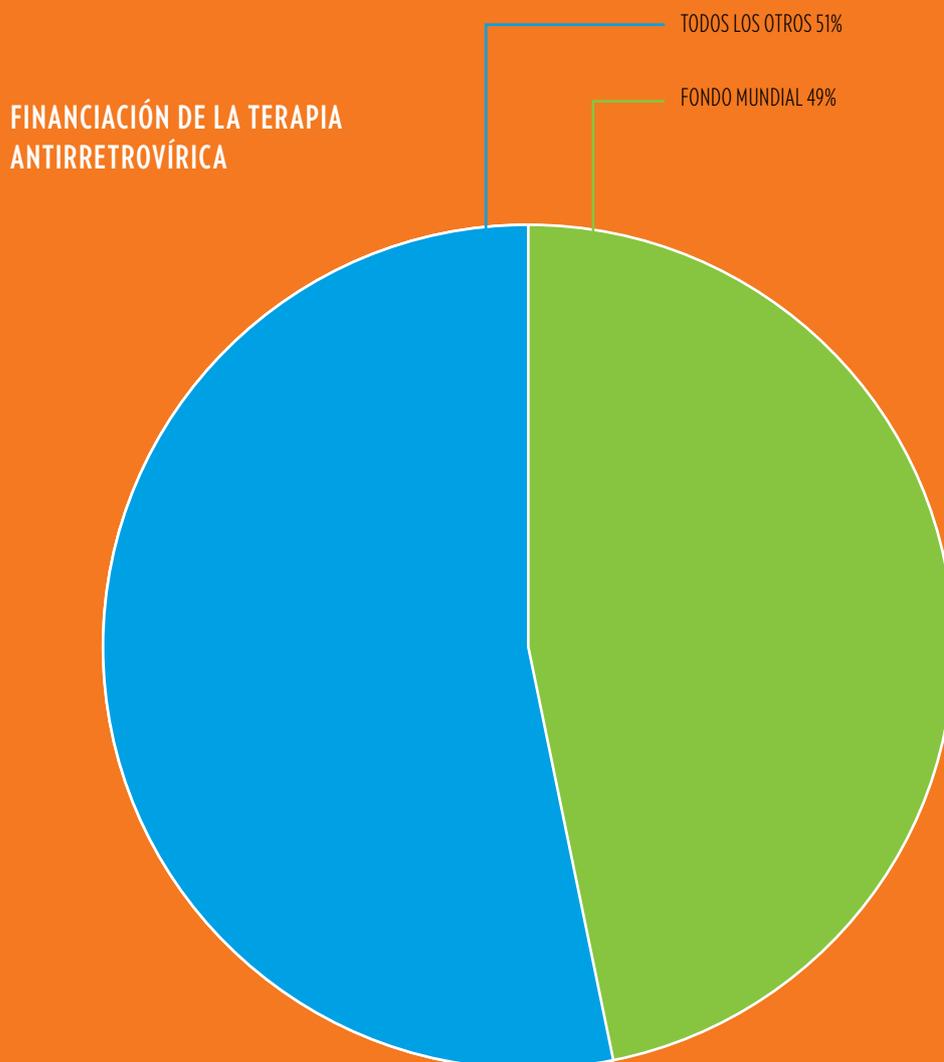
2 Ama el jazz, especialmente el sudafricano y el estadounidense. Hugh Masekela, Jonas Gwangwa, Jimmy Dlodlu, Gloria Bosman ... la lista es infinita.

3 Define su estilo como “afrocéntrico”, con un montón de joyas étnicas. Su abuela diseñaba su propia ropa y le inculcó el amor por la moda. Apoya a los diseñadores sudafricanos como David Tlale, J.J. Schoeman y Bongive Walaza.

4 El próximo año, planea comenzar la licenciatura en administración de empresas para iniciar su propia empresa y profundizar su trabajo de ayuda en las comunidades y las zonas rurales.



ESTUDIO DE CASO DEL TRATAMIENTO: EL FONDO MUNDIAL

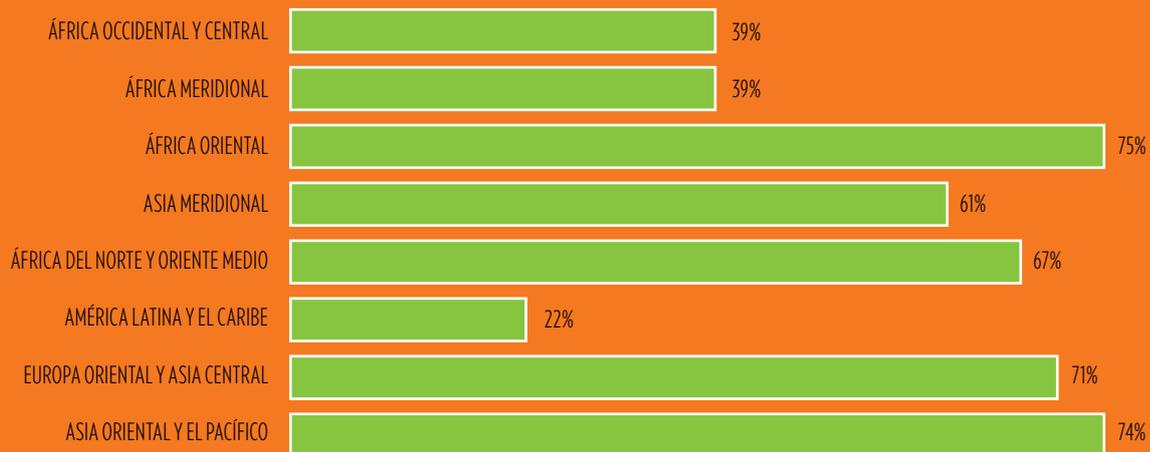


El ONUSIDA trabaja en estrecha colaboración con diversos asociados de la financiación, que incluyen el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) y el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Por ejemplo, el ONUSIDA proporciona asistencia técnica a los países que buscan obtener subvenciones del Fondo Mundial como ayuda para alcanzar sus objetivos de acceso universal. Con esta ayuda, actualmente los países obtienen resultados y justifican la necesidad de un Fondo Mundial totalmente financiado.

El Fondo Mundial ha aumentado el acceso a la terapia antirretrovírica. A fines de 2008, se estimaba que cuatro millones de personas recibían tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos; la mitad de estos tratamientos estaban financiados por el Fondo Mundial. Este dato se confirmó cuando la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF notificaron en septiembre de 2009 que un millón de personas adicionales comenzaron la terapia antirretrovírica a escala mundial en 2008.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA CON EL APOYO DE LOS PROGRAMAS DEL FONDO MUNDIAL



NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA CON EL APOYO DE LOS PROGRAMAS DEL FONDO MUNDIAL



El Fondo Mundial fue responsable de que alrededor de 600 000 personas comenzaran el tratamiento en 2008 y, hacia fines de 2008, aportaba fondos para aproximadamente la mitad de los cuatro millones de personas que se estimaba que recibían terapia antirretrovírica en los países de ingresos bajos y medianos.



¿CUÁL ES EL DESTINO DEL DINERO PARA EL SIDA?

ES NECESARIO QUE LAS INVERSIONES INTERNACIONALES PARA EL SIDA CONTINÚEN

La asistencia internacional a la respuesta mundial al sida ha ayudado a los países a ampliar el acceso a los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en la mayor parte del mundo. Esta asistencia internacional ha sido decisiva para catalizar y sostener la respuesta al sida en muchos países.

Los patrones del ciclo de financiación de los donantes, en alguna medida, aislaron las inversiones para el VIH en 2009. Sin embargo, es fundamental que las decisiones

de inversión que se toman hoy se basen en las necesidades del futuro. Actualmente, muchos países desarrollados comienzan a salir de la crisis económica, y es cada vez más importante cumplir con la inversión de 25 mil millones de dólares estadounidenses necesaria para alcanzar las metas nacionales de 2010 para el acceso universal.

“La crisis económica no debería ser una excusa para frenar las inversiones en la respuesta al sida”, sostuvo Michel Sidibé, Director Ejecutivo del ONUSIDA. “No podemos permitir que la crisis económica nos paralice. No ahora, cuando comienzan

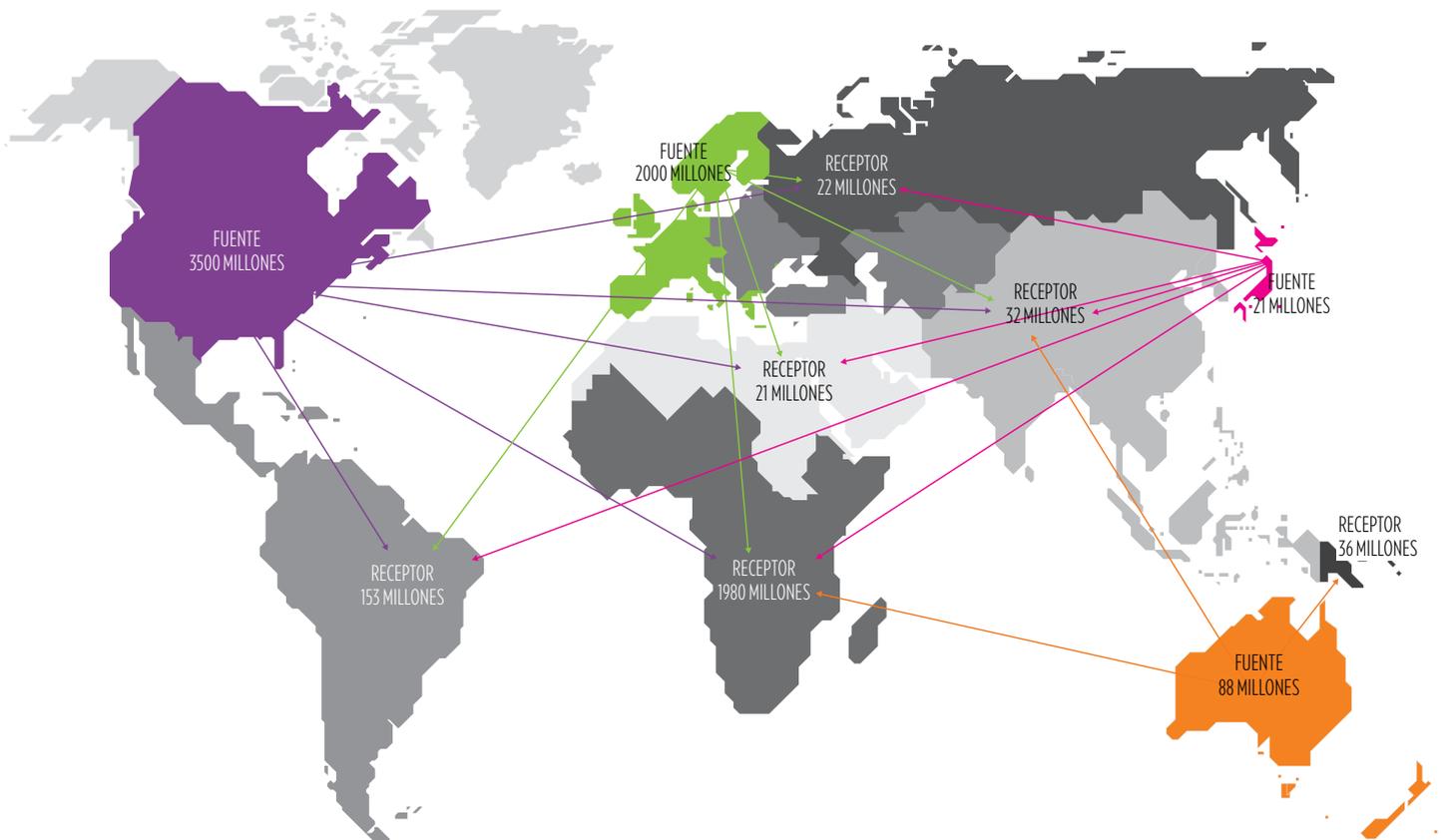
a observarse los resultados de la respuesta al sida”.

INVERSIÓN EN LA RESPUESTA AL SIDA

En 2008, las inversiones para el sida alcanzaron un récord de 15 600 millones de dólares estadounidenses. Esto representó un aumento del 39% con respecto a 2007. De este total, alrededor de 8200 millones de dólares estadounidenses correspondieron a la asistencia internacional. La participación de la asistencia internacional es de alrededor del 55% de los recursos mundiales disponibles.

La mayor contribución provino del gobierno de los Estados Unidos de América,

Mapa 1. Flujos de AOD bilateral para el control del sida, 2008 (dólares estadounidenses)



Análisis del ONUSIDA basados en datos de la Fundación de la Familia Kaiser y el Sistema de Declaración de los Acreedores del CAD/OCDE.

cuyo aporte de 3500 millones de dólares estadounidenses representó el 61% de la asistencia oficial bilateral para el desarrollo en 2008. Algunos de los otros donantes más importantes incluyeron el Reino Unido, Francia, los Países Bajos y Alemania, que juntos aportaron 2500 millones de dólares estadounidenses. Si bien la contribución total de algunos países, como Irlanda, Luxemburgo, los Países Bajos, Noruega y Suecia, puede ser pequeña como porcentaje del total, éstos desembolsaron entre 280 y 582 dólares estadounidenses por cada 1 millón de dólares estadounidenses de PIB, considerablemente más que muchos países más ricos.

Las organizaciones filantrópicas también han contribuido sistemáticamente a la respuesta al sida. Sus contribuciones han aumentado de manera sistemática en la última década y han sumado un total de más de 600 millones de dólares estadounidenses en 2008, lo que representa el 7% del total de los recursos disponibles en 2008. Una cifra estimada del 85% provino de organizaciones de EE. UU. y el resto, de organizaciones europeas sin fines de lucro. Aproximadamente la mitad de todas las contribuciones filantrópicas correspondieron a la Fundación Bill & Melinda Gates. La mayoría de los recursos se asignaron en apoyo a la investigación, mientras que otros recursos se invirtieron en el tratamiento y la prevención del VIH. Pero el pronóstico para 2010 no es bueno, especialmente para las

organizaciones más pequeñas, cuyos ingresos han disminuido tras la crisis financiera.

LA MAYORÍA DE LA ASISTENCIA INTERNACIONAL PARA EL SIDA SE ASIGNÓ A LOS PAÍSES DE ÁFRICA SUBSAHARIANA

De los diez receptores principales de la asistencia internacional para el sida, nueve países pertenecen a África subsahariana. Juntos, representaron casi el 57% de todas las inversiones de los donantes principales en 2008.

En términos de valor absoluto, los cinco receptores principales fueron

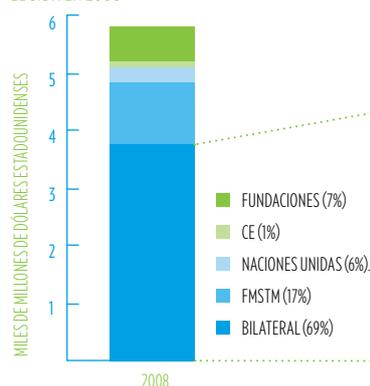
Sudáfrica (729 millones de dólares estadounidenses), Nigeria (432 millones de dólares estadounidenses), Mozambique (368 millones de dólares estadounidenses), Zambia (361 millones de dólares estadounidenses) y Etiopía (357 millones de dólares estadounidenses).

El monto de asistencia oficial para el desarrollo que se recibió per cápita fue superior en Guyana (70 dólares estadounidenses per cápita), Namibia (52 dólares estadounidenses per cápita) y Botswana (34 dólares estadounidenses per cápita).

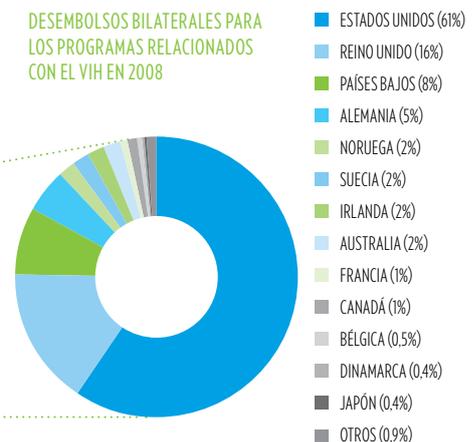
Por otro lado, Sudáfrica, que se clasificó en primer lugar en términos del valor abso-

ASISTENCIA INTERNACIONAL PARA LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON EL VIH POR FUENTE Y DESEMBOLSOS BILATERALES, 2008

ASISTENCIA INTERNACIONAL PARA EL VIH Y EL SIDA EN 2008



DESEMBOLSOS BILATERALES PARA LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON EL VIH EN 2008



Fuente: Análisis del ONUSIDA, 2009, basado en datos del CAD/OCDE, Funders Concerned About AIDS (FCAA) y, para el sector filantrópico, European HIV/AIDS Funders Group (EFG).

Desembolsos internacionales de 2008

PAÍS	BILATERALES	MULTILATERALES	TOTAL*
ESTADOS UNIDOS	87,5%	12,5%	3 953,5
REINO UNIDO	91,2	8,8	976,3
FRANCIA	12,4	87,6	538,7
PAÍSES BAJOS	86,1	13,9	500,8
ALEMANIA	60,1	39,9	477,7
SUECIA	50,9	49,1	171,5
NORUEGA	64,6	35,4	159,8
CANADÁ	42,7	57,3	137,6
JAPÓN	15,5	84,5	135,8
ITALIA	7,0	93,0	123,6
IRLANDA	79,8	20,2	112,5
AUSTRALIA	78,1	21,9	109,2
ESPAÑA	18,6	81,4	102,4
DINAMARCA	46,0	54,0	48,2
BÉLGICA	72,6	27,4	35,4
LUXEMBURGO	38,5	61,5	15,2
AUSTRIA	29,1	70,9	7,5
SUIZA	36,8	63,2	6,5
GRECIA	86,4	13,6	6,1
FINLANDIA	55,0	45,0	5,3
NUEVA ZELANDIA	61,8	38,2	5,1
PORTUGAL	1,7	98,3	2,0

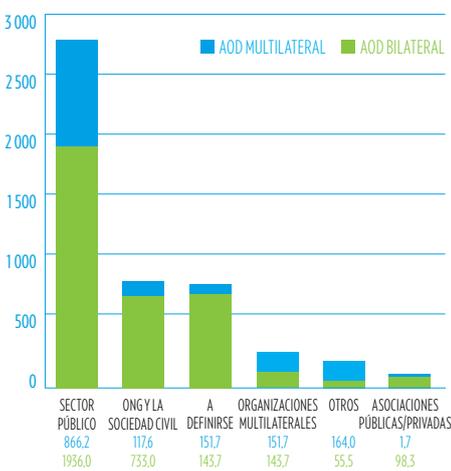
*millones de dólares estadounidenses.
Fuente: CAD/OCDE, Measuring Aid to HIV/AIDS Control. Abril de 2009.

luto de la asistencia oficial para el desarrollo recibida, recibió 15 dólares estadounidenses per cápita, mientras que Nigeria, en segundo lugar en términos del valor absoluto, recibió sólo 2,9 dólares estadounidenses per cápita.

Las inversiones internas para el sida han aumentado en la última década, pero la mayoría de los países todavía dependen de la asistencia internacional para financiar sus programas. En países como Ghana, Haití, Indonesia, Mozambique y Rwanda, más del 70% de los fondos para los gastos relacionados con el sida en 2006 provinieron de fuentes internacionales.

Si la financiación internacional se reduce y no fuese equiparada por un aumento en la financiación interna, es probable que la respuesta al sida en más de 100 países esté en peligro.

Asignación de la asistencia oficial para el desarrollo para el VIH otorgada a organismos ejecutores, 2007



Fuente: Análisis del ONUSIDA fundados en la base de datos en línea del Sistema de Declaración de los Acreedores del CAD/OCDE (última visita: 25 de mayo de 2009).

El sector público es el principal receptor de la asistencia internacional. Se estima que el 55% de los recursos disponibles en 2007 se distribuyeron a iniciativas dirigidas por el gobierno. Las organizaciones de la sociedad civil, por otro lado, recibieron sólo alrededor del 17%, mientras que el 6% se asignó a las organizaciones multilaterales y el 2%, a asociaciones públicas-privadas.

EL PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES MULTILATERALES EN LA PRESTACIÓN DE AYUDA

La mayoría de las organizaciones multilaterales tradicionalmente desembolsan los recursos que reciben de los gobiernos, las fundaciones y las donaciones individuales del público general. Muchos países promueven distribuir una gran proporción de sus recursos a través de estos canales.

Por ejemplo, Austria, Finlandia, Francia, Italia, Japón, Portugal y Suiza entregaron más del 80% de su asistencia internacional a las organizaciones multilaterales. Las principales organizaciones multilaterales que reciben estas inversiones son el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y el Servicio Internacional de Adquisición de Medicamentos (UNITAID). En 2007, las contribuciones que se entregaron al Fondo Mundial superaron los mil millones de dólares estadounidenses por primera vez y alcanzaron la cifra de 1720 millones de dólares estadounidenses en 2008. Sin embargo, las organizaciones multilaterales sólo representan el 25% de todas las inversiones internacionales para el sida.

Sin embargo, lo que es más importante es que más de 70 países reciben más del 75% de la asistencia internacional para el sida de las organizaciones multilaterales. Otros 30 países reciben entre el 50% y el 75% de manera semejante. El Fondo Mundial ha entregado alrededor de 1030 millones de dólares estadounidenses a 136 países de ingresos bajos y medianos. UNITAID ha aportado 265 millones de dólares estadounidenses para la respuesta al sida, que se generaron mediante un impuesto especial en los boletos de las aerolíneas establecido por alrededor de 20 países en 2007.

Para mediados de 2009, casi 2,3 millones de personas que viven con el VIH recibían terapia antirretrovírica de los programas financiados por el Fondo Mundial. Actualmente, UNITAID proporciona tratamiento a más de 170 000 niños, con el objetivo de llegar a aproximadamente 400 000 niños hacia fines de 2010. Gracias a UNITAID y sus asociados, ahora los países en desarrollo disponen de 11 fórmulas pediátricas, y el precio de los medicamentos de calidad para el tratamiento del sida en niños se ha reducido en un 60% desde 2006 hasta ahora.

La asistencia del sistema de las Naciones Unidas a la respuesta al sida se destina mayor-

mente al área del apoyo técnico. Sin embargo, también proporciona apoyo para la ejecución. Por ejemplo, el Programa Mundial de Alimentos fue uno de los primeros organismos en ofrecer alimentos para ampliar el acceso a la terapia antirretrovírica en ámbitos de escasos recursos. La nutrición y la seguridad alimentaria son componentes cruciales de la atención y el apoyo para muchas personas que viven con VIH, en especial en África subsahariana.

El Programa Mundial de Alimentos establece programas sobre el sida en más de 50 países, en los que se aborda el tratamiento, la atención y el apoyo, y la mitigación de las consecuencias para las personas afectadas por la epidemia. En Lesotho, por ejemplo, casi un tercio de las personas que reciben terapia antirretrovírica, junto con los miembros de su familia, obtienen apoyo nutricional de esta institución. “El VIH le ha robado a las familias los integrantes que eran su sostén y ha agregado una carga económica a los hogares pobres”, explica Bhim Udas, Director Nacional del Programa Mundial de Alimentos en Lesotho. “La inseguridad alimenticia dominante en Lesotho dificulta la posibilidad de que las personas que reciben terapia antirretrovírica satisfagan sus necesidades nutricionales”.

AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DE LA AYUDA: HACER MÁS CON MENOS

La mayor parte de la asistencia internacional para el sida se distribuye a través de canales bilaterales, de un gobierno a otro. Se estima que el 69% de la financiación se recibió como ayuda bilateral por parte de países que son miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Otro 23% se desembolsó a través de organismos multilaterales. La financiación privada del sector filantrópico representó el 7% de la asistencia internacional.

Este aumento de los recursos y el aumento correspondiente en el número de actores en el ámbito nacional a menudo sobrepasa los esfuerzos nacionales de coordinar una respuesta inclusiva y multisectorial basada en las prioridades nacionales. El resultado es que se generan acciones verticales y fragmentadas contra el sida, a menudo duplicadas y rara vez

Fuente de la asistencia internacional a los países



Análisis del ONUSIDA fundados en la base de datos en línea del Sistema de Declaración de los Acreedores del CAD/OCDE (última visita: 25 de mayo de 2009).

sostenibles. Esto plantea desafíos significativos para el país receptor, que a menudo debe conjugar los requerimientos de donantes múltiples.

“Nuestra capacidad de continuar constituirá un desafío especial en esta depresión económica. Seríamos tontos si no inaugurásemos una estrategia para intentar atraer otros recursos bilaterales y multilaterales. Debemos ser más inteligentes acerca de cómo pensamos en nuestra función de financiadores. No podemos simplemente participar en sistemas paralelos de intervención. Probablemente éste sea el mayor problema que debo resolver: pensar en cómo manejar esa necesidad creciente y cómo continuar con el compromiso médico, clínico y ético que hemos tomado con los pacientes que ya reciben los medicamentos. Estamos buscando más eficacia mediante el cambio por un sistema de prestación más basado en el país. También debemos tener un nuevo y enérgico diálogo con nuestros asociados mundiales, quienes cuentan con recursos que pueden unirse”, manifestó Eric Goosby, Coordinador Mundial del Sida y Embajador extraordinario, en una entrevista realizada por la revista Science Insider.

En este contexto, es importante que los países tengan un marco para utilizar de manera óptima los recursos en pos de un

objetivo en común. Los principios de los “Tres Unos” del ONUSIDA han sido un buen modelo en muchos países para aumentar la efectividad de la ayuda. Tomemos, por ejemplo, el caso de Malawi. El país ha desarrollado un marco de gestión estratégica, revisado en 2009, que brinda un entendimiento en común de los resultados esperados, productos, consecuencias, mediciones del desempeño y mecanismos de notificación que deben seguir todos los interesados directos clave que participan en la respuesta al sida en Malawi. Durante muchos años, un grupo de donantes ha juntado sus fondos en apoyo de la estrategia nacional para el sida de Malawi y han firmado un memorando de entendimiento que describe las responsabili-

IMPLICACIONES PARA EL FUTURO

dades y los mecanismos de rendición de cuentas de cada asociado. El plan estratégico nacional de 2009 constituye la base para la movilización general de recursos de los donantes.

La crisis económica de 2009 ha afectado la respuesta al sida de muchas maneras. Aunque no está claro si esto debe atribuirse a la falta de recursos o una planificación deficiente, muchos países experimentan recortes de fondos para el tratamiento y los servicios de prevención.

Un rápido mecanismo de respuesta establecido por el ONUSIDA, sus copatrocinadores y sus asociados ayudó a evitar en gran medida el desabastecimiento y la escasez de recursos; sin embargo, en muchos países se ha interrumpido la ampliación progresiva de los programas. Al mirar hacia el año 2010, es importante garantizar que todas las personas en tratamiento, que son más de cuatro millones, continúen recibiendo los medicamentos sin interrupción.

El panorama mundial está cambiando. El G8 ha dado paso al G20. Ésta es una oportunidad para que muchas economías emergentes redefinan su papel en la respuesta mundial al sida. Más del 16% de toda la asistencia internacional disponible

A la par del aumento de las inversiones domésticas en las economías desarrolladas y emergentes, así como en los países de ingresos medianos, es importante que haya sistemas vigentes para garantizar que las organizaciones de la sociedad civil continúen recibiendo financiación para sus actividades.

Muchos gobiernos se resisten a financiar organizaciones de la sociedad civil o a invertir en programas que lleguen a las poblaciones marginales. A menudo, las organizaciones internacionales son su única fuente de financiación.

“Hay una aceptación generalizada de que la sociedad civil es un actor importante en la esfera de la prevención del VIH. Sin embargo, el aporte de financiación de las organizaciones internacionales a la sociedad civil para la prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables llegará pronto a su fin. Dada la falta de apoyo del gobierno a los programas de reducción del daño para los usuarios de drogas inyectables, estamos muy preocupados acerca de cómo hacer para que nuestros programas sigan funcionando”, afirma Pavel Aksenov, Director Ejecutivo de la Red Rusa de Reducción del Daño.

La financiación absoluta de los organismos multilaterales, incluido el Fondo Mundial, es fundamental en 2010. Estos canales representan un sustento clave para los programas de prevención y tratamiento en más de 137 países en todo el mundo. La división aproximada de 50:50 entre las inversiones internas e internacionales en la respuesta al sida se verá en dificultades en 2010.

Si bien hay señales de una recuperación económica en muchos de los principales países donantes, no son uniformes. ¿Esto modificará el patrón de las inversiones? ¿Quién reducirá las diferencias? No es fácil responder a estas preguntas, pero debemos considerar las opciones. La meta del 0,7% de ayuda internacional y la meta de Abuja del 15% para la salud no deben desaparecer, incluso en estos tiempos económicos difíciles.

Las metas de acceso universal pueden cumplirse si los gobiernos aportan el 0,5% de su PIB a la ayuda internacional y mantienen la proporción actual de inversiones para el sida. Es importante que el compromiso decisivo de los EE. UU. de proporcionar 48 mil millones de dólares estadounidenses entre 2009 y 2013 se respete totalmente. Debido a que es el donante individual más grande, cualquier recorte de su participación probablemente tenga consecuencias directas en la vida de millones de personas.

Las consideraciones para los diversos planes de rescate y paquetes de estímulos económicos aprobados por los gobiernos también son válidas para el sida, la salud y el desarrollo: ayudar a las personas. La respuesta al sida ahora necesita un paquete de estímulos, ya que esto puede impulsar los logros y, con el tiempo, hacer que sean irreversibles. ●

PRINCIPIOS PARA LA COORDINACIÓN DE LAS RESPUESTAS NACIONALES AL SIDA.

LOS PRINCIPIOS DE LOS “TRES UNOS” APUNTAN A LOGRAR EL USO MÁS EFICAZ Y EFICIENTE DE LOS RECURSOS Y GARANTIZAR LA ACCIÓN RÁPIDA Y LA GESTIÓN BASADA EN LOS RESULTADOS:

UN MARCO ACORDADO DE ACCIÓN CONTRA EL SIDA QUE PROPORCIONE LA BASE PARA COORDINAR EL TRABAJO DE TODOS LOS ASOCIADOS.

UN AUTORIDAD COORDINADORA NACIONAL SOBRE SIDA CON UN MANDATO DE BASE AMPLIA Y MULTISECTORIAL.

UN SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN CONCERTADO A NIVEL DE PAÍS.

objetivo en común. Los principios de los “Tres Unos” del ONUSIDA han sido un buen modelo en muchos países para aumentar la efectividad de la ayuda. Tomemos, por ejemplo, el caso de Malawi. El país ha desarrollado un marco de gestión estratégica, revisado en 2009, que brinda un entendimiento en común de los resultados esperados, productos, consecuencias, mediciones del desempeño y mecanismos de notificación que deben seguir todos los interesados directos clave que participan en la respuesta al sida en Malawi. Durante muchos años, un grupo de donantes ha juntado sus fondos en apoyo de la estrategia nacional para el sida de Malawi y han firmado un memorando de entendimiento que describe las responsabi-

para el sida se asignó a los miembros del G20. La parte más grande fue para tres países: Sudáfrica, India y China.

Las inversiones del Fondo Mundial en China e India suman un total de más de 461 millones de dólares estadounidenses, lo que representa el 6% de las inversiones para el sida en 2008. Si en estos países aumentan los gastos internos para el sida, se liberarán recursos de manera significativa para otros países. Brasil es un buen ejemplo. La mayoría de los recursos para su respuesta al sida se financian internamente. Mientras que Sudáfrica, India y China están en el número 1, 7 y 12, respectivamente, de la lista de receptores principales de la ayuda para el sida, Brasil está en el número 56.

Laboratorio



INDIA

PROFESIONALES DEL SEXO SE UNEN A LAS ACTIVIDADES DE SOCORRO POR LAS INUNDACIONES

Ashodaya Samithi, una asociación de profesionales del sexo de Mysore, India, realizó una donación al gobierno de Karnataka de 50 000 rupias, que su organización había recaudado en apoyo de las actividades de socorro por las inundaciones. Estos esfuerzos contribuyen a derribar el estigma que enfrentan los profesionales del sexo. El Ministro Jefe expresó que estaba profundamente conmovido por la donación benéfica y manifestó que una donación de esta magnitud significaba más para él que una donación 10 000 veces mayor por parte de fuentes acaudaladas.

ESTADOS UNIDOS

EXTENSIÓN DE LAS REDES SOCIALES DE PARES

Algunas personas que viven con el VIH en siete ciudades de EE. UU. derivaron a pares de sus redes sociales, sexuales o de consumo de drogas para que se hagan pruebas del VIH y reciban servicios de prevención y atención médica apropiada en una eficaz estrategia de alto rendimiento. Este enfoque impulsado por los pares permitió que poblaciones clave en mayor riesgo de exposición al VIH, a las que a menudo no se puede llegar con otras estrategias más convencionales, recibieran pruebas, asesoramiento y servicios de derivación para el VIH. Se acercaron muchas más personas y de grupos con niveles significativamente superiores de infección por el VIH sin diagnosticar que a través de cualquier otra estrategia.

MALAWI

GARANTÍA DE EQUIDAD EN EL TRATAMIENTO

Malawi tiene una política de equidad en el acceso a la terapia antirretrovírica, que incluye supervisar la edad, el sexo y el estado socioeconómico de las personas que se realizan pruebas del VIH y que tienen acceso a los servicios de tratamiento del VIH. Con su programa de tratamiento gratuito por orden de llegada, el análisis de equidad ayuda a identificar las desigualdades que son innecesarias, evitables e injustas. Los programas se han modificado e integrado a fin de reducir los costos del transporte, los alimentos y los días de trabajo perdidos.



INTERNACIONAL

AIDSSPACE.ORG

Una nueva red social en línea reúne a personas, ideas e información en un sólo lugar. AIDSSpace es una comunidad en línea para que los 33,4 millones de personas que viven con el VIH y los millones que son parte de la respuesta al sida se conecten, compartan conocimientos y accedan a los servicios. A través de AIDSSpace, usted puede: conocer y conectarse con otras personas para aprender de su trabajo; intercambiar ideas y descubrir nuevas redes; publicar y compartir políticas clave, estudios de caso, prácticas óptimas, materiales multimedia, afiches de conferencias, informes y otros recursos esenciales; encontrar y publicar trabajos. Inscríbese hoy en www.aidsspace.org.

ESTADOS UNIDOS

INTERCAMBIO DE JERINGAS

La incidencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables en los Estados Unidos se ha reducido a menos de una persona por cada 100 en un año gracias a la reducción del daño. El congreso promulgó una ley que eliminó una prohibición impuesta hace 20 años a la financiación federal para el intercambio de agujas, lo que puede alentar una cobertura de servicio más equitativa en todo el país, reducir el estigma que enfrentan los usuarios de drogas y facilitar un movimiento que integre los servicios para los usuarios de drogas en el sistema sanitario corriente.

CHINA

PROGRESO EN EL TRATAMIENTO

El tratamiento de sustitución de opioides (el tratamiento con mayor relación costo-eficacia disponible para la dependencia de la heroína) ahora se puede conseguir en 66 países y territorios, que incluyen países de ingresos bajos y medianos, como China, Indonesia e Irán. El acceso al tratamiento de sustitución de opioides en las prisiones ha aumentado de cinco países en 1996 a 29 en 2008, lo que es un buen comienzo, si bien queda mucho por hacer para mejorar la cobertura mundial tanto en las prisiones como en la comunidad.



SUDÁFRICA

MENSAJES DE TEXTO PARA EL ASESORAMIENTO Y LAS PRUEBAS DEL VIH

En el proyecto Masiluleke se utiliza tecnología móvil para alentar a los sudafricanos a que se hagan las pruebas del VIH. Todos los días, se envían un millón de mensajes de texto que dicen "Por favor, llámame" en toda Sudáfrica. Esto estimula a las personas para hacerse las pruebas y recibir tratamiento para el VIH. Los mensajes de texto están escritos en idiomas locales y se utilizan para dirigir a los usuarios a la Línea nacional gratuita de ayuda contra el sida. Cuando una persona llama, los representantes de la línea de ayuda ofrecen información sobre los lugares y los servicios de pruebas del VIH. Conocer el estado serológico respecto al VIH es crucial en un país donde casi el 20% de la población vive con el VIH, pero menos del 3% sabe cuál es su situación. Los resultados iniciales del proyecto indicaron que las llamadas a la línea de ayuda se triplicaron durante las primeras tres semanas. Entre los patrocinadores del proyecto, se incluyen Nokia y la Línea de ayuda nacional contra el sida de Sudáfrica.



de ideas



BRASIL

PRESERVATIVOS DE LA SELVA TROPICAL

Una fábrica de preservativos de Xapuri, Brasil, ayuda a detener la propagación del VIH y, al mismo tiempo, quizá también ayuda a salvar la selva tropical. Esta singular fábrica utiliza el látex natural que extraen los caucheros locales y tiene como objetivo proporcionar 100 millones de preservativos por año al gobierno de Brasil. La fábrica es una iniciativa conjunta entre el estado local de Acre, el Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud.

RUMANIA

SUPERVISIÓN DEL DESABASTECIMIENTO DE ARV

A raíz de la crisis económica, 22 asociaciones de personas que viven con el VIH en Rumania se unieron para formar una federación que ha establecido un sistema de alerta ante posibles desabastecimientos. Cuando faltan medicamentos, los miembros se informan entre sí y notifican al Ministerio de Salud. De esta manera, los responsables de formular las políticas pueden actuar rápidamente. La federación ha incluido en la iniciativa a asociaciones de pacientes que viven con otras enfermedades crónicas, que supervisan la situación para una amplia gama de afecciones.



ZAMBIA

NUEVAS COMBINACIONES DE TRATAMIENTO PARA LOS NIÑOS

En Zambia, la terapia antirretrovírica y la profilaxis con cotrimoxazol una vez al día redujeron la mortalidad seis veces en niños infectados por el VIH. Los resultados obtenidos son comparables a los de los contextos de ingresos altos. Sin embargo, incluso con estos excelentes resultados médicos, la mortalidad dentro de los primeros meses de tratamiento permanece alta en los niños infectados por el VIH en África subsahariana.

ESTADOS UNIDOS

¿FÁRMACOS ANTIRRETROVÍRICOS INYECTABLES?

Los investigadores están analizando nanosuspensiones de fármacos antirretrovíricos para determinar su adecuación como fórmulas de acción prolongada que mantengan los niveles sanguíneos del fármaco sin necesidad de tomar comprimidos, tal como lo hacen los anticonceptivos inyectables, ¡una esperanza para el futuro!



INTERNACIONAL

TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

Un nuevo paradigma coloca a la prevención y el tratamiento en la misma secuencia. Los medicamentos antirretrovíricos ya previenen la transmisión del VIH a los bebés y, ahora, se examinan nuevos enfoques para incluir su uso como una posible profilaxis antes de la exposición y como microbicida tópico.



SUDÁFRICA

DIAGNÓSTICO DEL VIH EN NEONATOS Y NIÑOS PEQUEÑOS

Los ensayos simplificados en gotas de sangre seca ahora ofrecen un medio posible y eficaz en función de los costos para el diagnóstico del VIH en neonatos y niños pequeños. En dos centros médicos en Sudáfrica, se descubrió que el diagnóstico y la terapia antirretrovírica en una etapa inicial reducen la mortalidad infantil en un 76% y desaceleran la progresión de la enfermedad relacionada con el VIH en un 75%.

DATO AL INSTANTE

MÁS DEL
29%
DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACCEDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN SUDÁFRICA TUVIERON RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO POSITIVO

UGANDA

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD COMBINANDO LA PROFILAXIS Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO

En un estudio prospectivo de cohorte realizado en Uganda, la combinación de antirretrovíricos y cotrimoxazol redujo la mortalidad en un 95% en comparación con el grupo sin intervención. Se obtuvieron estos resultados a pesar de no haberse programado visitas clínicas de rutina después de la inscripción inicial, y las visitas domiciliarias fueron realizadas por personal capacitado no profesional. La terapia antirretrovírica en adultos también se ha asociado con el beneficio agregado del descenso en las tasas de mortalidad en niños seronegativos de la familia y una reducción en la tasa de orfandad.



Niños nacidos de la esperanza en Viet Nam*

De la mano con su hijo de cinco años, Ngan sale apresurada a las 7:00 a. m. de su pequeña casa en Thanh Xuan, la zona donde vive en Hanoi. Se dirige a comprar algunos comestibles en las primeras horas de la mañana, antes de llevar a su hijo al jardín de infancia, tal como lo hacen muchas otras madres cuando comienza un nuevo día en la ciudad.

Pero la historia de Ngan es diferente: ella es seropositiva y, en estos momentos, está embarazada por segunda vez, en la semana 22 de gestación.

**El ONUSIDA tiene el compromiso de apoyar a los países para eliminar prácticamente la transmisión maternoinfantil antes de 2015.*

Ngan todavía recuerda el estado de shock que le causó enterarse de su resultado seropositivo en un control prenatal de rutina durante su primer embarazo, cinco años atrás. Los meses siguientes, en los que enfrentó sus propios temores y emociones, fueron difíciles. Al mismo tiempo, Ngan sufría la discriminación de la comunidad y de su propia familia. La preocupación de transmitirle el virus a su bebé la acompañaba día y noche.

Gracias al descubrimiento inicial de su estado serológico, Ngan recibió terapia antirretrovírica durante el primer trimestre de su embarazo. Huy, el hijo de Ngan, nació sano, sin VIH, en octubre de 2004.



Ngan está esperando a su segundo bebé. Ngan va al centro de atención Tay Ho Day, donde se hace un control prenatal para asegurarse de que esté todo bien con su embarazo. Su médico le dice que su estado de salud es bueno y que el bebé ahora pesa 450 gramos.



Las mujeres seropositivas de las provincias de Viet Nam que desean ser madres todavía están preocupadas acerca de dónde obtener atención integral antes, durante y después del parto, tanto para ellas como para sus hijos. En el ámbito provincial, se necesita encarecidamente contar con establecimientos obstétricos mejor equipados, cuyo personal tenga conocimientos sobre el VIH y la prevención de la transmisión maternoinfantil.



Ngan se considera afortunada, ya que no ha transmitido el virus a su hijo porque tuvo acceso a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil. Sin estos servicios, las probabilidades de transmitir el VIH al bebé son del 30% al 40%. Con la prestación de servicios integrales de prevención, la tasa de transmisión puede reducirse a menos del 2%.





CRONOLOGÍA DE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

Antes de que atardezca sobre Hanoi, Ngan pasa a buscar a Huy por el jardín de infancia y caminan juntos hacia su hogar por las animadas calles de la ciudad.

Ngan y su esposo, Quang, se ayudan entre sí después de una larga jornada y cocinan juntos en su pequeña casa del distrito Thanh Xuan de Hanoi.

El padre y el hijo juegan juntos después de la cena, pero la tarde todavía no termina para los esposos. Ngan es miembro activo del Club Paloma Blanca, un grupo de autoayuda para personas que viven con el VIH, que cubre el distrito sur de Thanh Xuan. Todas las noches, Ngan visita lugares frecuentados por usuarios de drogas inyectables de la zona.

El equipo del Club Paloma Blanca recolecta jeringas y agujas usadas y distribuye este material estéril a las personas que se inyectan drogas. Su esposo Quang, un ex usuario de drogas, lleva y trae a Ngan mientras su hijo se queda en la casa con sus abuelos.

Ngan y Quang han recuperado la aceptación de sus vecinos porque las personas valoran que lleven una vida sana. Los suegros de Ngan, cuyos otros dos hijos murieron debido al uso de drogas, están orgullosos de su hijo mayor por el apoyo y los cuidados que brinda a su familia.



1994

Se descubre que el AZT reduce la transmisión materno infantil.

1998

Se da comienzo al Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre PTMI a fin de proporcionar liderazgo y orientación a los países.

1999

Se descubre que una dosis única de nevirapina es eficaz para la PTMI.

2000

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas compromete a los estados miembros a cumplir ocho metas con plazos determinados, incluidos los ODM 6 para combatir el VIH.

2001

Ciento ochenta y nueve Estados Miembros firman la Declaración de compromiso en el primer Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Se establece la meta para reducir en un 50% la proporción de neonatos infectados por el VIH antes de 2010.

2002

El ONUSIDA, en colaboración con sus copatrocinadores, desarrolla indicadores centrales para medir el progreso respecto de los objetivos establecidos en la Declaración de compromiso.

2006

Declaración política sobre VIH/Sida, renovación de los compromisos realizados en 2001, así como de los ODM.

La OMS publica directrices en contra del uso de la dosis única de nevirapina, que promueven una profilaxis antirretrovírica más eficaz para la PTMI.

Se publican directivas sobre la ampliación progresiva mundial de la PTMI del VIH.

2007

Se estima que el 34% de las mujeres embarazadas seropositivas recibieron fármacos antirretrovíricos para prevenir la transmisión del VIH.

2008

Se estima que el 45% de las mujeres embarazadas seropositivas recibieron fármacos antirretrovíricos para prevenir la transmisión del VIH.

2009

El Director Ejecutivo del ONUSIDA insta a eliminar prácticamente la transmisión materno infantil antes de 2015.

¿Qué significa para usted la prevención del VIH?

¿Qué medidas de prevención del VIH utiliza o ha utilizado en el pasado?

¿De qué manera la prevención del VIH ha modificado su vida?

PALABRAS PERSONALES: Cuatro personas de diferentes partes del mundo reflexionan sobre lo que la prevención del VIH significa para ellos.

Alexei Voronin*

Alexei Voronin, de 27 años, vive en la pequeña ciudad de Volkhov, en las afueras de San Petersburgo, Federación Rusa. Alexei es seropositivo y ex usuario de drogas inyectables. Está casado desde hace dos años. Su esposa no tiene VIH.

Comencé con las drogas cuando era adolescente. En esa época, lo único que me importaba era conseguir dinero y obtener drogas. Cuando compartía una jeringa con mi hermano mayor, seropositivo, no pensaba en ninguna medida de prevención para protegerme del VIH.

En 2006, después de sentirme muy mal, mi madre me llevó a un hospital especial para enfermedades infecciosas. Allí conocí a un psicólogo de la organización Acción Humanitaria, que me cambió la vida. Sentí deseos de vivir de nuevo, de dejar de usar drogas, de estudiar. Quería comenzar de nuevo, desde cero.

Hoy pienso en lo poco que me preocupaba la prevención del VIH y no lo puedo creer. Me siento mal por todos esos años que perdí. Ahora trabajo como agente de extensión para un programa de reducción del daño en Acción Humanitaria. Mi tarea consiste en motivar a los usuarios de drogas para que visiten nuestro autobús, donde

pueden cambiar las jeringas usadas por jeringas estériles. También pueden ver a un psicólogo y hacerse un análisis de sangre.

Siempre intento motivar a esos muchachos de la calle para que se fijen en algo diferente a su rutina cotidiana. Les pregunto sobre su vida sexual y si usan preservativos para prevenir el VIH y las infecciones de transmisión sexual. Cuando me dicen que no tienen dinero para los preservativos, les ofrezco de inmediato un paquete y les explico de qué puede salvarlos un preservativo. A veces, comparto mi experiencia con ellos y les digo que, por no haber usado ninguna medida de prevención, me metí en un gran lío. Entonces me preguntan “¿Qué clase de lío?”. No les revelo mi estado serológico, pero les hablo de problemas graves de salud que no se pueden curar.

Por un largo tiempo, creí que no podría llevar una vida de familia propiamente dicha después de todo lo que había atravesado. Cuando conocí a Elena, sentí que era la chica de mi vida, pero tenía terror de decirle que era VIH-positivo. Pero ella lo aceptó y nos casamos hace dos años. Lo último que querría es transmitirle la infección por el VIH a mi esposa, por lo que no tenemos relaciones sexuales sin protección. Tampoco hablamos todavía de tener hijos, pero eso será un enorme desafío para ambos.

** Los nombres de este artículo son ficticios, pero las historias son reales.*

Sra. Minh

Nacida en 1977 en Hanoi, la Sra. Minh fue profesional del sexo y usuaria de drogas entre 1998 y 2005. Ahora es una educadora inter pares sobre reducción del daño para profesionales del sexo. Está casada por segunda vez con un ex usuario de drogas inyectables y no tiene hijos.

En 1996, trabajaba como camarera para ganar el dinero suficiente para mí y mi esposo, que en esa época estaba en la cárcel. En un momento, comencé a usar drogas, y como cada vez necesitaba más dinero, decidí comenzar a vender servicios sexuales.

Durante un tiempo prolongado, ignoré totalmente la existencia del VIH y no creía que hubiera un virus así, al igual que mis amigas profesionales del sexo. Nadie nos informó sobre él. Todas creíamos que era algo inventado para amenazarnos y que dejásemos las drogas y el trabajo sexual. La mayoría de mis amigas y yo teníamos relaciones sexuales sin protección con nuestros clientes y compartíamos agujas al utilizar drogas. No tenía conocimiento del VIH hasta que ingresé en un centro de

DATO AL INSTANTE

SE ESTIMA QUE

3,7

MILLONES DE PERSONAS EN EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL SE INYECTAN DROGAS EN LA ACTUALIDAD.

Cuando me dicen que no tienen dinero para los preservativos, les ofrezco de inmediato un paquete y les explico de qué puede salvarlos un preservativo.



Sabía que debía usar preservativos y no compartir agujas para protegerme del VIH.



rehabilitación en 2003, en el que Hanh, mi mejor amiga profesional del sexo, ya había ingresado dos meses antes.

Hanh me dijo entre lágrimas que las pruebas del VIH habían confirmado su diagnóstico y que debía estar en una casa separada. Quedé impresionada por eso y comencé a asistir a cursos de capacitación sobre el VIH en el centro, sabiendo lo afortunada que era por no haber contraído el VIH hasta ese momento. Después de dejar el centro, regresé al trabajo sexual. Sabía que debía usar preservativos y no compartir agujas para protegerme del VIH. Pero el problema era que no siempre podía usar preservativos en el trabajo. Cuando sientes que necesitas drogas, sólo te importa cómo hacer para conseguir el dinero, y si un cliente no quería usar preservativo, yo cedía fácilmente.

Seguí por ese camino hasta 2005, cuando decidí dejar de usar drogas y convertirme en educadora inter pares, gracias a la ayuda de mi familia. Creo que hoy las profesionales del sexo son mucho más afortunadas de lo que lo éramos nosotras gracias a la fuerte respuesta al VIH en Viet Nam. En mi función de educadora inter pares, asesoro a las profesionales del sexo de mi zona acerca de cómo prevenir las infecciones

de transmisión sexual y el VIH. Cada tres meses nuestro grupo de autoayuda organiza jornadas de pruebas del VIH para las trabajadoras sexuales de esta zona en nuestro lugar de encuentro, a fin de que no se enfrenten con el estigma y la discriminación en ámbitos públicos de atención sanitaria.

Cuando mi amiga Hanh y yo reflexionamos sobre nuestro pasado, estamos de acuerdo en que si hubiésemos sabido que las relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas eran tan devastadores, no nos habríamos atrevido, en primer lugar, a exponernos a un riesgo así.

DATO AL INSTANTE

LA PREVALENCIA DEL VIH SUPERA EL **10%** EN 12 DE 14 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA ENTRE LOS VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES.

En mi función de educadora inter pares, asesoro a las profesionales del sexo de mi zona acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

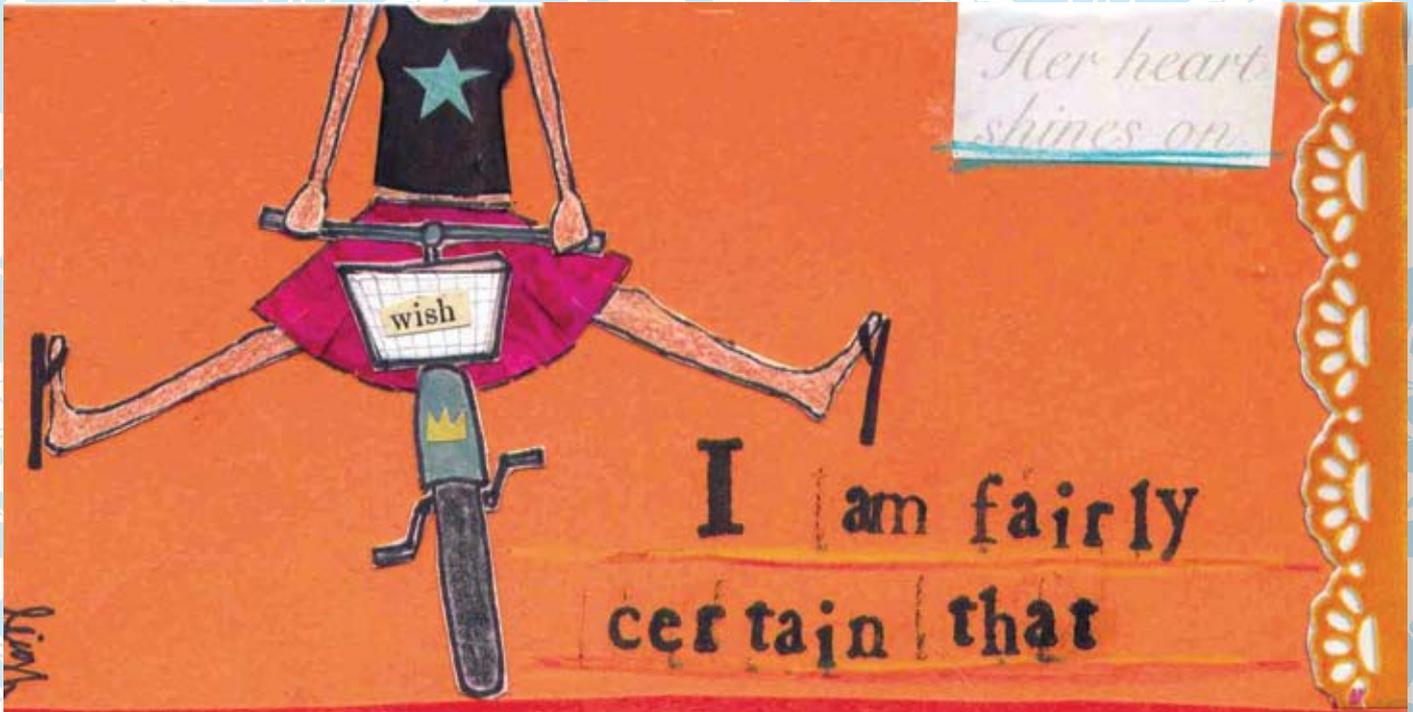
Jovanna Baby

Jovanna Baby tiene 46 años, es brasileña y ha fundado la Asociación de Travestis y Transexuales de Brasil. Actualmente vive en Piauí y lleva sus conocimientos sobre el VIH y los derechos humanos a zonas remotas en la región noreste de Brasil.

Soy travesti desde los 13 años. Nací en Bahía, pero en 1980, cuando tenía 14 años, me mudé a Río de Janeiro. Debía irme, escaparme de la casa de mis padres para poder vivir mi propia sexualidad e identidad de género.

Trabajé como profesional del sexo durante 20 años y siempre he sido muy cuidadosa con mi salud e higiene personal. El uso de preservativos siempre ha sido una práctica constante en mis relaciones sexuales, sean profesionales o sentimentales. Mi comportamiento sexual seguro me ha ayudado mucho. Siempre uso preservativos, siempre. Amo mi vida.

Mi lema es que la prevención es como un “perro guardián”. Yo me cuido y tengo sólo relaciones sexuales seguras, exclusivamente. Esto ha sido una de las mayores contribu-



I am fairly certain that

contribute your unique gift to the world.

Given a Cape and a nice tiara, I could save the world.





ciones a mi autoestima. Poder afirmar que soy una persona seronegativa, incluso después de haber trabajado la mayor parte de mi vida en la industria del sexo, es una recompensa para mí.

La prevención es importante para nosotras, las travestis, a fin de permitirnos llevar una vida más digna. Sabemos que el prejuicio es muy fuerte en Brasil e incluso es peor cuando se trata de personas que viven con el VIH, especialmente si una es travesti.

Es por esto que decidí ayudar a mis compañeros profesionales del sexo y a otras travestis orientándolos sobre el uso de los preservativos como una práctica continua que deben adoptar en su vida. Esta clase de comportamiento los ayudó a conservar una buena salud, así como a tener mayores ingresos en un momento en el que el sida aumentaba temiblemente y los posibles clientes preferían mucho más a los profesionales del sexo que se protegían de la infección. Fue debido a estas actitudes espontáneas hacia mis colegas que decidí organizar un movimiento de travestis y transexuales en Río de Janeiro. Luego fundamos una asociación nacional, con la que hemos logrado mucho, y todavía queda más.

La prevención me acercó un gran caudal de conocimientos, no sólo sobre el VIH sino también sobre mis derechos como ser humano. Me hizo consciente de mis derechos inviolables como ciudadana.



Chengetai Ndlovu

Chengetai es una joven mujer de 28 años, de Zimbabwe. Está casada desde hace cinco años y es madre de dos niños, de 5 y 9 años. Llegó a Sudáfrica hace seis años y trabaja como contadora para una pequeña firma de contaduría sudafricana.

Debo haber tenido 16 años cuando escuché hablar por primera vez sobre la prevención del VIH. Todavía no se aceptaba públicamente porque el sexo no era algo que se hablara en público, de manera abierta. Hubo algunos llamados para que los jóvenes actuaran responsablemente. Cuando nos visitaron miembros de los servicios de transfusión sanguínea del gobierno, quienes nos solicitaban que donáramos sangre, nos informaron acerca de las infecciones de transmisión sexual y el VIH y nos pidieron que nos abstuviésemos de tener relaciones sexuales.

Soy consciente de que el VIH se transmite principalmente a través de las relaciones sexuales. He perdido a amigos y parientes por el VIH y todavía me pregunto si podremos convencernos entre nosotros de que debemos controlar nuestras actividades sexuales y tener prácticas sexuales seguras.

Para mí, la primera medida de prevención es no dejarme tentar nunca por algo que sé que representa un riesgo para mi salud. Me amo a mí misma y deseo estar aquí por muchos años más. El temor al VIH me es suficiente como para mantenerme segura y sé valorar las advertencias. La gran cantidad de vidas afectadas por la epidemia son testimonio suficiente para hacerme dar cuenta de la gravedad de la enfermedad.

La prevención es decisiva ante la falta de una cura para el sida. Según mi evaluación, la prevención del VIH sigue siendo la intervención individual más importante que cualquier sociedad puede poner fácilmente en práctica con éxito garantizado. ●

ÍNDICES INFORMATIVOS

2015

Fecha límite establecida para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

33,4

millones de adultos y niños viven con el VIH en todo el mundo

4

millones de personas en los países de ingresos bajos y medianos recibían terapia antirretrovírica a fines de 2008

71%

de todas las nuevas infecciones por el VIH se produjeron en África subsahariana en 2008

\$25

mil millones de dólares estadounidenses se requirieron para la respuesta mundial al sida en países de ingresos bajos y medianos con el fin de alcanzar el acceso universal, según las metas para 2010 definidas por los países

4,30

por mil es el número de nuevas infecciones por el VIH que se produjeron en niños de menos de 15 años en 2008

60%

de profesionales femeninas del sexo no utilizan preservativos de manera sistemática con sus clientes en China

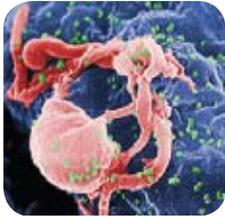
La fuente es la Situación de la epidemia del ONUSIDA y el documento del ONUSIDA llamado Qué necesitan los países: las inversiones requeridas para alcanzar las metas de 2010.

Acceso universal de la A a la Z

EL **ACCESO UNIVERSAL** ES UN COMPROMISO MUNDIAL PARA AMPLIAR PROGRESIVAMENTE EL ACCESO AL TRATAMIENTO, LA PREVENCIÓN, LA ATENCIÓN Y EL APOYO RELACIONADOS CON EL VIH. ESTABLECIDO EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA DE LAS NACIONES UNIDAS DE 2006, EL MOVIMIENTO ESTÁ DIRIGIDO POR PAÍSES DE TODO EL MUNDO, CON APOYO DEL ONUSIDA Y DE OTROS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO, INCLUIDA LA SOCIEDAD CIVIL.

ANTIRETROVIRAL THERAPY (TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA)

Más de cuatro millones de personas en países de ingresos bajos y medianos recibían terapia antirretrovírica a fines de 2008, lo que representa un aumento del 36% en un año y un aumento de diez veces el porcentaje original en cinco años. Sin embargo, al menos cinco millones de personas que viven con el VIH aún no tienen acceso a la atención y el tratamiento que les prolongue la vida. El despliegue de la terapia antirretrovírica también reducirá significativamente la carga de tuberculosis en los países de alta prevalencia.



BEHAVIOUR AND SOCIAL CHANGE (CAMBIO SOCIAL Y DEL COMPORTAMIENTO)

La transmisión del VIH está mediada directamente por el comportamiento humano, de modo que el objetivo final necesario para la prevención del VIH es el cambio de los comportamientos de los individuos y las comunidades que permiten esta transmisión.

CONDOMS (PRESERVATIVOS)

El uso sistemático del preservativo femenino y masculino reduce significativamente el riesgo de la transmisión por el VIH. Los preservativos son un componente clave de las estrategias de prevención combinada que los individuos pueden elegir para reducir los riesgos de exposición sexual al VIH.

DISCRIMINATORY LAWS (LEYES DISCRIMINATORIAS)

Las leyes discriminatorias alimentan el juicio social y segregan aún más a quienes ya son los más marginados por la sociedad, entre ellos, los profesionales del sexo, las personas que se inyectan drogas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones y las personas que viven con el VIH. La reforma de las leyes que se basan en actitudes sociales discriminatorias profundamente arraigadas dará lugar a una legislación que sea una herramienta poderosa y positiva en la respuesta al sida.

EVIDENCE-INFORMED (FUNDAMENTACION EN PRUEBAS)

Las iniciativas de prevención del VIH deben estar fundadas en pruebas y en lo que tiene eficacia conocida y comprobada. Los programas de prevención deben ser diferenciados y adaptados localmente a los respectivos contextos epidemiológicos, económicos, sociales y culturales en los que se ponen en marcha.

FINANCING (FINANCIACIÓN)

Según las metas definidas por los países para 2010, se estima que se requerirá una inversión de 25 100 millones de dólares estadounidenses para la respuesta mundial al sida en países de ingresos bajos y medianos con el fin de lograr el acceso universal. El impacto de la crisis financiera mundial amenaza con hacer retroceder el progreso a duras penas conseguido en la respuesta mundial al sida. Sin embargo, esta crisis también representa una oportunidad para que los países y las organizaciones internacionales trabajen en las reformas tan necesarias y se concentren de nuevo en los resultados.

GIPA

GIPA, siglas en inglés que significan “mayor participación de las personas que viven con el VIH/Sida”, es un principio que apunta a hacer realidad los derechos y las responsabilidades de las personas que viven con el VIH, incluido su derecho a participar en los procesos de toma de decisiones que afectan en su vida. Las personas que viven con el VIH son asociados activos en el movimiento de acceso universal y promueven el concepto de “salud, dignidad y prevención positivas” de diversas maneras, lo que incluye asumir el mando para crear vínculos más fuertes y aumentar la colaboración entre el sector sanitario y las organizaciones de la sociedad civil que ya ofrecen prevención, tratamiento y servicios de atención relacionados con el VIH.

HIV TESTING AND COUNSELLING (SERVICIOS DE ASESORAMIENTO Y PRUEBAS DEL VIH)

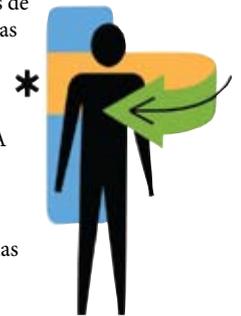
Se debe procurar alentar a las personas a que sepan cuál es su estado serológico respecto al VIH a través del acceso al asesoramiento y pruebas confidenciales. En todos los tipos de pruebas del VIH, se deben conservar los principios de confidencialidad y consentimiento y se debe proporcionar asesoramiento. Estos esfuerzos son necesarios no sólo para mejorar la salud de los individuos, sino también para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo y para establecer respuestas eficaces respecto del VIH.

INTENSIFYING COMBINATION PREVENTION (INTENSIFICACIÓN DE LA PREVENCIÓN COMBINADA)

No existe un único remedio mágico para la prevención del VIH. Los países y las comunidades necesitan usar una combinación de acciones de prevención del VIH comportamentales, biomédicas y estructurales que se adapten a la epidemia real y a las necesidades de quienes están más expuestos. La prevención combinada del VIH significa brindar servicios y programas para los individuos, por ejemplo, promover los conocimientos y las aptitudes necesarias para adoptar comportamientos seguros. La prevención combinada del VIH requiere inversiones en intervenciones estructurales, que incluyen reformas legales para impedir la discriminación contra las personas que viven con el VIH y el cumplimiento de las leyes que prohíben la violencia sexual o de género.

JOINT UN PROGRAMME (PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS)

La prioridad número uno del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) consiste en contribuir al logro de los compromisos mundiales de acceso universal a los programas integrales para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Con ese fin, el ONUSIDA mancomuna los esfuerzos y los recursos de la Secretaría del ONUSIDA y de diez organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.



KNOW YOUR EPIDEMIC & RESPONSE (CONOZCA SU EPIDEMIA Y SU RESPUESTA)

El hecho de conocer su epidemia y su respuesta le permite a los países “adaptar y priorizar su respuesta” al identificar, seleccionar y financiar las medidas de prevención del VIH que sean más adecuadas y eficaces para el país en relación con sus situaciones y contextos específicos de la epidemia.

LEADERSHIP (LIDERAZGO)

El liderazgo es el catalizador del cambio en una comunidad, sin importar su tamaño: la etapa mundial, la congregación de localidades o el gobierno nacional. Sin un compromiso sólido, y sin acciones posteriores a las palabras, no se puede lograr el acceso universal.

MOTHERS AND BABIES (MADRES Y BEBÉS)

El ONUSIDA insta a eliminar prácticamente la transmisión materno-infantil del VIH antes de 2015. Se estima que 370 000 niños nacen con el VIH en África subsahariana cada año y sólo el 45% de las mujeres embarazadas seropositivas reciben profilaxis antirretrovírica en los países de ingresos bajos y medianos. Las pruebas demuestran que la administración oportuna de fármacos antirretrovíricos a las mujeres embarazadas VIH-positivo reduce significativamente el riesgo de transmisión del VIH a sus bebés. En muchos países desarrollados, la transmisión materno-infantil del VIH prácticamente se ha eliminado.



NATIONAL HIV RESPONSES (RESPUESTAS NACIONALES AL SIDA)

Las respuestas nacionales eficaces al VIH adoptan los principios de los "Tres Unos": un marco acordado de acción contra el sida que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados, una autoridad nacional coordinadora sobre el sida con un mandato multisectorial general y un sistema de vigilancia y evaluación concertado a nivel de país. Su puesta en marcha total ayuda a asegurar el uso más eficaz y eficiente de los recursos y a ampliar los servicios de acceso universal.

ORPHANS (HUÉRFANOS)

Más de 15 millones de niños menores de 18 años han perdido a uno o ambos padres debido al sida. Vulnerables a la pobreza, posiblemente necesiten paquetes de apoyo que incluyan alimentos, educación o respaldo para la familia o la comunidad.

POPULATIONS AT HIGHER RISK (POBLACIONES DE MAYOR RIESGO)

El riesgo se define como la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, aumentan y perpetúan el riesgo. Por ejemplo, las relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estado serológico respecto al VIH se desconoce, las parejas sexuales múltiples con quienes se mantienen relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas inyectables con agujas y jeringas contaminadas. Las poblaciones de mayor riesgo varían según el país. Sin embargo, con mayor frecuencia, incluyen profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y varones que tienen relaciones sexuales con varones.



QUALITY CARE AND SUPPORT SERVICES (SERVICIOS DE APOYO Y ATENCIÓN DE CALIDAD)

Los servicios de apoyo y atención de calidad para las personas que viven con el VIH o están afectadas por éste ayudan a reducir las consecuencias sociales y económicas negativas de la enfermedad y a llevar esperanza a comunidades enteras. Sin embargo, la mayoría de las personas de todo el mundo todavía no tienen acceso a estos servicios. Llegar a estas personas es una prioridad mundial.

RIGHTS (DERECHOS)

Hace tiempo que se ha reconocido que la respuesta al VIH debe estar fundamentada en pruebas y basada en los derechos. Las respuestas eficaces al VIH son las que capacitan a los individuos y los grupos para que reivindiquen sus derechos humanos, incluido el derecho a la educación, la información, la libertad, la privacidad y la salud. Las respuestas también se deben fundar en los principios de igualdad y no discriminación.

STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS (FORTELECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD)

Para cumplir el objetivo de acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH es fundamental fortalecer los recursos humanos y los sistemas de salud. El sida es parte de la agenda de salud mundial, del mismo modo que la agenda de salud mundial es parte de la respuesta al sida: ninguna puede funcionar por separado.



TECHNICAL SUPPORT (APOYO TÉCNICO)

El apoyo técnico ha ayudado a eliminar los obstáculos para el logro del acceso universal en muchos países. Contribuye a una mayor eficiencia y eficacia, y en las consecuencias de las respuestas nacionales al sida, y construye capacidades internas y sistemas para obtener respuestas al sida que puedan sostenerse.

UNIVERSAL ACCESS (ACCESO UNIVERSAL)

El acceso universal es un compromiso mundial para ampliar progresivamente el acceso al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. El movimiento, consagrado en la Declaración Política de las Naciones Unidas de 2006, está dirigido por países de todo el mundo, con apoyo del ONUSIDA, de otros asociados para el desarrollo y de la sociedad civil.

VACCINES (VACUNAS)

Pasarán muchos años antes de que se disponga de una vacuna lista para usar. Los resultados del ensayo de vacunas de Tailandia, de fase III, indican una modesta eficacia del 31% en la prevención de las nuevas infecciones por el VIH. Este resultado ha infundido una nueva esperanza para los científicos en el campo de la investiga-

ción de una vacuna contra el VIH. Ante la falta de una vacuna, los esfuerzos de prevención del VIH deben sostenerse y ampliarse.

WOMEN AND GIRLS (MUJERES Y NIÑAS)

Las mujeres y las niñas representan la mitad de las personas que viven con el VIH. En África subsahariana, las mujeres representan aproximadamente el 60% de las infecciones estimadas por el VIH. Garantizar la facultación de las mujeres y la igualdad de género, lo que incluye revertir los factores socioeconómicos subyacentes que contribuyen al riesgo de las mujeres y las niñas de contraer VIH, es fundamental para el éxito de la respuesta al sida y el logro de los ODM.



XDR-TB (TB-XR)

A pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, la tuberculosis, incluida la tuberculosis extremadamente fármacorresistente (TB-XR) y la tuberculosis multirresistente (TB-MR), sigue siendo una de las causas principales de muerte entre las personas que viven con el VIH. A fin de responder correctamente a ambas epidemias y de evitar una fármacorresistencia más generalizada, la atención y la prevención de ambas enfermedades deben ser prioridad en todos los programas contra la tuberculosis y el VIH.



YOUNG PEOPLE (JÓVENES)

En 2008, el 40% de las nuevas infecciones por el VIH se produjeron en personas jóvenes de entre 15 y 24 años. Más del 95% de todas las nuevas infecciones por el VIH en la región de Asia tienen lugar en poblaciones jóvenes de mayor riesgo. No obstante, más del 90% de los recursos para los jóvenes como grupo se gastan en los jóvenes de bajo riesgo, que representan menos del 5% de las infecciones. Se requieren respuestas integrales fundadas en las pruebas para abordar las necesidades específicas de los jóvenes de mayor riesgo. Un requisito previo es la participación de este grupo en el desarrollo de las políticas, los programas y los procesos que los afectan y benefician en forma directa.

ZEROING IN ON SEXUAL VIOLENCE (EN TORNO A LA VIOLENCIA SEXUAL)

La violencia sexual aumenta la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH. Las mujeres y las niñas que sobreviven a la violencia sexual necesitan acceso a servicios integrales de salud y asesoramiento, y cuando es necesario, a servicios para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

LA ÚLTIMA PALABRA

Michel Sidibé comenzó a desempeñar su cargo de Director Ejecutivo del ONUSIDA en enero de 2009. Nativo de Malí, lidera los esfuerzos de las Naciones Unidas para apoyar a los países en la respuesta mundial al sida.

Está a punto de terminar su primer año como Director Ejecutivo del ONUSIDA. ¿Cómo se siente al respecto?

No sé si es posible o no, pero me siento aún más humilde y honrado ahora que cuando me designaron. Veo cada día un cambio real y la perseverancia del espíritu humano en tiempos difíciles. Y esto ha renovado mi compromiso de presionarme a mí mismo, así como de presionar a la organización y al mundo, para obtener aún más resultados. También quiero agradecer al excelente equipo del ONUSIDA, que me ha enseñado e inspirado.

¿Qué problemas ha encontrado?

Permítame mencionar sólo algunos. Las zonas prioritarias desarrolladas por el Marco de resultados son una manifestación directa de lo que he visto este año. El acceso universal sigue siendo la prioridad principal del ONUSIDA.

La crisis económica mundial ha sido un gran problema. He visto cómo afecta a las familias, las comunidades empresariales y los países de todo el mundo. Me complace ver que los países han continuado con las inversiones destinadas a fortalecer las redes de seguridad y proteger a los pobres.

En mi primera visita a un país, que fue Sudáfrica, pude comprobar que la tuberculosis, a pesar de ser una enfermedad curable, sigue siendo una de las causas de muerte más frecuentes entre las personas que viven con el VIH. Hemos visto la revocación de leyes deficientes y hemos sido testigo de que las leyes punitivas continúan discriminando.

He instado a eliminar prácticamente la transmisión vertical (materno-infantil). Creo que podemos llegar al año 2015 casi sin bebés que nazcan con el VIH. También estoy entusiasmado por el futuro de la investigación sobre la prevención del VIH. Creo que hemos visto una nueva inyección de esperanza.

Hay otros conceptos prioritarios en mi lista, que incluyen cuestiones como la violencia contra las mujeres, la prevención del VIH, el tratamiento, la protección social, la necesidad de un nuevo organismo africano para el control de medicamentos, los jóvenes y las personas de mayor riesgo, como los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los usuarios de drogas inyectables y los profesionales del sexo.



¿Qué puede hacer cada uno de nosotros en el Día Mundial del Sida?

La temática de este año es el Acceso Universal y los derechos humanos. Para mí, eso significa hacer todo lo que podamos a fin de ayudar a los países a cumplir sus objetivos de acceso universal para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, al mismo tiempo que protegemos y promovemos los derechos humanos.

En el Día Mundial del Sida, podemos recordar a los hermanos y las hermanas que hemos perdido y renovar nuestro coraje y compromiso para obtener resultados. También deseo comentar que todos se pueden unir a AIDSpace.org, para hallar la forma de participar todos los días, no sólo en el Día Mundial del Sida.

Nos gustaría finalizar con algunas preguntas más livianas...

¿Adónde vivió cuando era un niño?

En el barrio más poblado de Bamako, Malí.

¿Qué hace para relajarse?

Cocino para mi familia y mis amigos.

¿Cuál es su comida favorita?

La feijoada (un plato brasileño con frijoles negros).

¿Cuál es su héroe de la historia?

Kwame Nkrumah, ex presidente de Ghana, quien habló por primera vez de su visión de África unida.

¿Cuál es su pieza musical favorita?

“El último tango en París” del Gato Barbieri, “The Cat” del Jimmy Smith Quartet y el disco “In the Heart of the Moon” de Toumani Diabaté y Ali Farka Toure.

¿Cuál es su recuerdo más feliz?

Haber ayudado a que nazca mi primera hija.

¿Cuál es su película favorita?

“The Magnificent Seven” (Los siete magníficos), con Steve McQueen.

¿Qué lo motiva?

El rostro de los niños necesitados.

¿Qué cualidad humana admira más?

La tolerancia.

¿Qué valora más de sus amigos?

La lealtad y la honestidad.

Si se le pudiera conceder un deseo en la vida, ¿qué pediría?

Paz y amor para el mundo.

¿Qué desearía ser cuando tenga una edad más avanzada?

Anfitrión de televisión, para ayudar a fomentar el debate público.

¿Cuál es su lugar favorito?

Tombuctú, al atardecer.

¿Cuál es su lema?

¡Sólo hazlo!



sida



atención



ACTUALMENTE, SE CONSIDERA QUE LA CIRCUNCISIÓN MASCULINA ES PARTE DE UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH.

Sólo el 45% de las mujeres embarazadas VIH-positivo reciben tratamiento para prevenir la transmisión del virus a sus hijos.



VIH

67%

DE TODAS LAS PERSONAS VIH-POSITIVO VIVEN EN ÁFRICA SUBSAHARIANA.



ASOCIACIONES



CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS

Portada:
ONUSIDA/M. Hamman

The Harsh Divide:
Gideon Mendel, 2003

Página 2 :
ONUSIDA/Justin Mott

Página 3 :
ONUSIDA/Justin Mott

Página 14
ONUSIDA/P.Virot
ONUSIDA/P.Virot
ONUSIDA/O.O'Hanlon
ONUSIDA/J.Wainwright
ONUSIDA/S.Drakborg
ONUSIDA/P.Virot
ONUSIDA/S.Drakborg

Página 16 :
ONUSIDA

Página 17 :
ONUSIDA/P.Virot

Página 19 :
ONUSIDA/M. Hamman

Página 21 :
ONUSIDA/M.Hamman

Página 24 :
Scott Wallace/El Banco Mundial

Página 30 a 33 :
ONUSIDA/Justin Mott

Página 35 :
ONUSIDA/S.Drakborg
ONUSIDA/G.Pirozzi

Página 37 :
ONUSIDA/P.Virot
ONUSIDA/J.Wainwright

Página 40 :
ONUSIDA/N.Lieber



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFFA
UNODC
OIT
UNESCO
OMIS
BANCO MUNDIAL