

contact



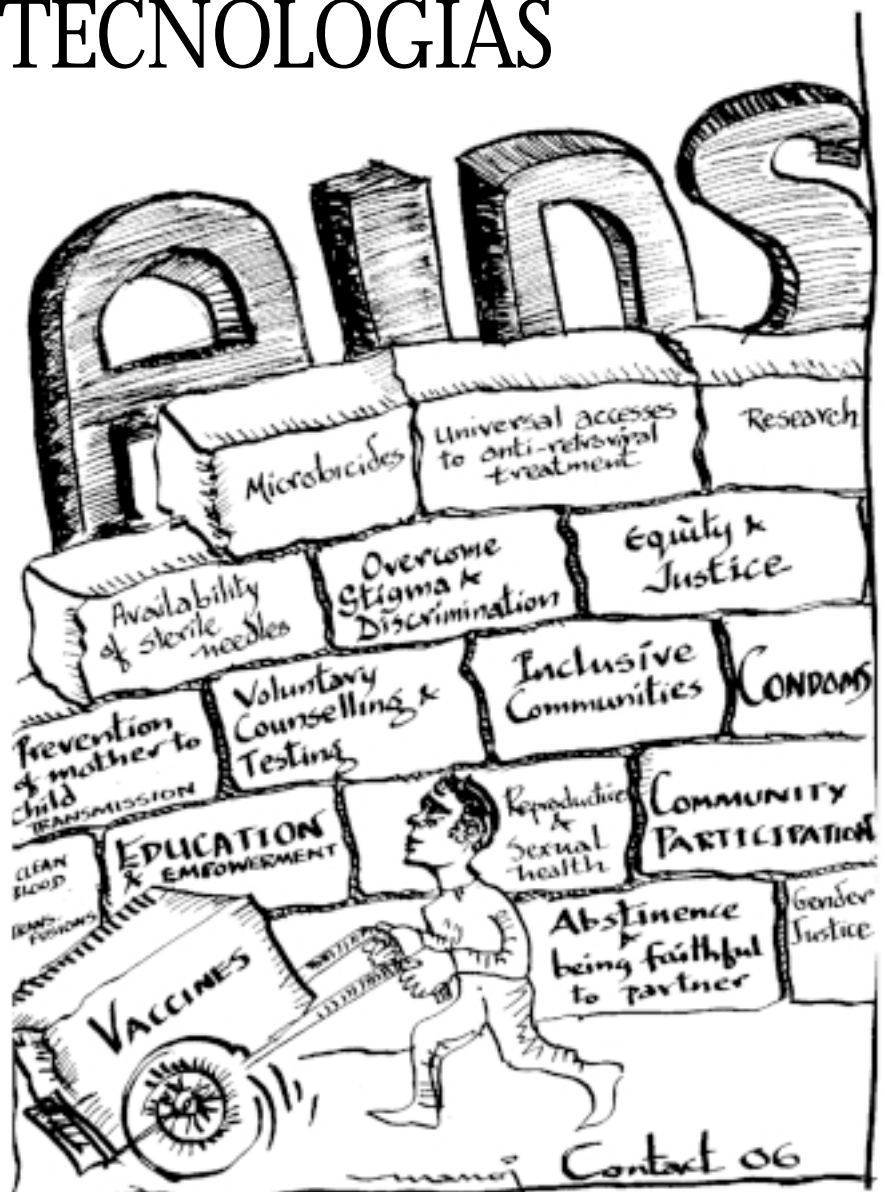
Una publicación del Consejo Mundial de Iglesias

No. **182**

Diciembre 2006

- 2 La importancia de la prevención para las comunidades de fe
Manoj Kurian
- 4 Iglesias encabezando la intensificación de la prevención del VIH
Purnima Mane
- 6 El ABC, AB o SAVE
Manoj Kurian
- 9 Prevención positiva
Kevin Osborne
- 12 Fuera de los Márgenes: Poniendo a la población clave de la pandemia del SIDA, al centro de la lucha contra el SIDA
Joseph O'Reilly
- 15 Profilaxis Post Exposición
Princesa Nothemba Simelela
- 18 Prevención de la transmisión materno infantil del VIH
Peter Ngure
- 22 Una epidemia de estigma y discriminación
Joseph O'Reilly
- 26 Una vacuna contra el VIH: Por qué necesitamos una, esfuerzos y desafíos actuales
Kate Taylor, Andrew Doupe
- 29 Microbicidas y su rol en la prevención del VIH
Rebekah Webb
- 32 Circuncisión Masculina: Un potencial aporte a la prevención del VIH
Daniel T. Halperin
- 38 Lo que viene: La nanotecnología y la prevención del VIH
Gregor Wolbring
- 39 Reflexiones bíblicas: Desafío para los/las cristianos/as para tomar la prevención del VIH de manera holística
Isabel Apawo Phiri

PREVENCIÓN DEL VIH TEMAS ACTUALES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS



LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN PARA LAS COMUNIDADES DE FE

El Consejo Mundial de Iglesias¹ ha sido muy claro en su compromiso para enfrentar el VIH y promover un enfoque holístico, asignándole a la prevención del VIH un rol central.

A principios de 1986 el Comité Ejecutivo del Consejo Mundial de Iglesias (CMI) declaró:

“Admitir que las iglesias como instituciones han sido lentas a la hora de hablar y actuar. Que numerosos cristianos han juzgado y condenado a muchas personas víctimas de la enfermedad. Que a pesar de su silencio, muchas iglesias comparten la responsabilidad por el miedo que ha recorrido el mundo más rápido que el virus mismo y “llamamos a las iglesias a responder de manera apropiada a la necesidad de cuidado pastoral, educación para la prevención y el ministerio social”².

En septiembre de 1996, la declaración integral: “El Impacto del VIH/SIDA y la Respuesta de las Iglesias” fue un hito importante, siendo adoptada por el Comité Central del CMI, sobre la base del proceso de estudio por parte del Grupo Consultivo sobre SIDA³. La declaración expresa:

“Las iglesias pueden hacer mucho para promover un clima sensible, verdadero y abierto a la exploración de los temas éticos impuestos por la pandemia, tanto en sus propias vidas como en toda la sociedad” “... De acuerdo con su énfasis

en la responsabilidad personal y comunitaria, las iglesias pueden promover condiciones -personales, culturales y socioeconómicas- en pos de ayudar a las personas a elegir de manera responsable. Esto requiere un grado de libertad personal que no siempre existe, por ejemplo, las mujeres aún dentro del matrimonio, no tienen la posibilidad de decir “no” o no tienen el poder para insistir en la práctica de medidas efectivamente preventivas como: la abstinencia, la fidelidad mutua y el uso del condón.”

La declaración continúa afirmando:

“Las personas viviendo con VIH generalmente enfrentan el miedo, el rechazo y la discriminación. Estas reacciones contradicen los valores del evangelio, por lo que las iglesias están llamadas a formular y promover una clara política de no discriminación en favor de las personas viviendo con VIH/SIDA.”

Cambios positivos han ocurrido desde entonces.

En el año 2000, el CMI junto con socios ecuménicos e iglesias miembros, lanzó una Alianza Ecuménica de Acción Mundial, la que ha sido muy activa en las campañas para una prevención integral del VIH. El póster mundial para la campaña contra el estigma y la discriminación y el trabajo de seguimiento en las comunidades de fe “han creado cambios en las actitudes que son las que causan el estigma y la discriminación relacionadas con el VIH y SIDA”⁴. El año 2002 el lanzamiento de la “Iniciativa Ecuménica sobre VIH/SIDA en África”⁵, con su delicado componente, originado en un inspirado y riguroso entendimiento teológico del VIH y la necesaria capacitación para el clero y los laicos; han

Contact No. 182
Diciembre 2006
Una publicación del Consejo Mundial de Iglesias
120 Route de Ferney
CH 1211 Ginebra
Telefono: 41 22 791 6323/6324
Fax: 41 22 791 6122

Co-editores:
Andrew Doupe, Manoj Kurian

Diseño y diagramación:
Grzegorz Podlaski

Ilustraciones: Manoj Kurian

Sitio Web:
<http://wcc-coe.org/wcc/news/contact.html>

Para envío de artículos, noticias:
CFH@contactforhealth.org

Producción en español: EPES Chile

Las visiones expresadas en los artículos son responsabilidad de los/as autores/as y no necesariamente representa la visión de la organización.

Esta edición de ‘Contact’ ha sido posible gracias al apoyo y contribución financiera del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

sido importantes para la promoción de la prevención del VIH. Más recientemente, el CMI realizó una campaña en conjunto con la Red de Líderes Religiosos Viviendo con VIH o que están personalmente afectados por VIH y SIDA (ANERELA +, según su sigla en inglés) y la Red Mundial de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+, según su sigla en inglés) para promover una mayor participación de las personas viviendo con VIH en la vida de la iglesia⁶. Esto ha contribuido a una respuesta inclusiva de las iglesias.

Todas estas iniciativas y muchas otras se requieren para superar esta epidemia. Las comunidades de fe tienen aún mucho camino por recorrer para establecer estrategias preventivas, en conformidad con la atención y apoyo que brindan a las comunidades afectadas por el VIH.

En este contexto, nosotros apreciamos enormemente el liderazgo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) por la claridad y el enfoque que han desarrollado a disposición de estrategias integrales de prevención⁷.

Estamos agradecidos del apoyo que ONUSIDA nos ha brindado para la realización de esta publicación. Lo consideramos como parte del mandato de las Naciones Unidas de ampliar el compromiso de la sociedad civil en la

respuesta del SIDA. También lo vemos como una clara invitación, desafiándonos a aumentar el nivel de acción integral, reforzando el cuidado y la prevención del VIH.

Dr. Manoj Kurian, Secretario Ejecutivo del Programa Salud y Sanación, Consejo Mundial de Iglesias.

mku@wcc-coe.org

Notas

- 1 Consejo Mundial de Iglesias (CMI) es una comunidad de iglesias, son actualmente 347, en más de 120 países en todos los continentes, de prácticamente todas las tradiciones cristianas. La Iglesia Católica Romana no es una iglesia miembro, pero trabaja en cooperación con el CMI. El ente rector es la asamblea, la que se reúne aproximadamente cada siete años. EL CMI fue formalmente inaugurado en 1948 en Ámsterdam, Holanda. Su equipo es encabezado por el Secretario General Samuel Kobia de la Iglesia Metodista de Kenia.
- 2 Consejo Mundial de Iglesias (1986). SIDA y las Iglesias. Declaración del Comité Ejecutivo del Consejo Mundial de Iglesias, Reykavik, Islandia 15 al 19 de septiembre 1986. <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-html/executive-committee-1986-e.html>
- 3 Consejo Mundial de Iglesias (1996). El Impacto del VIH /SIDA y la Respuesta de las Iglesias, Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias 12-20 de septiembre 1996. Documento N° 6.2B <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-html/executive-committee-1986-e.html>
- 4 http://www.e-alliance.ch/ns_index.jsp
- 5 <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-e.html>
- 6 Consejo Mundial de Iglesias (2005) El marco para el compromiso- para una mayor participación de las personas viviendo con VIH en la vida de la iglesia. <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/hiv-aids-e.html>
- 7 ONUSIDA (Junio 2005). Intensificando la prevención del VIH: documento de posición de política de ONUSIDA, Ginebra, Suiza. Respaldado por la XVI Asamblea del Consejo Coordinador del Programa ONUSIDA. http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf



Jedzej Chelmski EAA

IGLESIAS ENCABEZANDO LA INTENSIFICACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL VIH

Salvar vidas es el objetivo superior de todos los programas de VIH. Programas de prevención de VIH exitosos usan todos los enfoques conocidos como efectivos, no implementan una u otra acción aislada. Estos incluyen la promoción de la abstinencia sexual, fidelidad en las parejas casadas y el uso del condón para quienes no están en posición de practicar la abstinencia o la fidelidad. Estos programas también abarcan a las personas que usan drogas inyectables permitiéndoles acceso a agujas y jeringas limpias; además de programas de apoyo para ayudarles a dejar la droga. Las estrategias también consideran asegurar que las mujeres embarazadas VIH positivas reciban tratamiento para prevenir la transmisión al que está por nacer. Estas estrategias (ver inserto) fueron respaldadas por el consejo de ONUSIDA el año pasado y son el marco para revitalizar la prevención del VIH a nivel global¹.

Purnima Mane

Combatir el estigma y la discriminación hacia los grupos vulnerables y las personas viviendo con VIH, y asegurar participación en todos los aspectos de la respuesta, es clave para torcerle la mano a la epidemia. ONUSIDA hace suya la declaración del Consejo Mundial de Iglesias (CMI) "el estigma y la discriminación de personas que viven con VIH, son un pecado y van contra la voluntad de Dios". Si esta afirmación es puesta en práctica, las iglesias estarían ayudando considerablemente a los esfuerzos para erradicar la injusta exclusión que sufren día a día, las personas que viven con VIH.

ya son activos actores en el campo de la prevención del VIH. Mientras que ONUSIDA ya está colaborando con las organizaciones de índole religioso en todo el mundo y tiene una estrecha colaboración con el CMI e iglesias individuales, busca expandir su vinculación en los años venideros. Reconociendo la existencia de algunos temas en los cuales diferimos, tenemos una visión común en: la necesidad de promover la abstinencia y la fidelidad; ayudar a las personas a identificar situaciones de riesgo y a tomar medidas para protegerse del VIH cuando se ven enfrentadas a éstas.

Las iglesias pueden y en muchos casos

Las iglesias deben convertirse en fuente fidedigna de información precisa, sobre la sexualidad humana, para sus miembros. Dichos conocimientos son necesarios para entender el VIH así como para prevenir su transmisión. Somos inspirados por muchas iglesias que trabajan con las poblaciones marginadas tales como: usuarios/as de drogas; trabajadoras/es sexuales, y personas jóvenes. Ellos/as son valiosos/as aliados/as para abordar temas como el riesgo y la vulnerabilidad, entregando educación, y a menudo con valiosos conocimientos para trabajar con estos grupos.

Las iglesias han estado en la primera línea en el cuidado a personas viviendo con VIH. En muchos países, las iglesias son quienes proveen la mayoría de las atenciones en salud disponibles y son importantes colaboradoras cuando se trata



Principios de la prevención del VIH eficaz

- Todo esfuerzo/programa de prevención del VIH debe sentar sus bases en la promoción, protección y respeto de los derechos humanos incluida la igualdad entre los géneros.
- Los programas de prevención del VIH deben ser diferentes y adaptarse a los entornos locales, teniendo en cuenta el contexto epidemiológico, económico, social y cultural en el que se ejecutan.
- Las acciones de prevención del VIH deben estar al día de las pruebas y basarse en aquello cuya eficacia se conoce y ha sido demostrada; también debe fortalecerse la inversión destinada a ampliar la base de pruebas.
- Los programas de prevención del VIH deben ser integrales, en cuanto a su alcance y aplicar todas y cada una de las intervenciones políticas y programáticas de reconocida eficacia.
- La prevención del VIH es de por vida; por consiguiente, tanto la prestación de las intervenciones existentes como la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías exigen un esfuerzo sostenido a largo plazo, deberá tenerse en cuenta que los resultados sólo serán visibles a largo plazo y deberán mantenerse.
- La escala, cobertura e intensidad de la programación de la prevención del VIH deben resultar suficientes para marcar una diferencia decisiva.
- La participación comunitaria de aquellos/as a quienes van dirigidos los programas de prevención del VIH, resulta fundamental para cosechar resultados positivos.

de asegurar que la prevención del VIH que esté integrada en los servicios de cuidado y atención en salud que ellas brindan.

A medida que la comunidad internacional se centra en avanzar hacia el acceso universal a la prevención del VIH, y el tratamiento del SIDA, el cuidado y apoyo, de las iglesias y sus socios deben jugar un rol clave en el desarrollo y cumplimiento de los objetivos a nivel país, planes de acción y la puesta en marcha de la implementación de las actividades. Así mismo, a medida que nuevas tecnologías tales como: microbicidas y vacuna, estén disponibles, las iglesias deben jugar un rol importantísimo promoviendo su aceptación. Muchas iglesias se han destacado por trabajar en relativo aislamiento, a menudo en remotas comunidades rurales. Hoy la comunidad internacional espera trabajar en colaboración y en conjunto con las comunidades de fe y reconoce la importancia de su contribución.

Ya que el VIH es un virus transmitido principalmente por vía sexual y la sexualidad es un tema difícil de discutir; ONUSIDA destaca formas innovadoras que algunas iglesias tienen para abordar estos temas. Una iglesia, al darse cuenta que la infidelidad se debía al aburrimiento sexual en el matrimonio, organizó reuniones donde los matrimonios podían discutir este problema, y cómo reparar y mejorar las relaciones sexuales dentro del matrimonio. Muchas organizaciones cristianas han realizado esfuerzos para comprometerse con la prevención del VIH,

por ejemplo World Relief, ha producido materiales informativos muy completos sobre la sexualidad humana²

EL VIH cambiará el mundo, y ya estamos siendo testigos de esto en los países donde más fuerte ha golpeado. Muchas iglesias han comenzado una transformación interna para poder responder a este cambio en el mundo. ONUSIDA acoge este proceso de reflexión y transformación entre las iglesias para que éstas sean más decisivas en estos tiempos de cambio.

Purnima Mane, Directora,
Departamento de Políticas, Evidencia y Asociaciones, ONUSIDA.



Acciones programáticas fundamentales en la prevención del VIH

1. Prevenir la transmisión sexual del VIH.
2. Prevenir la transmisión materno-infantil del VIH.
3. Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas, incluyendo medidas para la reducción del daño.
4. Velar por la seguridad en el suministro de sangre.
5. Prevenir la transmisión del VIH en establecimientos de salud.
6. Promover un mayor acceso al asesoramiento y a las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de la confidencialidad y consentimiento.
7. Integrar la prevención de VIH a los servicios de tratamiento del SIDA.
8. Concentrarse en la prevención del VIH entre los/as jóvenes.
9. Proporcionar información y educación relacionadas con el VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección.
10. Hacer frente al estigma y la discriminación relacionados con el VIH y reducirlos.
11. Prepararse para el acceso a las vacunas y los microbicidas y su uso.

Notas

1. ONUSIDA (Junio 2005). Intensificando la prevención del VIH: documento de posición de política de ONUSIDA, Ginebra, Suiza. Respaldo por la XVI Asamblea del Consejo Coordinador del Programa ONUSIDA. http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf
2. World Relief (2002). Choose Life: A Guide for Peer Educators and Youth Leaders. Choose Life está especialmente formulado para educadores de pares, líderes juveniles y otros que trabajen con grupos juveniles. La guía entrega a los moderadores juegos, preguntas para la discusión y notas sobre cambios de conducta- el objetivo es permitirles poder abordar de manera efectiva el tema del VIH desde una perspectiva basada en los valores. Una historia en serie es relatada, siguiendo las vidas de los jóvenes y sus familias y temas tales como la autoestima, la presión de los pares, la tentación, abuso sexual, y embarazo no deseado. Material especialmente diseñado para grupos de jóvenes entre 15 y 19 años también puede ser aplicable a grupos de otras edades. Para obtener copias contactar a: Joanna Mayhew, Coordinadora de donaciones VIH/SIDA, World Relief 7 East Baltimore Street, Baltimore, MD 21202 USA Fono: 1 443 451 1943 JMayhew@wr.org



Políticas de acción fundamentales para la prevención del VIH

1. Asegurar la promoción y respeto de los derechos humanos, así como la aplicación de medidas necesarias para combatir la discriminación y el estigma.
2. Desarrollar y mantener liderazgo de todos los segmentos de la sociedad, incluidos los gobiernos, las comunidades afectadas, organizaciones no gubernamentales, las asociaciones de índole religiosa, el sector educativo, los medios de comunicación, el sector privado y los sindicatos.
3. Obtener la participación de las personas que viven con el VIH en la formulación, ejecución y evaluación de las estrategias de prevención, abordando las diferentes necesidades de prevención.
4. Tomar en consideración las creencias y normas culturales en reconocimiento tanto del importante papel que pueden desempeñar a la hora de apoyar los esfuerzos de prevención como de su fuerza para propulsar la epidemia.
5. Promover la igualdad entre sexos y tratar las normas y relaciones de género a fin de reducir la vulnerabilidad de mujeres y niñas, incluyendo la participación de varones y niños en el proceso.
6. Promover la diseminación de información y la sensibilización sobre cómo se transmite el VIH y cómo puede evitarse la infección.
7. Promover los vínculos entre la prevención del VIH y la salud sexual y reproductiva.
8. Apoyar la movilización de las respuestas basadas en la comunidad y mediante servicios de prevención, atención y tratamiento.
9. Promover programas destinados a satisfacer las necesidades de prevención del VIH en colectivos y grupos claves afectados por el virus.
10. Movilizar y fortalecer la capacidad humana, financiera e institucional en todos los sectores, especialmente en educación y salud.
11. Revisar y reformar los marcos jurídicos para eliminar los obstáculos para una prevención del VIH basada en las pruebas. Combatir el estigma y la discriminación y proteger los derechos de las personas que viven con el VIH, son vulnerables o están expuestas al riesgo de infección.
12. Asegurar un esfuerzo de inversión en la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías de prevención y fomentarlas.

EL ABC, AB o SAVE

*La estrategia ABC, que significa **Abstinencia, Basar la relación en la fidelidad y Condones** ha sido una estrategia clave en los programas integrales de prevención del VIH. Esta sigla pegadiza y simple tiene el mérito de haber popularizado las medidas de prevención del VIH. Ha traído al primer plano el papel del sexo, en la transmisión del VIH y ha puesto en un lugar destacado la promoción del condón como un componente clave en la prevención del VIH. Del mismo modo, en términos muy claros, ha subrayado el importante papel de las modificaciones conductuales tales como la postergación del inicio sexual y reducción del número de parejas sexuales para contener la transmisión del VIH en las comunidades.*

1

Sin embargo, algunos de los mensajes usados para la prevención del VIH han tenido la desafortunada consecuencia de agregar estigma alrededor del VIH. En algún sentido, la estrategia **ABC** es uno de esos mensajes. La estrategia **ABC** ha demostrado no ser ideal para poder abordar las complejidades de la vida humana, ya que ésta no toma en consideración el tema de género que es de crítica importancia. No aborda el tema de la masculinidad, y su frecuente dañina y violenta expresión. Evita la realidad de las mujeres que son privadas de su derecho a negociar relaciones sexuales. Algunos programas de empoderamiento de mujeres para la prevención del VIH, han agregado a las existentes cargas sobre las mujeres el tema de la negociación de sexo seguro, convirtiéndolo en algo de su exclusiva responsabilidad.

Toda vez que la abstinencia puede ser apropiada en algunas etapas de la vida y la fidelidad es para muchos la alternativa preferida, ninguna de las dos garantiza protección contra la infección en el contexto de la comunidad. No hay duda sobre la validez y la importancia de la abstinencia y la fidelidad. Sin embargo, destacar éstas a

costa de estrategias de prevención integrales y holísticas no nos ayudará a enfrentar las verdaderas causas del VIH.

De acuerdo a algunas interpretaciones de la estrategia del **ABC**, el uso del preservativo pone automáticamente a una persona en la categoría de alguien que no puede ser fiel o no quiere abstenerse. Esto alimenta el estigma y excluye prácticas sexuales más seguras. Aún cuando el enfoque de **ABC** en sí tiene sus limitaciones, a veces es truncada por algunas comunidades de fe quienes, teniendo dificultades en aceptar el rol de los preservativos en la prevención de acuerdo a su conveniencia; han eliminado la "C". ¡Una estrategia **ABC** limitada se convierte en una estrategia **AB** aún más comprometida!

Muchas regiones tienen serios problemas de transmisión del VIH a través del uso de drogas intravenosas. La estrategia **ABC** evita completamente el abordar esta línea de transmisión y otras importantes vías de infección, tales como, la transmisión madre-hijo y transfusiones de sangre inseguras. La estrategia también es incapaz de abordar los temas sociales tales como la pobreza y el rol de las dañinas tradiciones y prácticas en la transmisión del VIH. El enfoque de la **ABC** es también didáctico y menos abierto al diálogo y la participación de las personas viviendo con VIH.

Muchos adherentes a este enfoque, son tan entusiastas que creen saber lo que ellos pueden hacer por las personas afectadas. Las perspectivas también son sesgadas cuando las comunidades de fe hablan entre ellas excluyendo a otros actores de la sociedad civil, quedando en "¡yo rasco tu espalda y tu la mía...yo te pregunto lo que quieras responder y contestarás lo que yo



Una Comparación de los Aspectos Positivos y Negativos de la Estrategia **ABC**

	Ventajas	Desventajas
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sigla simple y pegadiza que ha popularizado la prevención del VIH y ha sido difundida de manera eficiente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El enfoque no es integral ya que esta estrategia sólo aborda la transmisión sexual. No considera otras importantes formas de transmisión (por ejemplo: uso de drogas intravenosas, transmisión materno-infantil, transfusiones inseguras). ■ ABC sólo funciona en inglés y pierde efecto cuando es traducido a otros idiomas.
Comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Destaca la importancia de cambios conductuales tales como el retraso del inicio sexual y la reducción en el número de parejas sexuales (en la fórmula A y B). ■ Poner en primera línea de la prevención del VIH el uso del condón (en la fórmula C). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Es simplista y no estimula a enfrentar los complejos temas involucrados en las estrategias integrales de prevención del VIH. ■ Tiende a dar menos valor a AB y C implicando a los usuarios de condones como aquellos que han fallado en A y B. ■ Susceptible de ser manipulado, eliminando la letra C de condones
Género	<ul style="list-style-type: none"> ■ Necesita de la fidelidad y cooperación de ambas personas. El uso del condón claramente depende de la voluntad de los hombres para usarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Débil desde la perspectiva de género ya que gran parte de la efectividad de ABC depende de los hombres. ■ No empodera a las mujeres, al no darles mayores opciones si la pareja masculina tiene múltiples parejas y/o se rehusa a usar condón.

quiero oír!”

A medida que el enfoque **AB** tiene más proponentes y fuentes de financiamiento, las comunidades de fe deben hacerse a sí mismas difíciles e incisivas preguntas, y buscar alternativas más integrales.

El camino hacia adelante

La Red Africana de Líderes Religiosos Viviendo con o que están Personalmente Afectados por el VIH y SIDA (ANERELA +, según su sigla en inglés) ha desarrollado un nuevo modelo para una respuesta integral, llamado **SAVE** (según su sigla en

inglés: **S**afer practices, **A**vailable medications, **V**oluntary counselling and testing, and **E**mpowerment through education) que es un efectivo reemplazo de la estrategia del **ABC**. El modelo consiste en:

- **S**afer practices: Prácticas más seguras.
- **A**vailable medications: Disponibilidad de tratamiento,
- **V**oluntary counselling and testing: Asesoramiento y pruebas voluntarias.
- **E**mpowerment through education: Empoderamiento por medio de la educación.

La prevención del VIH no puede ser efectiva sin tratamiento, atención y elementos de apoyo para el SIDA. El modelo **SAVE** combina la prevención del VIH y tratamiento para el SIDA, cuidados y elementos de apoyo, al mismo tiempo que entrega un mensaje para enfrentar el estigma.

La adopción del modelo SAVE no implica el abandono de la abstinencia.

'S' de 'prácticas más seguras'.

Incluye la abstinencia así como también una amplia gama de intervenciones en pos de la prevención del VIH, basadas en la evidencia tales como sangre segura para transfusiones; métodos que sirvan de barrera para la relación sexual con penetración; jeringa y agujas estériles para las inyecciones; métodos más seguros de escarificación y adopción de precauciones médicas universales.

Así es como la abstinencia siendo un método confiable para evitar la exposición a infecciones de transmisión sexual, no debe ser presentada de manera aislada. Es muy importante que siempre exista información sobre una amplia gama de acciones para la prevención del VIH basada en la evidencia.

'A' se refiere a disponibilidad de tratamiento.

La Terapia antirretroviral no es, de manera alguna, la única intervención necesaria para las personas viviendo con VIH. Mucho antes de que sea necesario o deseable que una persona comience una terapia antirretrovírica, algunas infecciones oportunistas relacionadas con el VIH necesitarán ser tratadas. El tratamiento de estas infecciones mejora la calidad de vida, la salud y la

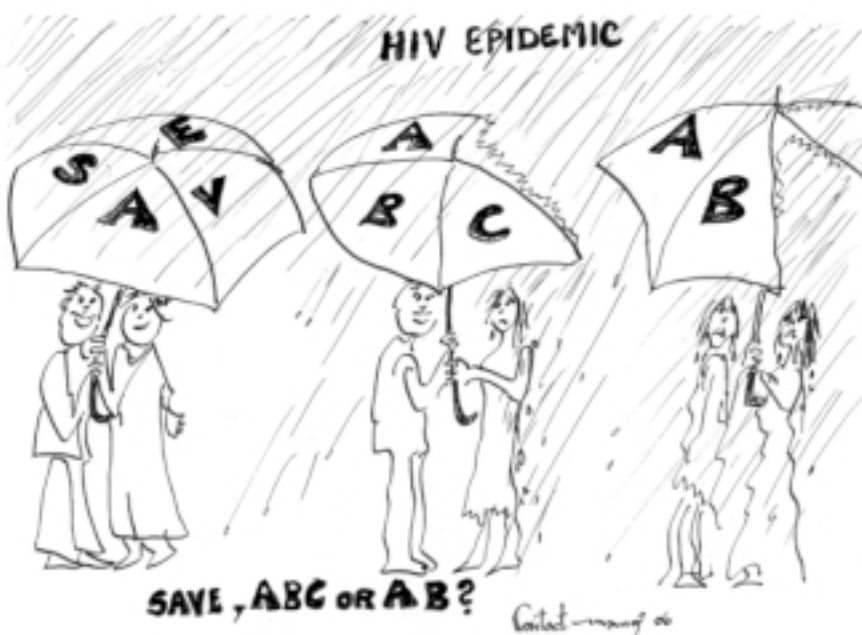
supervivencia a largo plazo. Además, cada persona necesita una buena alimentación y agua limpia, y esto es doblemente válido para las personas viviendo con el VIH.

'V' se refiere a asesoramiento y pruebas voluntarias.

Las personas que conocen su situación con respecto del VIH están en mejores condiciones de protegerse a sí mismos/as de la infección, y si son VIH positivos, de infectar a otros. Las personas que saben que son VIH positivos pueden recibir información y apoyo que les permita vivir de manera positiva. Aquellos que saben que son VIH negativos pueden ser incentivados a unirse a las prácticas seguras, "S". Las personas que ignoran su condición con respecto al VIH o que no se preocupan pueden ser potenciales fuentes de nuevas infecciones por VIH.

'E' se refiere a empoderamiento por medio de la educación.

No es posible tomar decisiones informadas sobre ningún aspecto del VIH, o sexo, u otros comportamientos sin acceso a todas las acciones relevantes. La mala información y la ignorancia son los dos principales factores que influyen en el estigma y la discriminación relacionada con el VIH. Información correcta, libre de prejuicios debe ser diseminada a todo el mundo, dentro y fuera de las iglesias. Esto ayudará a las personas a vivir de manera positiva –independiente de su condición respecto al VIH- y eliminará las barreras que el VIH ha creado entre las personas y dentro de las comunidades. La educación también incluye información respecto a una buena alimentación, manejo del estrés y la necesidad de realizar ejercicio físico.



El VIH es un virus. El desarrollo e implementación de estrategias preventivas del VIH deben basarse en medidas de salud pública y los principios de los derechos humanos. Los patrones conductuales que hacen a las personas susceptibles al VIH pueden tener implicancias morales. Fortalecer el sistema de valores en comunidades sin moralización simplista, es de vital relevancia para fortalecer las estrategias de prevención. Sin embargo, trabajar en contra de las medidas de prevención, científicamente probadas, es al mismo tiempo no ético y un detrimento para la vida.

Dr. Manoj Kurian, Secretario Ejecutivo , Programa de Salud y Sanación. Consejo Mundial de Iglesias. mku@wcc-coe.org

PREVENCIÓN POSITIVA

Algunas personas se sorprenden porque mi esposa y yo somos padres, mientras que otros piensan que fuimos irresponsables. No saben todo lo que investigamos y probamos y las precauciones que tomamos para limitar los riesgos para mi esposa, quien sigue siendo negativa. Cuando le dije a mis padres que esperábamos a un hijo/a, mi madre rompió en llanto y mi padre tuvo que salir a caminar para poder asimilarlo. Era más de lo que soñamos podría llegar a pasar. Lo imposible se hizo realidad.

Christo Greing, un sacerdote VIH positivo de Sud África, quien ahora tiene dos hijas VIH negativas¹.

¿Por qué es necesario ahora la prevención positiva?

Desde la aparición del VIH internacionalmente, hace más de 25 años, mucho se ha aprendido sobre la prevención. El conocimiento respecto de la transmisión del VIH y el papel de medidas claves, para prevenir la transmisión del VIH materno-infantil y las iniciativas para disminuir el daño para usuarios de drogas intravenosas, han cambiado significativamente el panorama de la prevención. Sin embargo, frente a mejores tratamientos, la clave sigue para mantener cambio(s) conductuales siguen siendo ambiguos. El agotamiento de la prevención del VIH es una realidad que no ha sido adecuadamente abordada. El cansancio tanto de parte de las dos generaciones “post SIDA”, para quienes las difíciles batallas ganadas tienen poco sentido al explorar su sexualidad; y para aquellos que han cosechado los beneficios de la terapia antiretroviral, son realidades que nuestros esfuerzos preventivos deben abordar más abiertamente.

Los esfuerzos preventivos “tradicionales” han estado ampliamente dirigidos a quienes son VIH negativos, y es obviamente de vital importancia. Sin embargo, esto ignora las necesidades y el importante rol, de quienes son VIH positivos. El asumir que el conocimiento de la condición de VIH, por sí misma, asegurará de manera permanente una práctica sexual segura ha sido cuestionado por el creciente número de nuevas infecciones en poblaciones donde el VIH aparecía como estabilizado. La agenda del VIH necesita seguir el ritmo a estas nuevas y dinámicas demandas de la epidemia; y esto incluye responder a la realidad del

acceso al tratamiento, el creciente número de relaciones serodiscordantes y la importancia de abordar las necesidades preventivas específicas de las personas viviendo con VIH. Incentivar y apoyar a las personas viviendo con VIH para que vivan “positivamente”, incluye un fuerte reconocimiento a que los temas de amor, vida e intimidad son parte de su realidad.

Las personas VIH positivas, que en gran mayoría desconoce su condición, son el nexo para la futuras infecciones y excluirles de los acreditados esfuerzos preventivos, no es conducente a la prevención global exitosa.

Apoyarse en las lecciones aprendidas sobre, el fortalecimiento de los vínculos entre la prevención del VIH y el tratamiento del SIDA, cuidado y apoyo en un continuo sin fin y sobre el imperativo de un enfoque hacia el VIH basado en los derechos humanos además de la inclusión de iniciativas de la “prevención positiva”, crea una cohesión donde la suma de los componentes es mayor que cada uno de los mismos de manera independiente.

¿Qué es la prevención positiva?

La prevención positiva puede ser definida² como: un grupo de acciones que pueden ayudar a las personas viviendo con VIH a:

- Proteger su salud sexual;
- Evitar otras infecciones de transmisión sexual;
- Retrasar la progresión del VIH y la enfermedad del SIDA; y
- Evitar transmitir el VIH a otros.

La prevención positiva se funda en las realidades y perspectivas de las personas

viviendo con VIH y reconoce que cada individuo tiene derecho a una vida sexual (y reproductiva) productiva, que le brinde satisfacción y placer. Esto requiere del desarrollo de información explícita que permita dar a conocer las opciones que las personas viviendo con VIH (y sus parejas sexuales y recreacionales) toman. Para que la persona se sienta dueña de la prevención positiva, ésta depende y se sustenta en la acción individual.

¿Cuáles son los principios de vida de la estrategia de prevención positiva y como deben ser puestos en práctica?

Los siguientes cuatro principios básicos determinan tanto, la validez como el contenido de un enfoque de prevención positiva:

- *Promoción de los derechos humanos:* Esto debe asegurar el derecho a la privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y declaración voluntaria. La protección de los derechos de las personas viviendo con VIH debe ser garantizado. El estigma y la discriminación, incluyendo la auto estigmatización, hace que la gente se oculte y dificulta aún más la prevención. Un contexto legal, es una piedra angular fundamental en la medida que respalde, facilite y reconozca que las estrategias de prevención basadas en la coerción y criminalización no son la respuesta.
- *Participación de las personas viviendo con VIH:* Las personas viviendo con VIH deben participar de las decisiones que tienen impacto en su vida. De acuerdo con el Principio de Mayor Participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (GIPA)³, el compromiso activo de las personas viviendo con VIH en la determinación de su propia y única realidad de prevención, es fundamental para asegurar la pertinencia, eficacia y aplicabilidad, exitosamente.
- *Comprender la pertenencia y responsabilidad compartida:* De particular importancia es que la prevención positiva ponga la responsabilidad para reducir la transmisión del VIH en todos y eliminar la excesiva carga que pesa sobre las personas que conocen su condición. Es responsabilidad de todas las parejas sexuales el tener un comportamiento

sexual más seguro y responsable – independiente de la condición. Promover una cultura de responsabilidad compartida podría mejorar la comunicación e igualdad al interior de las relaciones.

- *Reconocimiento de la diversidad:* Las personas que viven con el VIH son heterogéneas y representan a todos los sectores de la sociedad. Temas como el de la raza, etnia, género, orientación, edad, idioma, y perfil de riesgo, todos tendrán efecto sobre cómo se diseñan las iniciativas de prevención positiva.

¿Qué es prevención positiva y qué no es?

Mientras hay consenso respecto del propósito de la prevención positiva, aún hay falta de coherencia sobre el término actual. Algunos se han referido a él como “prevención para positivos”, “intervenciones preventivas para personas viviendo con VIH” y “prevención por, para y con las personas que viven con el VIH”. El término “prevención positiva” es a veces también confundido con el desarrollo de animados y motivadores mensajes de prevención primaria del VIH, dirigidos principalmente a personas VIH negativas. Independientemente del término usado, los cuatro pilares de un enfoque de prevención positiva están dirigidos a abordar de manera proactiva las necesidades sexuales y de salud de las personas viviendo con VIH.

Es imperativo que exista información y apoyo en todo lugar, incluyendo centros médicos, centros de tratamiento, centros de planificación familiar, programas de atención domiciliaria y centros comunitarios, sobre temas como el sexo más seguro, embarazo y uso más seguro de inyecciones intravenosas. Mientras que los ambientes hospitalarios son un lugar para intervenciones. La prevención positiva necesita alcanzar las redes, las organizaciones y grupos de apoyo a personas que viven con el VIH. Así mismo, es necesario desarrollar información y apoyo de prevención positiva, específicamente diseñado para entregar, en lugares donde se reúne población particularmente vulnerable (trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas intravenosas). Por ejemplo, información sobre el impacto del uso de drogas

recreacionales (incluyendo la metamfetamina) Cuando se está bajo terapia antirretroviral debe ser parte del paquete de prevención positiva, dirigido predominantemente a hombres gay. O en lugares con alta incidencia del virus herpes simple, entregando información sobre como éste aumenta el riesgo de la transmisión del VIH.

Mientras la prevención positiva necesita abordar los matices específicos sobre qué significa prevención en la vida de alguien específico viviendo con VIH, ésta tiene que ser visualizada como parte del contexto más integral y amplio de la estrategia de prevención. De esta forma la prevención positiva no se convierte en una excusa para desviar la responsabilidad de la prevención hacia personas que ya eran marginales y especialmente vulnerables. Tampoco pretende tener una declaración como punto final en o de sí misma –ya que la declaración no garantiza conducta(s) segura(s). Los programas VIH deben entregar un paquete integral de mensajes inclusivos –independientemente de la condición– lo que podría actuar como una modalidad para reducir el estigma.

¿Qué dice la evidencia?

Existe una escasez de evidencia que consigne los complejos temas contenidos en una estrategia de prevención positiva. Esto es, quizás, indicativo de nuestro fracaso colectivo para reconocer, antes, la importancia de la prevención del VIH para las personas viviendo con VIH.

Sin embargo, las campañas de prevención del VIH exitosas, dirigidas a personas que ya son VIH positivas, pueden funcionar si son correctamente dirigidas. Estrategias de reducción de riesgo dirigidas a personas VIH positivas han tenido, hasta aquí, solamente, un éxito parcial⁴. Un meta análisis de 15 estudios encontró que 13 de estos entregaban componentes motivacionales tales como: apoyo social y entrenamiento de habilidades conductuales. Estas “intervenciones” demostraron incrementar significativamente el uso de condón para sexo anal, oral y vaginal. Pero no había evidencia sobre si las intervenciones motivacionales y conductuales tuvieron algún efecto en el número de parejas sexuales que los individuos VIH positivos tuvieron.

Los programas de intercambio de agujas son parte de un enfoque más amplio de reducción de daño y opera en una amplia variedad de contextos legales. Muchos han argumentado que el respaldo legal y policial es crucial para el éxito de los programas de intercambio de agujas. El acoso policial y la confidencialidad son dos desafíos importantes de cara a los programas de intercambio de agujas⁵. Los datos no respaldan la preocupación sobre que esta intervención, para reducir los riesgos, aumentarían el uso o incentivarían la iniciación de estas conductas.

¿Entonces qué?

Reconociendo el nuevo y cambiante orden mundial, debido a la presencia del VIH, las iniciativas de prevención positivas deben ser transversalizadas en las estrategias de prevención globales. En conclusión, el VIH debe ser comprendido, no temido. La prevención positiva brinda una oportunidad. Ayuda a unir los enfoques de la prevención y el cuidado a quienes viven con y están afectados por el VIH. Ya que en el futuro predecible no tendremos nunca un mundo libre de SIDA, y debido a esto, habremos de encontrar una nueva forma de vivir y amar... y seremos más sabios y valiosos.

Kevin Osborne,

Consejero VIH.

Federación Internacional de Planificación Familiar

KO Osborne@ippf.org

Notas

- 1 IPPF (2005). Fulfilling Fatherhood, experiencias de padres VIH positivo. Una publicación producida por IPPF (International Planned Parenthood Federation- Federación Internacional de Planificación de la Familia) en colaboración con Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+ según su sigla en inglés) <http://www.ippf.org/ContentController.aspx?ID=12630>
- 2 UNFPA, ONUSIDA, OMS y IPPF (2005). Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. http://www.who.int/reproductive-health/stis/framework_es.html
- 3 El principio de GIPA (Greater Involvement of People Living with HIV) fue formalizado en la Cumbre sobre SIDA en París en 1994 donde 42 países acordaron “respaldar una mayor participación de las personas viviendo con VIH a todos [...] los niveles [...] y [...] estimular la creación de marcos legales, políticos y sociales de apoyo”. Esta declaración también expresó la “decisión” de involucrar completamente a las “personas viviendo con VIH en la formulación e implementación de las políticas públicas [y] asegurar la igualdad de protección ante la ley”.
- 4 Smoak ND, Scout-Sheldon LA, Johnston BT & Carey MP (2006). Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior: a meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*; March 41 (3): 374-84
- 5 Sharma M, Panda S, Sharma U, Singh HN, Sharma C, Singh RR (2003). Five years of needle syringe exchange in Manipur, India. *International Journal of Drug Policy*, 12 (5-6): 407-415

FUERA DE LOS MÁRGENES:

Poniendo a la población clave de la pandemia del SIDA, al centro de la lucha contra el SIDA

A fines del año 2005 se estimó en 38,6 millones [33,4 millones – 46,0 millones] las personas que en todo el mundo están viviendo con VIH. En el mismo año se estimó que 4,1 millones [3,4 millones – 6,2 millones] de personas se infectaron con VIH y se estima que 2,8 millones [2,4 millones – 3,3 millones] de personas perdieron sus vidas a causa del SIDA¹. A pesar de tener apenas un poco más del 10% de la población mundial, la África Subsahariana alberga a más del 60% de todas las personas viviendo con VIH –alrededor de 25,4 millones- y el SIDA es la principal causa de morbilidad y mortalidad adulta. Sin un rápido aumento en la respuesta al VIH, la mayoría, sino todas las personas viviendo con VIH en África Subsahariana habrán fallecido para el 2020.

3

Las estadísticas esconden una verdad aún más profunda sobre el VIH que tiene que ver con importantes temas de inequidad, vulnerabilidad y cómo combatir mejor la enfermedad. La epidemia mundial está compuesta por muchas epidemias pequeñas, que a menudo se sobreponen y reflejan los diferentes patrones de riesgo y vulnerabilidad. La carga del VIH no se reparte de manera equitativa en todo el mundo sino que concentra su impacto en regiones y poblaciones, exacerbando el impacto de la pobreza, marginalización y las violaciones de los derechos humanos. Como resultado, dentro de los países, algunos grupos están desproporcionadamente afectados por el VIH. El término “población clave” se usa para referirse a las poblaciones que son relevantes para las dinámicas de la epidemia en un contexto determinado. Dependiendo del contexto del país y la tasa de prevalencia, la población clave puede incluir a hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales, usuarios de drogas intravenosas y hombres privados de libertad. En la mayoría de los países, estas poblaciones tienden a tener una mayor prevalencia de la infección por VIH que la población en general, debido a que se involucran en conductas de mayor riesgo de infección y están entre los más marginales y discriminados de la sociedad.

Al mismo tiempo, la falta de recursos destinados a la prevención del VIH, tratamiento y cuidados para estas poblaciones son desproporcionales al número de personas viviendo con VIH de estos grupos, o el impacto que el VIH tiene en ellos. Este es un serio

problema de mal manejo de recursos y violación de derechos humanos de las personas de estos grupos.

Comprendiendo el riesgo y la vulnerabilidad

Entender la diferencia entre riesgo y vulnerabilidad, es vital para la gente comprometida en la respuesta frente al VIH.

El **riesgo** al VIH puede definirse como: la probabilidad de una persona de infectarse con VIH ya sea a través de sus propias acciones, sabiendo o no, o por medio de las acciones de otra persona. Por ejemplo, inyectarse drogas usando agujas contaminadas o teniendo sexo desprotegido con múltiples parejas aumenta el **riesgo** de una persona de infectarse con VIH.

La **vulnerabilidad** al VIH refleja la incapacidad de una persona o comunidad de controlar su riesgo de infección por VIH. La pobreza, la desigualdad de género y los abusos por parte de funcionarios del estado, incluyendo la policía, son todos factores que incrementan la **vulnerabilidad** de las personas de infectarse con VIH. Muchas poblaciones son vulnerables al VIH: las mujeres y las niñas, las personas jóvenes, los trabajadores migrantes, personas viviendo en la pobreza, gente en situación de conflicto y post-conflicto, refugiados y desplazados internos. Todas estas personas viven situaciones donde tienen menos control sobre su riesgo de contraer VIH del que deberían y los programas deberían priorizar por sus necesidades de prevención.

Tanto el riesgo como la vulnerabilidad deben ser consideradas en la planificación de las respuestas integrales a la epidemia. Sin embargo, la mayor parte de los esfuerzos preventivos de VIH siguen priorizando la reducción del riesgo por encima de la reducción de la vulnerabilidad. Algunos ejemplos:

- Programas que brindan información a usuarios de drogas sobre prácticas seguras de inyección. Sin embargo, los gobiernos detienen a los usuarios de drogas por tenencia de equipos de inyección limpios, lo que aumenta su vulnerabilidad frente al VIH;
- Las organizaciones, que brindan servicios de salud sexual, a las trabajadoras de salud, pero no proveen protección frente a la violencia o coerción para involucrarse en sexo inseguro, fracasan en su misión de entregar una gama integral de intervenciones; y
- Proyectos que buscan educar, a hombres que tienen sexo con hombres, sobre la transmisión del VIH son socavados por la criminalización de la homosexualidad, y el consiguiente arresto y violencia que a menudo enfrentan los gay y otros hombres que tienen sexo con hombres a manos de la policía.

Un enfoque del VIH desde los derechos humanos

Todas estas “falencias de los programas” son de hecho violaciones a los derechos fundamentales de las personas. Los programas de prevención del VIH siguen siendo obstruidos y socavados por estos abusos, y la valoración de la efectividad de intervenciones específicas, permanentemente fracasan en abordar el problema, del hostil y vergonzoso ambiente policial, para responder al SIDA en muchos países.

Como resultado, el abuso a los derechos humanos de poblaciones claves nutren la infección y las violaciones de sus derechos son seguidas por la infección; exacerbando el impacto de la epidemia. Proteger los derechos e intereses de las personas en mayor riesgo de infección por VIH es, por lo tanto, una importante intervención de salud pública, la que puede ayudar tanto a hacer frente a la corriente de nuevas infecciones, como a mitigar el impacto de la enfermedad.

Hombres que tienen sexo con hombres

En pocas sociedades el sexo entre hombres es ampliamente aceptado; en algunas es tolerado; y en muchas es objeto de fuerte desaprobación, sanciones legales y tabúes sociales. La indiferencia social o la hostilidad significan que existen pocos programas de prevención y cuidado para los hombres que tienen sexo con hombres en los países en desarrollo. También significa que se ha hecho poca investigación para: descubrir la tasa de prevalencia; cuántos hombres están en riesgo y cuál es la mejor manera de entregarles la información que necesitan para protegerse a sí mismos y a sus parejas sexuales.

El sexo entre hombres, especialmente la penetración anal sin condón, es una vía transmisora del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Aunque las tasas de prevalencia del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres son altas en algunos países; debido a la relativa invisibilidad del sexo hombre a hombre, la homosexualidad puede ser un factor no reconocido en las epidemias nacionales y regionales.

Donde la prevalencia del VIH es baja, se han los esfuerzos de prevención en personas con comportamientos de alto riesgo de transmisión, tales como los hombres que tienen sexo con hombres; no sólo se protege a esos individuos sino que también se puede contener la epidemia a un costo menor que los costos asociados a una epidemia generalizada. Para hacer esto de manera efectiva se requiere de respaldo tanto para las intervenciones como para reducir el riesgo y la vulnerabilidad.

Actividades para reducción de riesgo pueden incluir distribución de condones y lubricantes entre hombres que tienen sexo con hombres o brindarles educación especialmente dirigida a la promoción de sexo más seguro. Respaldo a los gay y a otros hombres que tienen sexo con hombres para que se unan y se organicen en torno a redes sociales, construcción de solidaridad y promoción de políticas, puede ser una pieza importante para reducir su vulnerabilidad.

Trabajadoras/es sexuales

Las/os trabajadoras/es sexuales son fundamentales para las dinámicas de la mayoría de las epidemias del VIH. El gran número de parejas sexuales, aumenta la posibilidad de exposición al VIH para las/os trabajadoras/es sexuales y/o la posibilidad de exponer a otros/as al VIH.

La prevención del VIH en el contexto del trabajo sexual descansa sobre una gama de factores incluyendo los contextos legales y políticos en el que se da el trabajo sexual; el estatus legal, social y económico de las/os trabajadoras/es sexuales; y la capacidad de las/os trabajadoras/es sexuales de organizarse y de identificar e implementar respuestas efectivas a los desafíos que enfrentan, incluyendo el VIH.

Aunque muchos países criminalizan el trabajo sexual, y por consiguiente el acto de comprar o vender sexo por dinero es penalizado, las/os trabajadoras/es sexuales tienen los mismos derechos humanos que todas las personas, especialmente derecho a la educación, información, los más altos estándares alcanzables de salud, y a estar libres de la discriminación y violencia, incluyendo la violencia sexual.

Desde los inicios de la epidemia del SIDA las/os trabajadoras/es sexuales se han organizado en torno a temas de salud y derechos humanos, y como resultado de esto, algunas organizaciones de trabajadoras/es sexuales han jugado un rol crucial en la reducción del riesgo y vulnerabilidad frente al VIH.

Usuaris/os de drogas intravenosas

El uso de drogas intravenosas se estima que es el responsable de menos de un tercio de las nuevas infecciones fuera de África Subsahariana. A pesar de la importancia de prevenir el VIH entre las/os usuarios de drogas intravenosas, la cobertura de prevención del VIH para esta población alcanza como máximo al 5% en todo el mundo².

Más allá de los riesgos físicos asociados a drogas intravenosas, las/os usuarias/os son vulnerables al VIH debido a su condición social y legal. Irónicamente, en muchos países esto significa que intervenciones contra el VIH, no están legalmente disponibles para las/os usuarias/os de drogas, o que las/os usuarias/os no tienen la posibilidad o la voluntad de acceder a éstas por miedo a la recriminación o a ser detenidas/os.

Personas privadas de libertad

Las prisiones son lugares para el uso de drogas, para prácticas inseguras de inyección, tatuajes con equipos contaminados, violencia, violaciones y sexo desprotegido. Las condiciones en la mayoría de las cárceles las convierten en espacios de riesgo extremadamente alto para la transmisión del VIH, por lo que se les llama "incubadoras" de VIH, hepatitis C y tuberculosis. Son sitios que normalmente están sobre

poblados y ofrecen una nutrición deficiente y acceso limitado a atención en salud. Tanto hombres como mujeres detenidos/as a menudo provienen de poblaciones marginales, tales como usuarias/os de drogas intravenosas o trabajadoras/es sexuales, quienes ya estaban en un alto riesgo de infección.

Los esfuerzos para la prevención y tratamiento del VIH en las prisiones debería ser un componente importante dentro de las estrategias nacionales en contra del SIDA, no sólo por los incuestionables beneficios en términos de salud pública, sino que también como un asunto de derechos humanos fundamentales. Más aún, la mayoría de las personas privadas de libertad en algún momento regresan a su comunidad. Cuando llegan a la prisión, las personas mantienen la mayoría de sus derechos humanos, pierden sólo aquellos que son necesaria y explícitamente limitados debido al encarcelamiento. Conservan el derecho a no ser sometidos/as a castigos crueles e inhumanos, y el derecho a los más altos niveles de atención posibles en salud.

Después de más de 20 años trabajando en la respuesta al VIH, estas poblaciones siguen siendo claves para la dinámica de la epidemia y continúan siendo desproporcionadamente infectadas y afectadas por VIH. Desafortunadamente el compromiso político e institucional requerido sigue siendo inaceptablemente bajo, para abordar inequidades económicas, sociales, de género y otras que alimentan la epidemia del SIDA y exacerba su impacto en personas con estos comportamientos o situaciones,

El incrementar el liderazgo, los recursos y la prevención e incluso los programas de tratamiento será insuficiente a menos que se mejore la capacidad de las personas y comunidades para disminuir su vulnerabilidad a la infección. Lo que se necesita es una radical reorientación de las respuestas a la infección por VIH existentes y el impacto en la mitigación, un enfoque de la prevención reorientado a convertir la reducción de la vulnerabilidad en una prioridad.

Joseph O'Reilly Consejero Mayor de Políticas de la Alianza Internacional sobre VIH/SIDA
joreilly@aidsalliance.org

Notas

- 1 ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial de SIDA
- 2 ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial de SIDA http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN

En teoría, una persona expuesta al VIH durante un asalto sexual u otra actividad que involucre la exposición a sangre, potencialmente infectada u otros fluidos corporales, puede reducir el riesgo de infección tomando drogas antirretrovirales lo antes posible después de la exposición. Un tratamiento conocido como profilaxis post exposición.

La profilaxis antirretroviral después de una exposición ocupacional ha sido una norma de cuidado de los/s trabajadores/as de salud desde los años '80. La profilaxis después de una exposición sexual y otras exposiciones incluyendo el uso de drogas intravenosas, ha sido ampliamente considerada y debatida. Guías prácticas y recomendaciones de políticas para la profilaxis no ocupacional al VIH debe considerar las limitaciones de los actuales conocimientos científicos y la falta de evidencia respecto de la eficacia para respaldar dichas recomendaciones.

La profilaxis post exposición debería considerarse para exposiciones no ocupacionales como: agresión sexual, compartir agujas, lesiones que involucren mordidas humanas donde exista intercambio de sangre, rompimiento del condón, u otras exposiciones. Debido a que no existen estudios clínicos aleatorizados, con control de placebo sobre los cuales basar de manera definitiva la recomendación, las actuales recomendaciones se basan sobre las evidencias de las mejores prácticas y la reflexiva opinión de los expertos en este campo. Varios estudios también respaldan la factibilidad de la profilaxis post exposición¹

Hay muchos factores que considerar al momento de decidir si implementar la profilaxis post exposición o no. Un enfoque general y simple es que cada vez que sea posible, una evaluación del riesgo e iniciación de la profilaxis post exposición debe darse en lugares donde existan servicios de exámenes y consejería voluntaria así como también experiencia clínica en VIH o de fácil accesibilidad por derivación. Los/as pacientes deben ser evaluados/as a la brevedad posible para dar inicio a la terapia para que sea iniciada dentro de los plazos recomendados, lo que generalmente es dentro de 2 horas y no más allá de 72 horas después de la exposición.

Para decidir la recomendación de iniciar una profilaxis post exposición, el/la profesional a cargo debe tomar en consideración los siguientes factores.

Las circunstancias que llevaron a la exposición al VIH

El diagnóstico debe incluir la definición de si el riesgo es un evento aislado, un evento episódico, o un comportamiento de riesgo habitual. La profilaxis post exposición es recomendada en situaciones donde hay una exposición aislada (sexual, agujas o lesión); sin embargo, no puede ser descartada solamente sobre la base de comportamiento(s) de alto riesgo repetido(s). Las personas que se presentan con comportamiento(s) de alto riesgo repetido(s) o por repetidos eventos de profilaxis post exposición deben ser el foco de intervenciones educativas y preventivas intensas.

Grado de riesgo de transmisión basado en el tipo de exposición

Establecer el grado de riesgo de transmisión del VIH es un factor importante para guiar tanto al/la paciente como al/la profesional que toma la decisión en relación a la administración de la profilaxis post exposición. El personal de salud debe tener una conversación franca con él/la paciente en relación a sus actividades sexuales, si comparte jeringas y otras actividades que potencialmente pueden exponer a sangre y otros fluidos corporales².

La evaluación también debe considerar la presencia de otros factores conocidos, como propiciadores del riesgo de transmisión, tales como lesiones en el sitio de la exposición y en el caso de exposición sexual, la presencia de úlceras genitales y/u otras infecciones de transmisión sexual..

(i). Exposición al VIH a través de lesiones por pinchazos de agujas.

Las lesiones por pinchazos de agujas fuera del ambiente hospitalario pueden requerir

de una inmediata profilaxis post exposición. Los factores a considerar en esta instancia incluyen la fuente potencial de la aguja, tipo de aguja, presencia de sangre y penetración en la piel. La vacunación para prevenir el tétano puede ser indicada en casos de lesiones por pinchazos de agujas que ocasionen heridas.

(ii). Exposición al VIH a través de mordeduras.

La transmisión del VIH como consecuencia de una mordedura es considerada como extremadamente escasa. Aunque han informado de muchos casos de mordeduras, los pocos casos documentados de posible transmisión del VIH, después de exponerse a una mordida humana, fue en adultos expuestos a saliva teñida de sangre³.

(iii). Exposición al VIH a través de un ataque sexual.

Cuando sea posible, los/as sobrevivientes de una ataque sexual deberían ser atendidos/as en el servicio de urgencia donde existan todos los recursos médicos apropiados. La recomendación de profilaxis post exposición debería ser informada de manera simple y clara a él/la paciente teniendo en consideración su estado emocional y la posibilidad de comprender la naturaleza de la intervención. Si él/la sobreviviente está muy distraído/a como para involucrarse en la discusión sobre si iniciar o no la terapia, debería ofrecérsele la primera dosis de medicamentos y dejarle citado/a para una visita dentro de tres días. Los paquetes de inicio con medicamentos deberían estar disponibles en estos establecimientos para iniciar rápidamente la profilaxis post exposición después de un ataque sexual. La anticoncepción de emergencia y los tratamientos de infecciones de transmisión sexual se han convertido en parte de los protocolos médicos estándar en muchos países⁴.

Examen inicial para pacientes que se presentan con exposiciones de riesgo.

Debe realizarse un examen de VIH de la persona expuesta. La profilaxis post exposición no debe ser retrasada dependiendo de los resultados de las pruebas de VIH. La negación para someterse a los exámenes básicos no



debe impedir el inicio de la profilaxis post exposición. Los riesgos y beneficios de la intervención deberían ser cuidadosamente presentados y brindar consejería y apoyo permanente. Un examen rápido de VIH es el método preferido para estas situaciones ya que puede identificar de manera inmediata a personas previamente infectadas y así evitar riesgos innecesarios, debido al inadecuado inicio de profilaxis post exposición. Consejería y derivación para posteriores atenciones debe darse a pacientes que resultan positivo en la prueba inicial.

Recomendaciones para la profilaxis post exposición

La profilaxis post exposición debería iniciarse de manera ideal dentro de 2 horas y no más allá de 72 horas después de la exposición. Deben ser discutidos los temas relacionados con los potenciales beneficios, eficacia no demostrada, potenciales efectos secundarios, la necesidad de cumplir con el tratamiento, los signos y síntomas de la infección primaria de VIH, así como también la necesidad de monitoreo de laboratorio y clínico, y de seguimiento. El protocolo recomendado para la profilaxis post exposición consiste en zidovudina más lamivudina junto con inhibidor de proteasa, todos por vía oral:

Zidovudina 300 mg dos veces al día
Lamivudina 150 mg dos veces al día
Más una de las siguientes:

Tenofovir 300 mg diarios o
Nelfinavir 750 mg tres veces al día o
Nelfinavir 1250 mg dos veces al día o
Lopinavir/ritonavir 3 cápsulas dos veces al día o
Saquinavir 1000 mg/ritonavir 100 mg dos veces al día o
Indinavir 800 mg diarios

Alternativas para las primeras dos drogas son:

- En vez de zidovudina use stavudina -40 mg dos veces al día para personas que pesan más de 60 kg., 30 mg diarios si el peso es inferior a los 60 kg.
- En vez de lamivudina usar didanosina -400 mg diarios para

personas que pesan más de 60 kg., 250 mg diarios si el peso es inferior a 60 kg.

Antes de comenzar, debería tomarse una muestra de sangre para un hemograma completo (recuento diferencial y plaquetas) y exámenes de la función hepática. Estos servirán de base para monitorear los efectos secundarios. La profilaxis debe ser tomada por cuatro semanas.

Seguimiento y acompañamiento

La atención post exposición incluye la atención simultánea a múltiples temas: el estado emocional, el cumplimiento del régimen de profilaxis post exposición, monitoreo de los potenciales efectos adversos y exámenes seriados de VIH para excluir la adquisición de la infección.

Recursos

New York State department of Health AIS Institute (2002)
HIV Prophylaxis Following Occupational Exposure.
Disponible en: www.hivguidelines.org

Centres for Disease Control and Prevention (1998).
Management of posible sexual, injecting-drug-use or other non-occupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy, MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47 (RR17): 1-14. Disponible en: www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr471.pdf

Dra Princess Nothemba Simelela,
Directora, Acompañamiento y
Conocimiento Técnico Federación
Internacional de Paternidad Responsable
nsimelela@ippf.org

Notas

- 1 Kahn Jo, Martin JN, Roland ME, et al. Feasibility of post-exposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injecting drug use exposure: The San Francisco PEP Study. *J Infect Dis*; 183:707-714
- Schechter M, Lago RF, Ismerio R, et al. Acceptability, behaviouraIImpact, and posible efficacy of post-sexual-exposurechemoprophilaxis (PEP) for HIV. 9th Conferecne on Retroviruses and Opportunistic Infections,; Seattle, Washington; February 24-28; 2002
- 2 Para mayor información, dirijase al centre for Disease Control pauta de prevención disponibles en <http://www.cdc.gov/hiv/resources/guidelines/index.htm>
- 3 Vidmar L, Pijack M, Tomazic J, et al. Transmisión of HIV-1 by human bites. *Lancet*; 347:1762-1763
- Petty I, Anderson G, Sweet D. Human bites and the risk of human immunodeficiency virus transmission. *Am J. Forensic Med Pathology* 199;20:232-239
- 4 Para mayor información sobre anticoncepción de emergencia: <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/1fp/1special/1special.htm>

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH (PTMI)

Introducción: recientes aumentos en las tasas de sobrevivencia infantil son amenazados por la epidemia del SIDA. Cada año alrededor de 600.000 infantes, la mayoría de ellos de África Subsahariana, nacen o se convierten en VIH-positivos/as como resultado de la transmisión materno infantil del VIH. El creciente número de niños/as VIH positivos/as pone una enorme carga sobre las familias y los sistemas de salud. La transmisión materno infantil del VIH puede ser reducida en gran medida, expandiendo los cuidados prenatales y obstétricos, consejería y pruebas voluntarias de VIH, acceso a la terapia antirretroviral, y el uso de sustitutos de la leche materna, o amamantamiento exclusivo.

5

La experiencia de Kenia

En Kenia, el SIDA fue declarado una epidemia nacional en 1999. Más de 2,5 millones de personas viven con VIH, alrededor del 15% de la población adulta. Además de los cerca de 220.000 niños/as VIH positivos/as, hay alrededor de 1 millón de huérfanos del SIDA. Las repercusiones sociales y económicas son devastadoras y están revirtiendo los difíciles logros en el desarrollo y en la sobrevivencia infantil, obtenidos desde la independencia. Estudios kenianos muestran un aumento de nueve veces el riesgo de muerte para los/as niños/as VIH positivos/as, en comparación con los/as niños/as VIH negativos/as¹ y aproximadamente el 50% de los/as niños/as VIH positivos/as mueren antes de cumplir dos años. En caso de fallecimiento de la madre, existe un riesgo ocho veces mayor de que él/la infante muera independiente de su condición de VIH.

La transmisión materno infantil del VIH es responsable de la mayoría de las infecciones por VIH en niños/as. Los/as bebés pueden contagiarse durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento. Servicios para la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) fueron introducidos en un plan piloto. Las lecciones obtenidas de este piloto fueron usadas para iniciar el programa nacional en el 2001 y hoy más de 759 servicios públicos proveen los servicios del programa PTMI. El creciente número de servicios de salud que ofrece el programa de PTMI significa que el número de mujeres embarazadas que reciben consejería, se ha testeado y reciben tratamiento aumenta de manera progresiva de un poco más de 1.000 en 2001 a sobre 265.000 en 2004, 22% de todas las mujeres embarazadas.

Se estima que el 60% de las mujeres embarazadas que asisten a controles de salud prenatal, actualmente, reciben consejería y pruebas de VIH. El uso de Nevirapina en los consultorios de atención prenatal es de alrededor de un 38% y ha habido mucho progreso hacia la meta nacional de brindar los servicios de la PTMI en al menos el 80% de todos los servicios de atención prenatal al 2007².

Un Grupo Técnico Clínico de Prevención de la Transmisión Materno Infantil fue establecido a comienzos de 2000 por el Programa de Control de ITS y VIH/SIDA para dar las pautas al gobierno y al Ministerio de Salud sobre las principales tendencias del servicio para la PTMI. El programa nacional de PTMI, lanzado en

Estadística Nacional de los servicios de PTMI 2005 y administración de Nevirapina

Provincia	Sitios	Consejería y pruebas de detección a madres	Nevirapina Madre	Nevirapina Infantil
Central	139	50.130	876	688
Costa	100	41.938	1.462	859
Este	124	2.531	697	882
Nairobi	130	114.158	5.700	4.178
Noreste	17	3.695	33	6
Nyanza	139	55.707	5.374	4.697
Valle Rift	220	69.675	2.685	1.735
Oeste	57	35.093	1.030	706
Total	926	372.927	17.857	13.751

agosto de 2002, está siendo implementado a través de los servicios de salud del gobierno, especialmente los hospitales de los distritos y los centros de atención de salud. Quienes también se han hecho parte, especialmente organizaciones basadas en la fe y organizaciones no gubernamentales, han jugado un rol clave en la implementación.

El Programa PTMI ha adoptado la estrategia de cuatro etapas de la OMS para la prevención prenatal del VIH:

- Prevención del VIH en mujeres, especialmente mujeres jóvenes;
- Prevención del embarazo no deseado en mujeres VIH positivo;
- Prevención de la transmisión materno infantil del VIH positivas, y
- Acompañamiento a la madre y la familia.

La actual meta nacional de la PTMI es asegurar que el 80% de la mujeres en Kenia accedan a los servicios del programa PTMI. Los objetivos del PTMI Nacional son:

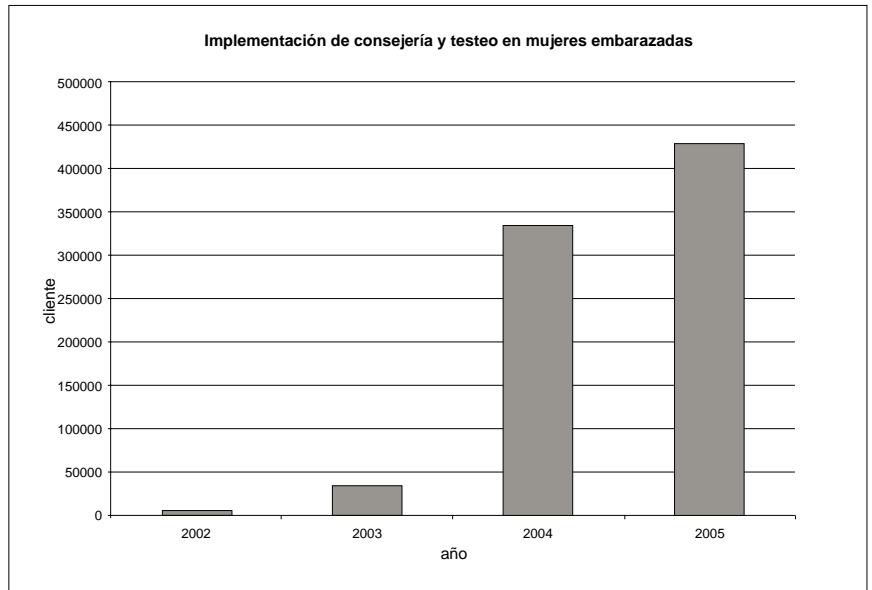
- 80% de las mujeres que asisten a control prenatal tengan acceso a los servicios del PTMI al 2005;
- 80% de implementación de consejería y pruebas de detección del VIH en cada dependencia de salud;
- 80% de implementación de terapia antirretroviral profiláctica en cada servicio de salud; y
- 50% de prevención de las infecciones por VIH en niños/as al 2010.

Para poder asegurar la construcción de capacidad y la consistencia en los servicios del PTMI, un currículo nacional de entrenamiento de PTMI fue desarrollado para que los servicios PTMI brinden:

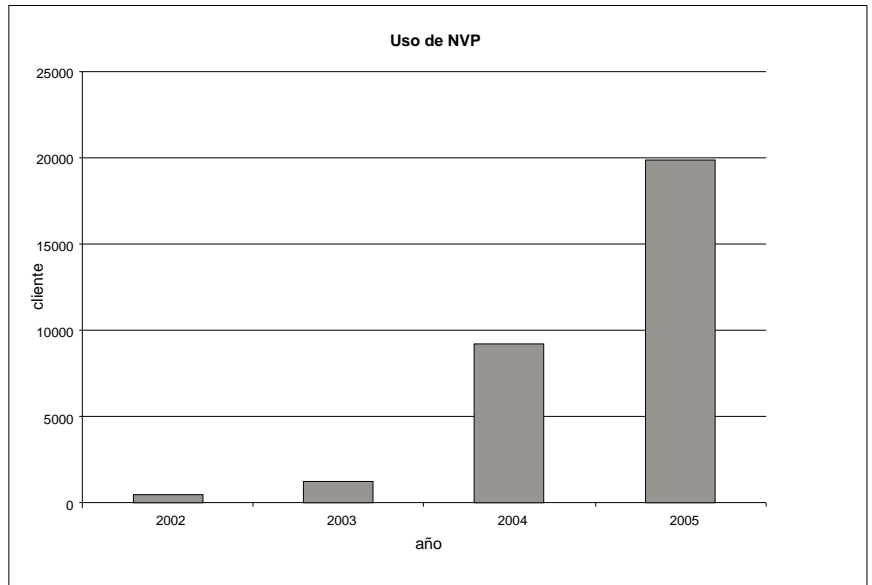
- Conocimientos y habilidades básicas adquiridas en VIH y la transmisión materno infantil, consejería y pruebas de detección del VIH y reducción de el estigma y discriminación por VIH; y
- Entrega de servicios del programa de PTMI. Establecer vínculos para una permanente atención y cuidado para las personas viviendo con VIH. Entender el monitoreo y evaluación del programa.

Todos/as quienes son parte del programa PTMI deben ser capacitados/as y certificados/as.

Implementación de consejería y testeo en la PTMI a nivel nacional



Uso de Nevirapina a nivel nacional



Actualmente Nevirapina es la mejor opción disponible para las naciones con recursos restringidos. La dosis de Nevirapina es de 200 mg por madre al inicio del trabajo de parto y 2 mg para él/la bebe dentro de las 72 horas de nacido/a³.

Asociación Cristiana de Salud de Kenia (CHAK, según sus siglas en inglés)

La Asociación Cristiana de Salud de Kenia es una red ecuménica nacional de Iglesias Protestantes y sus servicios y programas de salud. CHAK sirve y asiste a las Unidades de Salud de sus Miembros/as en su implementación del Ministerio Holístico de Salud de Cristo a través de la promoción, construcción de capacidad,



Mentores en terreno y capacitación para la PTMI en el Hospital Nazareth: entrenadoras en PTMI del Secretariado de CHAK otorgan un premio a la mejor participante.

apoyo técnico, construcción de redes, programas de salud innovadores y testimonio por una nación justa y saludable. Los valores que guían y motivan a CHAK y sus Unidades de Salud Miembros, son tomados de las enseñanzas de la Biblia sobre salud y sanación siguiendo el ejemplo de Cristo y las enseñanzas de amor y santidad de la vida humana. Los valores se basan en el testimonio cristiano siguiendo el ejemplo de Cristo y la Gran Compasión para llegar a todas las personas, para enseñar, predicar y sanar. Los servicios son guiados por la ética y estándar profesional, y el principio de la

buena mayordomía y responsabilidad hacia los/as miembros/as y asociados/as.

Programa de PTMI de CHAK

Las instituciones de salud de CHAK proveen aproximadamente el 20% de la atención en salud en Kenia. CHAK coordina la entrega de servicios de salud en 435 centros de salud de los cuales 25 son hospitales. Como un importante proveedor de atención en salud y como una organización basada en la fe, CHAK tiene enormes responsabilidades y también una inigualable ventaja estratégica en la respuesta al SIDA. La meta general del Programa de VIH/SIDA de CHAK es reducir la transmisión del VIH, mejorar la calidad de vida tanto de las personas que viven con el VIH como de las personas afectadas a través de la entrega de los servicios de PTMI y atención integral, por ejemplo, en la prevención del VIH y el tratamiento del SIDA, atención y paquetes de apoyo.

El primer proyecto de PTMI de CHAK en el Hospital de Kijabe fue inicialmente apoyado por la Fundación de Ayuda Para Niños/as y SIDA Elizabeth Glazer en el 2000. La administración del proyecto fue posteriormente transferida a la Secretaría Ejecutiva de CHAK lo que permitió llevarlo a 12 hospitales. En el 2004, se implementó en 20 centros de atención primaria de salud, bajo la supervisión de los hospitales. El proyecto PTMI del Consejo de la Misión

Servicios prestados por CHAK a través de las Unidades de Salud Miembros del Programa de Prevención de la Transmisión Materno Infantil 2003-2005

Indicadores	2003	2004	2005	Total
Nuevos pacientes APN*	13.256	14.988	24.976	53.220
Examinadas APN	6.278	9.533	13.347	29.058
APN Positivo	300	499	944	1.743
APN Madres NVP	162	271	494	927
APN Infantes NVP	126	178	264	568
Partos	12.573	11.372	17.896	41.847
Madres examinadas en maternidad	467	1.612	2.689	4.768
Maternidad positiva	73	85	311	469
Maternidad Madre dosis NVP			253	253
Total partos	15.868	2.082	17.950	35.900
Mujeres maternidad VIH positivas	245	70	315	630
Maternidad Infante dosis NVP	117	149	175	441

*APN: Atención Pre Natal

Médica Católica "Nacer para Vivir" se inició después de que CHAK oficiara de anfitrión del primer taller para compartir la experiencia PTMI desde la fe en marzo de 2003. Basado en un trabajo conjunto entre la Conferencia Episcopal de Kenia y CHAK, se decidió que el Consejo de la Misión Médica Católica implementaría los servicios de PTMI en 20 unidades de salud de CHAK, en respuesta a las crecientes necesidades. CHAK ha introducido los servicios de PTMI, hasta ahora, en 65 servicios públicos de salud miembros y tiene planificado llegar a 100.

Lecciones aprendidas

El trabajo de CHAK ha producido algunos conocimientos sobre cómo proceder, lo que incluye:

1. La PTMI debe ser la norma en la atención en salud madre hijo/a. Los/as trabajadores/as de salud y los/as pacientes deben ver el servicio de PTMI como parte rutinaria de la experiencia de atención de salud madre hijo/a.
2. La movilización comunitaria es necesaria para influir en las actitudes públicas. Fortalecer los vínculos entre los centros de salud materno infantil, fuentes externas de atención en salud y la comunidad, incluyendo otros sectores públicos de servicios de salud, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los/as trabajadores/as laicos/as, las familias, los maridos, las iglesias, y los/as líderes comunitarios/as.
3. Facilitar el acceso a atención en salud integral a las madres y familias, lo que

puede asegurar la continuidad de la atención y crear esperanza reduciendo así el estigma.

4. La ampliación y sustentabilidad, requiere de una mayor cobertura para los centros de atención primaria menores de salud, capacitación en servicio para parteras no capacitadas o jubiladas. Una estrategia comunicacional para aumentar la demanda de servicios, la identificación de las parejas y entrega la cada vez más creciente demanda por servicios, cartografía de asociados/as y entrega de la PTMI desde la comunidad.
5. Para mejorar la calidad y sustentabilidad de los servicios se requiere darle énfasis a la atención integral y la integración, apoyo de los equipos de supervisión y fortalecer los vínculos con los programas de terapia antirretroviral.
6. Reducir el estigma, involucrando a los hombres, movilizándolo a la comunidad y creando vínculos con los servicios de la comunidad.

Hemos sido llamados/as para trabajar juntos/as por una Generación Libre de VIH. Démosles esperanza a los/as niños/as; la generación del mañana.

Peter Ngure, Director del Programa VIH/SIDA, de la Asociación Cristiana de Salud de Kenia, ngure@chak.or.kr

Notas

- 1 DeCock K. M. Mbori-Ngacha D. Murum E. (2002). Shadow on the continent: Public Health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet* July 6; 360:67-72
- 2 Nacional HIV/AIDS and STD Control Programme and Ministry of Health(2005), AIDS in Kenya 2005.
- 3 Ministerio de Salud, Kenia. Nacional Guidelines-Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission.



UNA EPIDEMIA DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

La epidemia del SIDA es uno de los desafíos más importantes del mundo. El SIDA ha expuesto el peligroso estado de los sistemas de salud de muchos países, así como también mata 8000 personas diariamente, dejando a miles de niños/as huérfanos/as y reduce la capacidad productiva de las comunidades. La pandemia del SIDA ha dejado al descubierto una epidemia de estigma, discriminación y negación asociada al VIH desde su aparición. El estigma y la discriminación aumenta la vulnerabilidad y el impacto del VIH entre las personas viviendo con y afectadas por VIH. Ambas amenazan seriamente la efectividad de la prevención y el tratamiento del VIH, lo que significa que abordar el estigma y la discriminación debe estar en el centro de la respuesta al SIDA.

6

¿Qué es el estigma relacionado con el VIH?

El estigma es una fuerte etiqueta social que cambia radicalmente la manera en que la gente es vista o se ve a sí mismo/a. El estigma refuerza suposiciones, creencias y prejuicios negativos. Cuando se pone una rotulación estigmatizadora generalmente se debe a que la sociedad lo considera algo indeseable, vergonzoso o indigno.

Esto es válido para el VIH y ha reforzado profundos prejuicios en contra de grupos ya marginados y estigmatizados, incluyendo a hombres gay y otros hombres que tienen sexo con otros hombres; usuarios/as de drogas intravenosas y trabajadores/as sexuales. El VIH también ha intensificado los tabúes asociados al sexo en general. La asociación de VIH con África ha reforzado el prejuicio racial.

El estigma relacionado con el VIH ocurre por una gama de razones, entre las que se cuentan:

- Enfermedades físicas como la pérdida excesiva de peso.
- El SIDA se asocia con enfermedades físicas como la extenuación.
- El VIH es infeccioso, y aún existe mucha ignorancia y falta de comprensión sobre la transmisión del VIH.
- La asociación del VIH con algunos comportamientos que algunos/as consideran desviados o moralmente reprochables, incluyendo la homosexualidad, el uso de drogas intravenosas y la promiscuidad sexual;
- La visión de que la gente viviendo con VIH son responsables de su infección; y
- El VIH es asociado con grupos que de antemano son estigmatizados y

discriminados, incluyendo las minorías sexuales y grupos raciales.

¿Qué es la discriminación relacionada con el VIH?

La discriminación relacionada con el VIH puede ser definida como cualquier acto, medida u omisión que tenga como resultado el que alguien sea tratado de manera menos favorable debido a que tiene o se cree que tiene, VIH. La discriminación, al contrario de la estigmatización, ocurre cuando alguien es tratado de manera injusta sobre la base de su confirmada o sospechosa condición de VIH. La discriminación relacionada con el VIH puede tener un amplio alcance, llegando hasta las personas vinculadas con personas viviendo con VIH, ya sea personalmente, o a través de su familia o asociación profesional.

La discriminación relacionada con el VIH puede interactuar con fuentes pre-existentes de estigma y discriminación. Esto quiere decir que la discriminación por VIH a menudo tiene un impacto sobre personas que se les acusa de ser VIH positivas por quienes son, o como son percibidas; ya sea hombres gay u otros hombres que tienen sexo con hombres o personas que usan o tienen historia de haber usado drogas.

El estigma y las personas VIH positivas

La estigmatización de y la discriminación en contra de las personas viviendo con VIH afecta de manera adversa su salud y bienestar. Puede tocar todos los aspectos de sus vidas, a menudo es sutil y difícil de cambiar. Puede ocasionar violencia y abuso, contribuye al aislamiento y la falta de seguridad, y puede ser dolorosa y estresante. Las investigaciones muestran

que las personas que se sienten estigmatizadas por el VIH, tienen más posibilidades de sufrir depresión y tienen menos posibilidades de acceder a los servicios de salud.

Estigma y prevención

El estigma relacionado con el VIH también socava los esfuerzos preventivos. El impacto del estigma y la discriminación contribuyen a la cultura del silencio y la negación, desde donde se hace más difícil llevar a cabo las acciones necesarias para responder al VIH. El estigma asociado con las comunidades de más alto riesgo de infección, las hace aún más vulnerables a la infección del VIH.

La vulnerabilidad opera tanto a nivel personal como social. Varios factores como el conocimiento individual, la conciencia y habilidades de vida les hace más o menos vulnerable al VIH. Sin embargo, es imposible comprender qué hace a alguien personalmente vulnerable sin abordar los factores de contexto relacionados con la vulnerabilidad social. Estos incluyen la capacidad de influenciar las estructuras políticas y de poder que tienen impacto sobre la vida, las actitudes hacia el sexo y la sexualidad y las creencias religiosas de la gente.

El estigma y discriminación relacionado al VIH e inequidad de género

Existe una muy clara correlación entre el estigma del VIH asociado con el sexo, inequidad de género, condición de las mujeres, la violación de sus derechos humanos y el crecimiento de la epidemia entre las mujeres. Las mujeres son desproporcionadamente infectadas y afectadas por el VIH. En África Subsahariana, el 57% de las personas viviendo con VIH son mujeres y las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años de edad tienen dos y media veces más posibilidades de resultar infectadas que los hombres jóvenes.

Humanas historias nos confrontan con terribles realidades. El siguiente ejemplo de una víctima de violación de la República Democrática del Congo¹ demuestra claramente la relación entre el estigma, el VIH, la exclusión social y la discriminación:

“Mi marido estaba enojado; él dijo que porque había dormido con el enemigo, yo sería castigada y moriría de SIDA. Él dijo que estaba sucia y que no quería quedarse conmigo.”

Abordar el impacto del SIDA en las mujeres nos exige enfrentar las violaciones de los derechos de las mujeres, los que dan origen a la marginalización y aumento de la vulnerabilidad, y contribuye al riesgo de la infección por VIH, la interacción de la inequidad de género, el estigma y discriminación relacionada con el VIH, alimentan la epidemia y exacerba su impacto sobre las mujeres, sus familias y comunidades.

Combatir el estigma relacionado con el VIH

El estigma fortalece la información equívoca y la negación. Incluso cuando la gente entiende cómo se transmite, o sea que el VIH puede ser tratado y que el tratamiento está disponible, el estigma y la discriminación persisten. Los prejuicios en torno al sexo, el género y la sexualidad son difíciles de cambiar y a pesar de la alta prevalencia de VIH en algunas comunidades; la culpa y la negación son comunes y continúan contribuyendo a la estigmatización de las personas viviendo con VIH. La persistencia de estas creencias puede ser en parte explicada por la influencia de las creencias religiosas y morales y los patrones culturales. Algunas religiones siguen enseñando que el VIH es un castigo a una falta moral. Las normas culturales y religiosas no sólo sobre el sexo, sino sobre las expectativas sociales en general y las expectativas de género en particular, pueden reforzar actitudes estigmatizadoras en relación al VIH.

En talleres comunitarios llevados a cabo por el programa regional anti-estigma en el sur de África, los/as participantes dieron muchos ejemplos de estigmatización en instituciones religiosas, incluyendo:

- Negarse a sentarse al lado de alguien que está (o se sospecha) viviendo con VIH;
- No visitar a alguien que está enfermo/a;
- Ser excluido/a o echado/a de los comités de la iglesia;
- Predicar que el SIDA es un castigo de Dios por el “precio del pecado”; y
- Si los/as pastores/as se enferman, ellos/as pierden la confianza de su congregación².

Sexo, política, cultura y religión

El VIH nos desafía a enfrentar algunos de nuestros más profundos convencimientos sobre sexo, género, sexualidad y uso de drogas. La amenaza de la infección y sus consecuencias, ha resultado en la

adopción de medidas que reducen el daño, por ejemplo, para minimizar el daño de actividades que mucha gente cree son incorrectas.

Las creencias y actitudes religiosas, y las normas culturales tradicionales han sido un aspecto constante que rodean los debates y discusiones sobre cómo responder al VIH. La religión ha tenido tanto influencias positivas como negativas en la respuesta frente al SIDA.

Las organizaciones fundamentadas en la fe, son claves proveedoras de asistencia domiciliaria en muchos países. Los/as líderes religiosos/as han jugado un destacado rol en el desafío de la exclusión de las personas viviendo con VIH. Sin embargo, algunas iglesias, mezquitas y templos y los/as maestros/as asociadas a ellas han reforzado el estigma. Estos enfoques diametralmente opuestos para luchar contra el SIDA, uno de los cuales es vital para tener éxito y uno que corroe los más modestos logros, pueden venir de las mismas tradiciones religiosas e incluso de las mismas congregaciones.

La religión puede ser útil. En Camboya, la Alianza Internacional de VIH/SIDA apoya a las organizaciones budistas para abordar el trabajo del VIH, lo que no solamente incluye la entrega de asistencia domiciliaria para personas viviendo con VIH, sino que también los monjes budistas participan en la entrega de información sobre el VIH y desafían el estigma³. Este trabajo, y trabajos similares, llevados a cabo por otros credos, necesitan ser replicados para combatir el estigma a través de la positiva contribución que la religión puede hacer.

Un mundo sin estigma y discriminación es posible

A pesar del aumento de financiamiento, compromiso político y progreso en la expansión del acceso a la atención y tratamiento de la infección por VIH, la epidemia del SIDA sigue dejando atrás a la respuesta. Se necesita un liderazgo y compromiso cada vez mayor, no sólo en el financiamiento o para aumentar el acceso al tratamiento, sino también para confirmar la muy relevante importancia de superar el estigma relacionado con el VIH y promover los derechos humanos como prerrequisito en la respuesta frente al SIDA.

Sin un compromiso fundamental para con la reducción del estigma y con los derechos humanos, existe el riesgo de reforzar las

mismas inequidades que impulsan la epidemia y que aumentan el impacto del VIH. Para reducir el estigma relacionado con el VIH se requiere:

- Apertura para enfrentar la epidemia;
- Compromiso activo para un mayor involucramiento de las personas viviendo con VIH, en todos los aspectos de la respuesta al VIH a nivel: local, nacional, regional, e internacional;
- Compromiso público y permanente sobre el VIH en general y como un tema de derechos humanos en particular; y
- Políticas, programas y leyes que protejan, promuevan y cumplan los derechos de las personas en general, y de los/as pobres y vulnerables en particular.

Donde los derechos humanos están en riesgo, las personas están en riesgo de adquirir VIH. Y donde hay personas viviendo con o afectadas por VIH sus derechos humanos necesitan ser protegidos. El estigma es el contexto predominante en el que el riesgo de infección por VIH ocurre y donde los derechos de las personas se tornan vulnerables al abuso. Poniendo los derechos de los grupos y comunidades vulnerables al centro de la respuesta del SIDA, conjuntamente con los derechos e intereses de las personas viviendo con VIH, podemos disminuir el estigma. Esto reducirá por un lado la vulnerabilidad y por otro, mitigará el impacto del SIDA.

Joseph O'Reilly,

Consejero Mayor de Políticas
Alianza Internacional en VIH/SIDA
joreilly@aid alliance.org

Notas

- 1 Amnesty International (2004). It's in our hands: Stop Violence Against Women. London.
[http://web.amnesty.org/web/web/nsf/8bad1ff50703146980256e32003c42f0/316e14580e57b88680256ea90037305a/\\$FILE/SVAW%20report%20ENGLISH.pdf](http://web.amnesty.org/web/web/nsf/8bad1ff50703146980256e32003c42f0/316e14580e57b88680256ea90037305a/$FILE/SVAW%20report%20ENGLISH.pdf)
- 2 International Council for Research on Women (2005). Common at its core: HIV related stigma across contexts. Washington DC.
http://www.icrw.org/docs/2005_report_stigma_synthesis.pdf
- 3 Challenging stigma and discrimination in Communities first: International HIV/AIDS Alliance – Annual Review 2004, Alliance, Brighton.

UNA VACUNA CONTRA EL VIH

Por qué la necesitamos, actuales esfuerzos y desafíos

¿Por qué necesitamos una vacuna? Las noticias sobre la epidemia del SIDA son desoladoras e inexorables. Desde los inicios de la epidemia, se estima que 65 millones de personas han sido infectadas por el VIH, de las cuales 25 millones han fallecido. Solamente en el 2005, casi 3 millones de personas perdieron la vida a causa del SIDA. Una de cada seis de estas muertes relacionadas con el SIDA corresponde a niños/as. En el mismo año, hubo sobre cuatro millones de nuevas infecciones por VIH en todo el mundo, casi tres millones de éstas en África Subsahariana. A pesar de los progresos alcanzados, en un pequeño pero creciente número de países, la epidemia del SIDA sigue superando los esfuerzos globales para contenerla¹.

Las intervenciones para la prevención del VIH son esenciales para tener un impacto sobre la pandemia. Donde la prevalencia del VIH es alta –ya sea un área geográfica (por ejemplo, África Subsahariana) o en poblaciones particulares (como los/as usuarios/as de drogas en la Federación Rusa)- se necesita el máximo de cobertura para poder frenar la epidemia. Es también, importante alcanzar una cobertura óptima de los programas de prevención del VIH en todos los espacios de la sociedad para obtener un impacto. Se estima que la implementación de un paquete integral de prevención podría prevenir 29 millones (ó 63%) de las 45 millones de nuevas infecciones previstas que ocurran entre el 2002 y 2010².

Además, a fines del 2005, sólo el 20% de las personas que necesitaban terapia antirretrovírica la estaban recibiendo³. Los costos para otorgar terapia antirretrovírica se espera que aumenten, particularmente, con el compromiso internacional de desarrollar e implementar un paquete de tratamiento y atención para la prevención del VIH, con el propósito de acercarnos lo más posible a la meta de acceso universal a tratamiento para el año 2010, para todos/as los/as que lo necesiten⁴.

Se necesitan nuevas y mejores herramientas para una prevención de más largo plazo, particularmente para las mujeres que no tienen poder para negociar el uso del condón. La aplicación de microbicidas durante el coito para prevenir o reducir el riesgo de infección por VIH, serían un importante método adicional de

prevención del VIH para las mujeres, aumentando su control y capacidad de protegerse a sí mismas. Una vacuna preventiva efectiva, sin embargo, ofrece la mejor solución de largo plazo para la epidemia. Todos/as, pero en particular las mujeres, podrían usarla con o sin el conocimiento de parte de la pareja. La vacunación de preadolescentes, antes de su primera experiencia sexual, sería una estrategia adicional para parar la epidemia del SIDA.

7

Se necesita una respuesta balanceada frente al SIDA

- Cobertura adecuada de los programas de atención integral⁵ y aumento progresivo del apoyo, atención y tratamiento del SIDA.
- Mayores inversiones en innovación, medicamentos, diagnóstico y nuevas herramientas de prevención, incluyendo la investigación y desarrollo de una vacuna y microbicidas.
- Cada vez mayores esfuerzos para asegurar la manufacturación, licencias y aprobaciones, además de la distribución de manera eficiente y oportuna de nuevas tecnologías.

Los/as científicos/as creen que la completa erradicación del VIH a través de las vacunas es poco probable. Además, con la introducción de una vacuna, existe la posibilidad de un aumento en las conductas de riesgo de parte de algunas personas,

haciendo desaparecer algunos de los logros en prevención de VIH debido a la vacunación. De esta forma, la introducción de cualquier vacuna contra el VIH debe ser fortalecida por el uso continuo de otras intervenciones de prevención de VIH.

No obstante, las vacunas podrían reducir de manera significativa la transmisión del VIH. Estudios de modelos de simulación han investigado el potencial impacto de las vacunas contra el SIDA en una variedad de países en desarrollo⁶. Mientras sus resultados se centran en países particulares y se basan en supuestos específicos, estos estudios han descubierto en general que:

- Incluso las vacunas que son parcialmente efectivas (30-50%) podrían reducir significativamente el número de nuevas infecciones; y que
- Protegiendo de manera efectiva a un cuarto de la población adulta con una vacuna, podría reducir la prevalencia del número de personas viviendo con VIH positivo a más de la mitad en los siguientes 20 años. Proteger de manera efectiva a la mitad de la población adulta podría reducir la prevalencia, de largo plazo, del VIH en un 80%.

Por lo tanto, es muy importante invertir en la investigación y desarrollo de la vacuna contra el SIDA al igual que en los programas de prevención del VIH para que el tratamiento, la atención y el apoyo del SIDA sigan expandiéndose. Sin nuevas tecnologías de prevención, para complementar y para ir más allá de los actuales métodos de prevención, el tratamiento del SIDA absorbería cada vez más recursos, compitiendo con otros importantes programas de reducción de la pobreza. Una de las más duras realidades es que en el largo plazo tales niveles de gastos no sean sustentables. Claramente los actuales enfoques de prevención no son suficientes. Las intervenciones que dependen de un cambio de conducta permanente han tenido un éxito limitado. Es necesario pensar en respuestas de más largo plazo, mientras se hace todo lo posible por mitigar el impacto de la actual epidemia del SIDA en el corto plazo. Una prevención mejorada podría también ayudar a solventar el acceso a la terapia antirretrovírica a quienes la necesiten, reduciendo el número total de personas viviendo con VIH.

Esfuerzos actuales

La Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (IAVI, según su sigla en inglés) está fomentando un nuevo tipo de asociación entre los/as investigadores/as y las instituciones de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Las investigaciones médicas se han llevado a cabo en los países en desarrollo durante décadas, pero hoy ocurre algo diferente. La actual curva de investigación de vacunas y drogas se basa en una relación más profunda y de largo plazo entre los/as investigadores/as nacionales y extranjeros, con una mayor concentración en la construcción de capacidad local y mayor involucramiento de las comunidades, y líderes políticos, partes interesadas a nivel nacional. Como resultado, investigadores/as africanos/as y asiáticos/as están actualmente participando activamente en la definición de las hipótesis científicas para ser probadas y manejar los ensayos ellos/as mismos/as.

El nuevo estilo de asociación para la investigación de la vacuna contra el SIDA está también comenzando a dar beneficios, más allá del círculo inmediato de científicos/as y los/as voluntarios/as de las pruebas, a través de la entrega de infraestructura de salud y estándares de atención. Un ejemplo es el Instituto Militar Walter Reed de Investigación de los Estados Unidos (WRAIR, según sus sigla en inglés) en el este de África. Este instituto brinda una completa prevención del VIH y servicios médicos, para tratamiento a las comunidades cercanas a los lugares donde se realiza el estudio. Esto significa la instalación de infraestructura de laboratorio, capacitación de personal médico y de consejería, y la entrega de drogas antirretrovirales y otros insumos. Los/as participantes son VIH negativos por lo que no necesitan terapia antirretroviral, sin embargo, el programa WRAIR actualmente provee a más de 10.000 personas con terapia antirretrovírica en Kenia, Tanzania y Uganda.

Crear un ambiente favorable para los estudios depende del involucramiento de los/as líderes y miembros/as de la comunidad. Los/as representantes de la comunidad son críticos/as del diseño, conducción de los estudios -formalmente, como miembros/as del Consejo Asesor Comunitario (CAB, según su sigla en inglés)⁷- y también en las interacciones del día a día que ellos/as tienen como voluntarios/as. Líderes médicos y de fe juegan, cada vez más, roles importantes

educando a otros/as e incentivando el respaldo para las investigaciones.

Desafíos venideros

A pesar de los logros obtenidos, a través de las nuevas alianzas para la investigación de la vacuna, todavía existe un gran número de desafíos. El asegurar los recursos necesarios para financiar el esfuerzo de largo plazo, así como también la eficiente y efectiva distribución de los mismos son constantes batallas. El sector privado juega un rol central en el aporte de experiencia, mientras se establezcan las fortalezas del sector público e instituciones académicas.

Con una o dos excepciones, la investigación para una vacuna contra el SIDA opera fuera de los círculos de los programas nacionales de control de SIDA y ciclos presupuestarios. Aunque existe bastante inversión en capacitación, todavía persiste una escasez de recursos humanos –científicos/as, médicos/as clínicos/as, técnicos/as laboratoristas, consejeros/as y movilizados/as comunitarios/as que puedan comprometerse con el desarrollo de la vacuna en muchos países, especialmente en África. Los actuales esfuerzos para aumentar progresivamente los programas deberían incrementar la capacidad de desarrollar investigaciones. El creciente número de investigaciones debería, en cambio, aumentar la capacidad para extender progresivamente los programas de prevención y tratamiento.

Los estándares éticos para las investigaciones necesitan ser fortalecidos, por medio de un enfoque integrado de planificación a nivel país, basado en asociaciones nacionales y comunitarias, a través del desarrollo, y cumpliendo con los criterios clínicos, éticos y regulatorios. Por último, se hace necesario planificar cómo superar las potenciales barreras de acceso a la vacuna contra el SIDA, por ejemplo, a través de la armonización regulatoria y de

licencias, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el desarrollo de mejores planes de consecución y financiamiento –en preparación para, cuando la vacuna sea descubierta.

Nadie debería dudar que el desarrollo y suministro de una vacuna contra el SIDA será por un lado costosa y por otro, requerirá de compromisos de largo plazo de parte de los gobiernos y el sector privado con el apoyo de la sociedad civil, incluyendo las organizaciones basadas en la fe. Sin embargo, los millones de infectados por VIH que se habrán evitado y los costos ahorrados en tratamiento, atención y acompañamiento para el SIDA, recompensará con creces tal inversión. Aunque no sabemos cuándo tendremos una vacuna, los/as científicos/as están seguros/as que es posible.

Dra. Kate Taylor, Directora Mayor de Abogacía y Política de Iniciativa Internacional para una vacuna contra el SIDA. KTaylor@iavi.org

Andrew Doupe
Consultor legal y VIH.
doupe@hivnet.ch

Notas

- 1 ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp
- 2 Stover J, Walter N, Garnett GP, et al. (2002). Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *Lancet*, 360 (9326); 73-77
- 3 WHO AND UNAIDS (2006). Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy. A Report on 3 by 5 and Beyond. March 2006. http://www.who.int/hiv/fullreport_en_highres.pdf
- 4 United Nations General Assembly (2005). Resolution adopted by the General Assembly 60/1. 2005 World Summit Outcome, paragraph 57 (d). <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/487/60/PDF/N0548760.pdf?OpenElement>
- 5 ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada al SIDA en los países de ingresos bajos y medios. http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/JC1239-ResourceNeeds_es.pdf
- 6 International AIDS Vaccine Initiative (2005). Modelling the Impact of an AIDS Vaccine: A Review of the Literature. (Policy Research Working Paper #5); International AIDS Initiative (2005).
- 7 Un diverso grupo de voluntarios/as quienes entregan el aporte de la comunidad al diseño del estudio y procedimientos locales.

La Iniciativa Internacional para una vacuna contra el SIDA (IAVI–International AIDS Vaccine Initiative) es una organización no gubernamental mundial que trabaja para acelerar el desarrollo de una vacuna para prevenir la infección por VIH y el SIDA. Fundada en 1996 y en funcionamiento en 23 países, IAVI y sus redes de asociados investigan y desarrollan vacunas candidatas. IAVI también trabaja para asegurar que la futura vacuna sea accesible a todos/as los/as que la necesiten. El IAVI Report y el boletín VAX siguen la pista sobre los últimos avances en el campo de la vacuna. Estas y una base de datos de todos los experimentos de vacunas contra el SIDA y estimaciones respecto de los gastos en el mundo para la investigación y el desarrollo de vacunas pueden encontrarse en el sitio web de IAVI www.iavi.org.

MICROBICIDAS Y SU ROL EN LA PREVENCIÓN DEL VIH

Las enfermedades infecciosas tradicionalmente evocan dos respuestas de salud pública – prevención y tratamiento. Desafortunadamente, el virus que causa el SIDA ha demostrado ser mucho más difícil de derrotar de lo que se pensaba, obligando a los/as científicos/as a ser innovadores/as. Las vacunas contra el VIH han resultado ser escurridizas y el tratamiento ha requerido de la combinación de varias drogas para ser efectivo. Cada vez es más claro que se necesita la combinación de aproximaciones, tanto nuevas como antiguas, para una respuesta integral. Los microbicidas representan una de las ideas más prometedoras que han surgido frente a la pandemia, de acuerdo a lo informado hasta ahora, sobre el tratamiento y la prevención del VIH. En el 2005 fueron señalados como una de las diez tecnologías, relacionadas con la salud, con posible impacto en el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio.¹

8

¿Qué son los microbicidas?

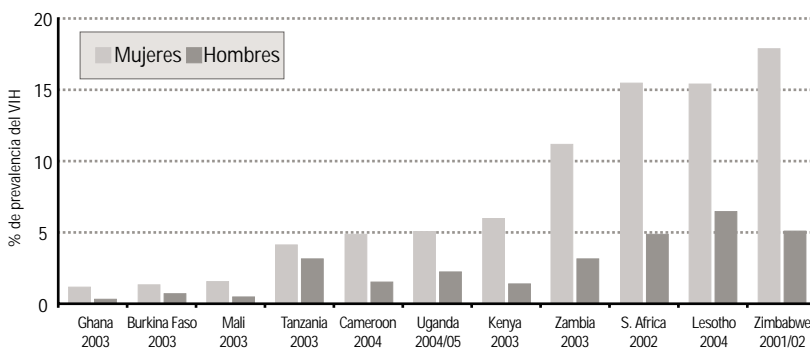
Microbicida es un término usado no para describir un medicamento o producto, sino una gama de sustancias –literalmente ‘mata microbios’– que podrían reducir de manera significativa la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Similar a los productos antibacterianos usados en cirugías, estos productos podrían ser aplicados de forma tópica –en la vagina o en el recto– para neutralizar el VIH junto con otros patógenos. Se están buscando varios mecanismos potencialmente efectivos, desde matar virus y bacterias, o la creación de una barrera química, reforzando los

mecanismos de defensa naturales del cuerpo. Una segunda generación de microbicidas se basa en las drogas antirretrovíricas, que impiden que el VIH se adhiera o se replique en el lugar de la transmisión. Los microbicidas pueden venir en muchos formatos, incluyendo gel, cremas, supositorios, películas, o en forma de esponja o aro vaginal. En el futuro, podría ser posible también la formulación de una vacuna tópica en combinación con un microbicida –reforzando la vacuna cada vez que se aplica el microbicida.

Los microbicidas aún no están autorizados, pero actualmente ya hay cinco candidatos que están en ensayos clínicos para establecer su efectividad en la reducción de la transmisión del VIH. Con los recursos suficientes y voluntad política, un microbicida podría estar disponible para su distribución a fines del 2010, en varios países en vías de desarrollo.

La urgente necesidad de microbicidas se ve aumentada por la feminización del SIDA. Hoy, las mujeres, son el subgrupo de personas viviendo con VIH de más rápido crecimiento, y la mayoría se ha infectado a través de contacto heterosexual. Las mujeres, en especial las mujeres jóvenes, son más vulnerables que los hombres por razones económicas, sociales y biológicas. En el sur de África, por ejemplo, una de cuatro mujeres se infecta con VIH antes de los 22 años.

Prevalencia de VIH entre mujeres y hombres entre 15 y 24 años, países seleccionados en África Sub Sahariana, 2001-2005



Sources: Demographic and Health Surveys. ORC Macro (Ghana, Burkina Faso, Mali, United Republic of Tanzania, Cameroon, Lesotho, Kenya, Zambia); Department of Health, Uganda HIV/AIDS sero-behavioural survey 2004-2005 (Uganda); Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe National Family Planning Council, National AIDS Council, and CDC, The Zimbabwe Young Adult Survey 2001-2002 (Zimbabwe); Pettifor AE, et al. Hiv and sexual behaviour among South Africans: a national survey of 15-24 year olds. (South Africa)

Fuente: Actualización de la Epidemia de SIDA, ONUSIDA, Diciembre de 2005.

Las actuales opciones de prevención no toman en consideración las circunstancias domésticas, económicas y sociales de las mujeres. El mensaje preventivo dominante es el ABC o sea basar la relación en la fidelidad y condones. Para muchas mujeres estos mensajes son inadecuados o poco realistas. La estrategia ABC asume que el matrimonio les ofrecerá protección a las mujeres frente al VIH y que los hombres están disponibles para usar condón. Lamentablemente, la mayoría de las veces, pasa lo contrario. A nivel mundial, mayoritariamente, las mujeres contraen el VIH e infecciones de transmisión sexual de sus maridos o parejas estables y no de parejas casuales. Recomendar el uso del condón también requiere que las mujeres elijan entre no tener hijos y exponerse a una enfermedad potencialmente mortal.

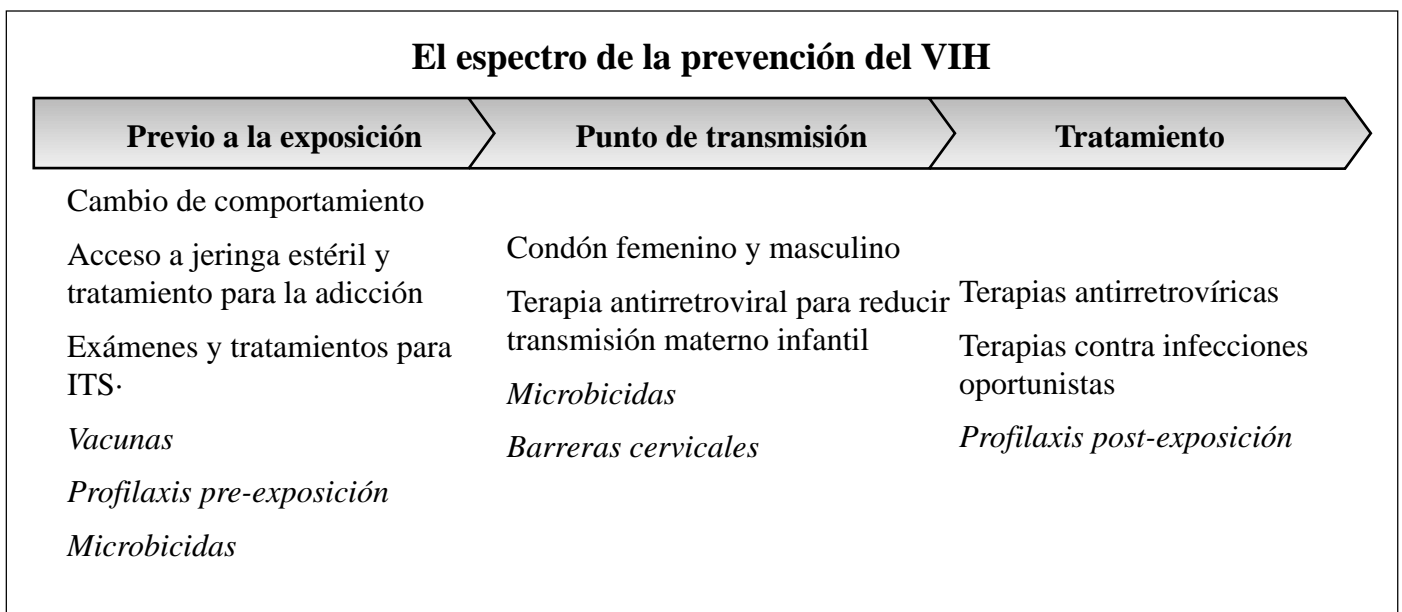
La prevención del VIH, lo mismo que la anticoncepción y otras formas de autoprotección, funciona mejor cuando las personas tienen una gama de opciones de donde elegir. Así como el buen tratamiento requiere de una terapia de combinación; la prevención efectiva requiere de una combinación de estrategias dirigidas al virus en las diferentes etapas de su ciclo de vida. En los últimos años, los esfuerzos han estado concentrados en expandir la gama de herramientas de prevención del VIH.

Los microbicidas podrían ofrecer a las mujeres, por primera vez,—un método que ellas pueden manejar y que no requiere de la activa cooperación de una pareja masculina. Aún cuando muchas de las mujeres encuestadas señalan que no

pretenden esconder el uso de su microbicida a sus parejas, a ellas sí les gustaría un producto discreto, sin necesidad de ser discutido cada vez que tienen sexo. De manera importante, muchas mujeres también señalan la necesidad de un producto que les permita concebir sin el riesgo de infectarse con el VIH. Los microbicidas no anticonceptivos podrían ser una alternativa para las mujeres—incluyendo a aquellas que viven con el VIH— para asegurar que tengan embarazos saludables y dar a luz niños/as saludables. Un estudio de mercado con fondos sociales de la Unión Europea reveló un fuerte interés en el uso de microbicidas entre las mujeres —y hombres— en los países en desarrollo incluyendo Sud África, Uganda y Zimbabwe.

Estudios de prueba han demostrado que incluso con microbicidas 60% eficientes, se evitarían sobre 2,5 millones de casos de VIH a lo largo de tres años entre las mujeres, hombres y niños/as. Entonces ¿por qué no están disponibles aún? La respuesta no sólo tiene que ver con la ciencia. El desarrollo de nuevos medicamentos es generalmente financiado por las grandes empresas farmacéuticas. Estas compañías multinacionales, sin embargo, han demostrado muy poco interés en los microbicidas, hasta el momento, debido a que ven demasiada incertidumbre y pocas potenciales ganancias (lucro). Por lo tanto, las universidades y pequeñas industrias biofarmacéuticas independientes, han tomado el liderazgo. Estos/as investigadores/as dependen de las donaciones de los gobiernos o filantropía,

El espectro de la prevención del VIH



para financiar sus investigaciones y esfuerzos de desarrollo. Así finalmente, la responsabilidad de financiar el trabajo necesario para desarrollar los microbicidas, recae sobre el sector público.

La mayoría de los microbicidas, candidatos, se están desarrollando dentro de la alianza público-privada, como el Programa de Desarrollo de Microbicidas del Reino Unido y la Asociación Internacional para Microbicidas. Cerca de US \$140 millones fueron invertidos en la investigación y desarrollo de un microbicida en el 2004; más del doble de la cantidad invertida en el 2000, a nivel mundial. Sin embargo, los/as expertos/as estiman que la inversión anual debe duplicarse. Se necesitan US \$280 millones anuales para asegurar que un microbicida seguro y efectivo pueda estar disponible al público lo más rápido posible.

No debe sorprender que los microbicidas causen tanta expectación como escepticismo. Algunos/as temen que las

Sin embargo, a la luz del devastador impacto del SIDA sobre las familias y las comunidades, muchas personas ven en los microbicidas una posibilidad de esperanza para sus hijas y un salva vida para quienes no pueden controlar sus factores de riesgo, sobre todo para quienes no tienen ninguna manera de protegerse del VIH. Los microbicidas no serán y no se les debe mirar como una varita mágica. Ninguna tecnología ni estrategia 'solucionará' la pandemia del SIDA. No debe permitirse que el entusiasmo sobre estos nuevos métodos desvíe la atención de los riesgos sociales, económicos y realidades culturales subyacentes que condicionan el riesgo de las personas. Así mismo, debemos trabajar para dar a los grupos vulnerables y en especial a las mujeres, el poder económico y social para negociar con sus parejas los términos y condiciones bajo las cuales se desarrolla el sexo.

La Campaña Global para los Microbicidas trabaja sobre tres objetivos muy relevantes y específicos:

1. Crear conciencia y movilizar la voluntad política, para obtener un mayor financiamiento para la investigación de un microbicida.
2. Crear un ambiente político favorable para su oportuno desarrollo, introducción y uso.
3. Asegurar que los procedimientos científicos, y el interés público sean protegidos y que los derechos e intereses de los/as participantes de los ensayos, los/as usuarios/as y las comunidades sean íntegramente representados/as y respetados/as.

Invitamos a las organizaciones de fe a apoyar nuestras metas suscribiendo la campaña y ayudando a promover estas nuevas opciones de prevención. Sólo a través de una sostenida campaña mundial, se encontrarán los fondos y la voluntad política, para poner sin retraso las herramientas de prevención en manos de las mujeres que más las necesitan.

Rebekah Webb

Coordinadora Europa
Campana Global para los Microbicidas².
rwebb@path-dc.org

Recursos y vínculos de la red:

Para una introducción básica en el campo de los microbicidas y una serie de fichas descriptivas sobre una gama de temas sobre microbicidas, consulte el sitio web de la Campaña Global para los Microbicidas:

www.global-campaign.org

Campaña Global por los Microbicidas (2004). *En manos de las mujeres*.

Un breve video sobre el desarrollo de los microbicidas en formato DVD o video.

Coalición Mundial sobre la Mujer y SIDA y ONUSIDA (2006).

Aumentar el control de la mujer sobre la prevención del VIH – Luchar contra el SIDA

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1237-GCWA-Prevention-4_es.pdf

International Partnership for Microbicides (2005). Microbicidas –an Essential HIV Prevention Strategy for Achieving the MDGs
www.ipm-microbicides.org

Alliance for Microbicide Development www.microbicide.org

Microbicide Development Programme www.mdp.mrc.ac.uk

personas abandonen los condones, la fidelidad y la abstinencia, frente a los microbicidas. Aunque la introducción de los microbicidas puede traer consigo un incremento en las conductas de riesgo, por parte de algunas personas, con su introducción se reforzarían otras intervenciones de prevención del VIH.

Notas

- 1 www.un.org/spanish/millenniumgoals/
- 2 Quisiera agradecer a Lori Heise y Anna Forbes de campaña Global para los Microbicidas por todo el esfuerzo puesto para la redacción de este artículo.

CIRCUNCISION MASCULINA

Un potencial nuevo aporte a la prevención del VIH¹

El cambio de comportamiento o 'ABC'², incluyendo la promoción de nuevas normas sociales para abordar la práctica de múltiples (simultáneas) parejas sexuales³, sigue siendo la más importante estrategia para prevenir la transmisión del VIH. Sin embargo se necesitan con urgencia medidas preventivas adicionales, especialmente en las regiones más severamente afectadas en el sur y este de África⁴. Para el actual desarrollo de otras tecnologías potencialmente valiosas, como la vacuna contra el VIH y los microbicidas, aún faltan algunos años. Sin embargo respecto de la circuncisión masculina, probablemente la más antigua y seguramente el más común procedimiento quirúrgico conocido, se discute cada vez más su relación con el VIH, junto con la creciente evidencia de otros beneficios para la salud como la protección contra el cáncer cervical, de próstata, y de pene⁵.

Muchos estudios se han publicado en las últimas décadas en reconocidas revistas científicas, documentando los variados beneficios de la circuncisión masculina en relación al VIH y otros. Sin embargo, en algunos lugares, sigue siendo un tema altamente controversial. En el pasado, algunas iglesias y otras instituciones religiosas contribuyeron a la desaparición de ritos tradicionales de iniciación en África, las que generalmente incluían la circuncisión masculina. Las organizaciones de fe ahora podrían jugar un rol más positivo e importante en la respuesta a la pandemia del SIDA, por ejemplo, ayudando a brindar servicios de atención seguros y accesibles para la circuncisión masculina (por ejemplo, en los hospitales de misiones) de manera más amplia.

Ensayos clínicos de circuncisión masculina demuestran un fuerte efecto protector

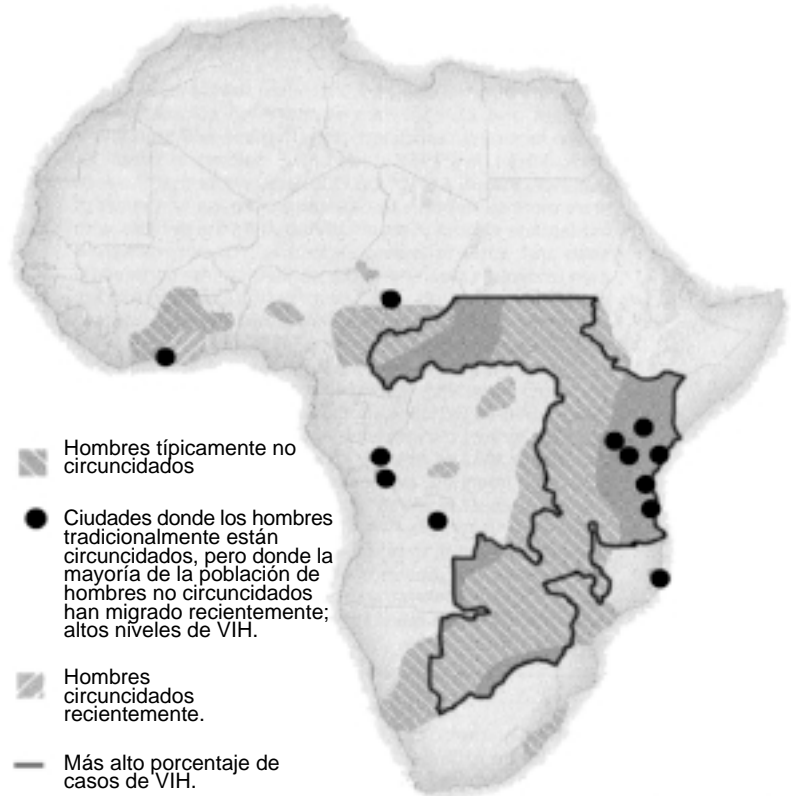
Mucho del reciente surgimiento de interés en este tema proviene de la publicación de la primera investigación controlada aleatoria de circuncisión en hombres adultos, en Orange Farm, Sud África. Allí se descubrió una reducción de riesgo de VIH entre el 60%-75% entre aquellos que estaban circuncidados⁶, lo que concuerda con los hallazgos de otros estudios epidemiológicos realizados en las últimas dos décadas⁷

A medida que las noticias respecto de este estudio han comenzado a divulgarse, tanto a nivel internacional como en la región del sur y este de África en particular, la circuncisión masculina ha llamado crecientemente la atención de los profesionales de la salud y los que trabajan

el tema del VIH, así como también de la opinión pública⁸. Un reciente estudio realizado por la OMS, ONUSIDA y varias universidades europeas y estadounidenses estiman que, de acuerdo a los descubrimientos del estudio de Orange Farm, la circuncisión podría prevenir alrededor de 2 millones de nuevas infecciones y 300.000 millones de muertes en los próximos 10 años en el África

9

Regiones en África donde la mayoría de los hombres no están circuncidados



Scientific American 1996

Subsahariana, con un adicional de 3,7 millones de nuevas infecciones de VIH y 2,7 millones de muertes evitadas en los posteriores diez años⁹.

Al igual que con cualquier procedimiento quirúrgico o práctica cultural o conducta, existen riesgos potenciales así como también beneficios relacionados con la circuncisión masculina, y quienes diseñan las políticas están cada vez más acudiendo a organismos internacionales como la OMS y ONUSIDA para recibir orientación técnica y programática¹⁰. Se prevee que si los dos estudios aleatorios que aún se están llevando a cabo en Kenia y Uganda (se espera que estén listos el 2007) confirman los hallazgos realizados por el estudio de Orange Farm, la circuncisión masculina oficialmente será considerada como una política complementaria útil dentro de muchos esfuerzos por la prevención del VIH.

La epidemiología mundial de la circuncisión masculina

La circuncisión se realiza en muchas partes del mundo por una variedad de razones religiosas, culturales, sociales, médicas y otras. En la actualidad alrededor del 20%-25% de todos los hombres son circuncidados, y la mayoría de las sociedades africanas continúan

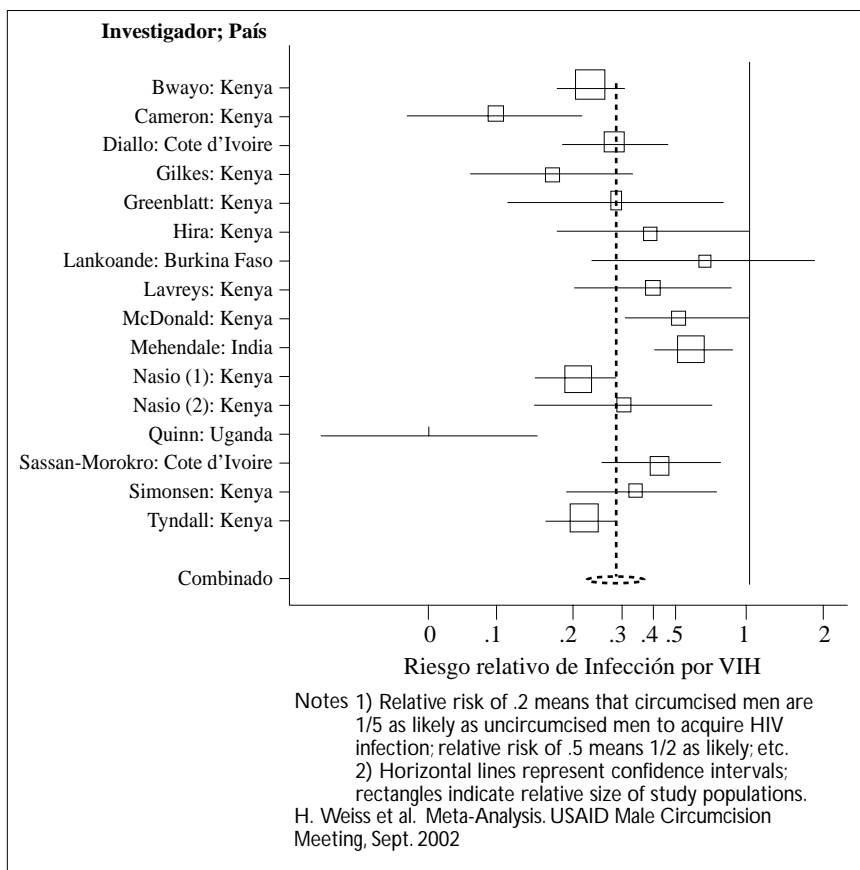
practicándola. Los principales lugares del África continental donde la circuncisión ya no se practica son exactamente aquellos países que constituyen el "cinturón del SIDA", parte importante del sur y parte del este de África, donde la prevalencia del VIH es mucho mayor que en ningún otro lugar (ver mapa)¹¹. De la misma forma, la prevalencia del VIH en países predominantemente no circuncidados del sur y sureste de Asia es mucho más alta que en sus países vecinos donde la circuncisión si es practicada y donde al mismo tiempo tienen similares conductas y prácticas sexuales¹².

Hasta la fecha más de 40 estudios epidemiológicos, la mayoría de los cuales se han llevado a cabo en África, han encontrado un importante relación entre la ausencia de circuncisión masculina y el mayor riesgo de adquisición del VIH¹³. Tipos de estudios más rigurosos (prospectivo y de cohorte) han descubierto un efecto protector aún más significativo¹⁴. Sin embargo, algunos estudios transversales (incluyendo algunas Encuestas Demográficas y de Salud en África) no han encontrado una relación significativa entre la circuncisión y el VIH; tal vez debido a la confusión residual, sesgo de auto-reporte; confusión debido a las formas no heterosexuales de la transmisión del VIH, etc.

Una revisión sistemática y un meta análisis de 38 estudios realizados por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres estimó que la circuncisión reduce el riesgo de VIH en aproximadamente el 50% del total, con una reducción cercana al 70% entre la población con más alto riesgo (ver gráfico)¹⁵. Además del VIH, la circuncisión reduce el riesgo de adquirir algunas otras infecciones de transmisión sexual, especialmente las de tipo ulcerativo como la sífilis, chancroide y probablemente herpes¹⁶. Además nuevos datos de Uganda sugieren que la circuncisión podría reducir la transmisión, desde hombres infectados a sus parejas femeninas, del VIH y otras infecciones de transmisión sexual como la clamidia^{17,18}. Este último hallazgo está siendo actualmente probado en otro estudio aleatorio controlado en Uganda.

La biología de la circuncisión masculina y la infección por VIH

Las investigaciones biológicas han descubierto que la superficie de la membrana mucosa suave del prepucio interno, contiene una alta densidad de células del sistema inmunológico llamadas



Langerhans, macrófagos, y células CD4. Desde una perspectiva evolucionaria, el prepucio cumple una función de barrera protectora contra lesiones tanto físicas, para guardar las glándulas sensitivas (el glande) del pene, así como también porque esas células del sistema inmune normalmente protegen al cuerpo de la infección. Así es que como el VIH entra al cuerpo precisamente a través del sistema inmunológico, estas mismas células, que son más vulnerables a la infección por VIH debido a la falta de queratinización (endurecimiento) de la superficie de la membrana mucosa en la piel interna, ahora sirven como portales de ingreso o "imanes" para el VIH¹⁹. Investigaciones de laboratorio han descubierto que la absorción de VIH en la piel interna del prepucio es nueve veces más eficiente que otra mucosa genital, como la apertura cervical hacia el útero²⁰.

Inquietudes culturales, éticas y otras

Además de los aspectos epidemiológicos y médicos de la circuncisión masculina, se han planteado un número de temas e inquietudes culturales, conductuales y éticas. Algunos han sostenido que la circuncisión masculina es una forma de "mutilación genital masculina"²¹, y en Sud África se acaba de aprobar una ley de protección infantil que prohibiría la circuncisión para los menores de 16 años, en ausencia de razones religiosas o médicas²². Ciertamente, la circuncisión en neonatos y niños pequeños plantea las mayores inquietudes éticas, con críticos que afirman que el bebe o niño pequeño es privado de su habilidad de dar consentimiento informado para un procedimiento permanente²³.

Otros argumentan que, al igual que en el caso de las vacunas, a los padres y madres se les debe proporcionar la información más precisa para que puedan decir qué es lo que más beneficia al niño. Además de brindar potenciales beneficios de salud tales como: reducir el riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual, algunos cánceres y balanitis (inflamación dolorosa del prepucio y el glande), existen también algunos beneficios más inmediatos para el neonato, en particular la reducción de alrededor de 12 veces del riesgo de infecciones del tracto urinario durante el primer año de vida^{24,24}. Infecciones del tracto urinario pueden causar posteriores problemas renales, a veces serios.

En la mayor parte de África, los principales

temas giran en torno a la circuncisión para hombres adultos y hombres adolescentes, quienes podrían dar consentimiento informado.

Temas de seguridad

Al igual que cualquier procedimiento quirúrgico, la circuncisión conlleva algunos riesgos, especialmente dolor, hemorragia e infección. Aunque los índices de complicaciones en la mayoría de los ambientes clínicos son generalmente bastante bajos y la vasta mayoría de dichas complicaciones son menores y resueltas rápidamente²⁵. La circuncisión como se practica en algunos ambientes tradicionales puede ser bastante riesgosa²⁶. Cada año, en Sud África por ejemplo, docenas de niños y jóvenes son seriamente lesionados o mueren debido a las infecciones, exposición y otros problemas debidos a prácticas inseguras²⁷. La principal causa de la baja de la popularidad de la circuncisión en Gran Bretaña en los años 1940 fue el número de muertes de niños que se producían año a año, casi todas debidas al uso de anestesia general. La anestesia local, es lo que más beneficia a los niños, adolescentes y adultos, no causa la muerte y tiene muy pocas complicaciones serias²⁸.

¿Están interesados(as) los hombres (y las mujeres) en África en la circuncisión masculina?

Es de mucha importancia indagar respecto de la aceptabilidad de la circuncisión masculina en adultos, especialmente en las regiones de África con alta prevalencia de VIH. Más de una docena de estudios se han realizado en nueve países de África; a través de estos, la proporción media de los hombres no circuncidados a la espera de ser circuncidados, si el procedimiento fuera seguro y abordable, sería del 65% (rango entre 29%-87%)²⁹

En los estudios que encuestaron mujeres (en áreas donde la circuncisión no es una práctica tradicional), una mayoría manifestó preferir a una pareja masculina circuncidada. La razón más común, que aparece en todos los estudios, dada tanto por hombres como por mujeres para preferir la circuncisión es que mejora la higiene del pene. Otra razón común entregada era la percepción de que la circuncisión brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, en un estudio no publicado de Sane Tsela: de 400 hombres swazi en enero de 2006, el 81% cree que la circuncisión reduce el riesgo de la infecciones de transmisión sexual, mientras que sólo el 18% dijo que reduce

el riesgo de infección por VIH. Más aún, 54% de los hombres no circuncidados dijo que les gustaría ser circuncidados, y cuando se les preguntó "si la circuncisión reduce la propagación del VIH ¿le gustaría circuncidarse?", el 87% respondió afirmativamente, sugiriendo, al igual que en otros estudios, que si se informa que la circuncisión definitivamente reduce el riesgo de infectarse con VIH, es muy posible que exista un mayor incremento en la demanda por circuncisión.

De hecho, los hombres en algunas partes de África han manifestado su voluntad. Existen algunos servicios médicos públicos y privados en el sur de África que han reportado que están siendo inundados con hombres en busca de servicios clínicos para ser circuncidados³⁰. Las listas de espera para circuncisión electiva en los hospitales públicos en varios países, entre los que se incluyen Lesotho, Swazilandia y Zambia, tienen tiempo de espera que ya llega a los 6 meses o más. Una preocupación importante, similar a la que se produce frente a la introducción de la futura vacuna contra el VIH, los microbicidas, etc. es que las personas que opten por la circuncisión pueden involucrarse en comportamientos de 'compensación del riesgo', esto es, pueden aumentar sus niveles de comportamientos riesgosos (tener más parejas sexuales, menos uso del condón, etc.) como resultado de un falso sentido de seguridad³¹. Claramente, será de mucha importancia asegurar que el aumento del servicio de circuncisión sea llevado a cabo dentro de los preceptos generales de la prevención integral del VIH y los esfuerzos por la salud reproductiva masculina. Pero el mensaje de que esto no ofrece una protección del 100% debe ser informado amplia y continuamente.

¿Qué pasa con el placer sexual?

Otra pregunta que aparece es si la circuncisión masculina reduce el placer sexual. La evidencia hasta ahora no es concluyente, aunque la mayoría parece indicar lo contrario³². Aún cuando algunos creen que los hombres circuncidados experimentan menos 'sensación', ellos parecen tener menos problemas sexuales, en general, incluyendo menores índices de eyaculación precoz³³. Sólo unos pocos estudios metodológicamente responsables sobre las preferencias femeninas han sido realizados. En todos ellos, incluyendo estudios realizados en Botswana, Kenia y los Estados Unidos³⁴, la mayoría de las mujeres, incluyendo aquellas que tenían parejas no circuncidados y que estaban

familiarizadas con ambos tipos, dijeron preferir penes circuncidados, principalmente por razones de higiene, así como también por la creencia que los hombres circuncidados 'duran más' durante el coito.

Como mencionamos anteriormente, algunos críticos de la circuncisión masculina sostienen que ésta representa una forma de 'mutilación' que causa un trauma oculto, el que podría a su vez llevar a un más alto riesgo de desorden de estrés postraumático, violación, suicidio, e incluso de conflictos bélicos, entre otras consecuencias³⁵. Sin embargo, no existen estudios científicos que respalden dichas afirmaciones. También, algunas personas se oponen a la circuncisión por razones de orden filosófico -'la naturaleza no se equivoca'- mientras que otros no están de acuerdo, diciendo que la forma natural es imperfecta y que ésta, junto con otras prácticas culturales o médicas tales como los piercing o las vacunas, 'mejora' la naturaleza.

Las iglesias y la circuncisión masculina

En algunas regiones de África tales como Botswana y partes de Sud África y Malawi, una de las principales razones de la desaparición en el siglo XIX y principio del siglo XX de los ritos de iniciación, los que incluían la circuncisión masculina, fue la influencia de los misioneros cristianos, quienes consideraban estas prácticas como paganas³⁶. Más recientemente algunas instituciones basadas en la fe, como el Hospital Chogoria en Kenia, han establecido programas que combinan las prácticas tradicionales de iniciación africanas con procedimientos clínicos seguros para la circuncisión y consejería para la prevención del VIH, salud reproductiva y temas de género³⁷. Teniendo en consideración la extensa cobertura de dichos hospitales de misión y otras organizaciones cristianas en África y el mundo en vías de desarrollo en general, estas instituciones podrían potencialmente ayudar a aumentar el acceso seguro y culturalmente sensible a la circuncisión masculina y servicios de salud reproductiva, los que son cada vez más buscados.

Dr. Daniel T Halperin,
Profesor Asistente
AIDS Research Institute,
Universidad de California, San Francisco
dhalp@worldwidedialup.net

- 1 Agradecimientos a Robert Bailey, Stef Bailis, Cate Hankins, Helen Jackson, Jeff Klausner, Brian Morris, Sean Peacock, and George Schmid por sus importantes aportes.
- 2 Halperin DT, Steiner M, Cassell M, et al (2004). The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet*; 364; 1913-15
<http://www.iasociety.org/images/upload/Lancet%20HIV%20prevention.pdf>
- 3 Shelton JD, Halperin DT, Nantulya V, Potes M, Gayle H, Colmes K. (2004). Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention. *BMJ*, 328:891-93
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj:328/7444/891>
- Stoneburner R, Low-Beer D (2004). Population-level HIV declines and behavioural risk avoidance in Uganda. *Science*, 304:714-18.
- Halperin DT, Epstein H (2004). Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: Implication for prevention. *Lancet*; 363:4-6
- 4 Cassell MN, Halperin DT, Shelton JD, Stanton D (2006). Risk compensation; the Achilles' heel of the emerging innovatins in HIV prevention? *BMJ*; 332:605-07
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj:332/754/605?ct>
- 5 Bailis S, Halperin DT (2004). Male Circumcision: time to re-examine the evidence. *s BMJ*, 14:177-220
<http://studentbmj.com/issues/06/05/editorials/179.php>
- Morris BJ, Bailis SA, Castellsagué X, Wiswell TE, Halperin DT (2006). RACP's policy statement on infant male circumcision is ill-conceived. *Aus N Zeal J Pub Hlth*; 30:16-22
- Castellsagué X, Bosch FX, Munoz N, et al (2002). Male circumcision, penile human papilloma virus infection, and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med*, 346:1105-12
- USAID/AIDSMARK (2003). Male circumcision: current epidemiological and field reproductive health. Washington: USAID
<http://www.dec.org/pdf/PNACS892.pdf>
- 6 Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A (2005). Randomized, controlled infection trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med*; 2:1-11.
<http://medicine.plosjournals.org/periserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020298>
- Shelton J (2006). Estimated protection [of male circumcision against HIV infection] too conservative. *PLoS Med*; 3:e65.
<http://medicine.plosjournals.org/periserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030065>
- 7 Cohen J (2005). Male circumcision thwarts HIV Infection. *Science*; 309:860
- Weiss HA, Quigley MA, Hayes RJ (2000). Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*; 14:2361-70.
- Bailey RC, Plumier FA, Moses S (2001). Male circumcision and HIV prevention: current knowledge and future research directions. *Lancet Infect Dis*; 1:233-31.
<http://www.ingentaconnect.com/content/els/14733099/2001/00000001/00000004/art00117>
- Halperin DT, Bailey RC (1999). Male circumcision and HIV infection: 10 years and counting. *Lancet*; 354:1813-15
http://www.circumcisioninfo.com/halperin_bailey.html
- 8 Timberg C (2005). In Swaziland, science revives an old rite. *Washington Post*, December 26, 2005.
<http://www.washingtonpost.com/wp-pyn/content/article/2005/12/25/AR2005122500749.html>
- Goering L (2006). Going Under the knife to avoid HIV. *Chicago Tribune*, April 4.
- La Franiere S (2006). Circumcision Studied in Africa as AIDS Preventive. *New York Times*, April 28.
- 9 Williams BG, Lloyd-Smith JO, Gouws E, et al (2006). The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PLoS Med*; 3:1-11.
<http://medicine.plosjournals.org/periserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030262#s8>
- 10 En respuesta al anuncio de los resultados del estudio Orange Farm; ONUSIDA, OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial han desarrollado un Plan de Trabajo sobre la Circuncisión Masculina de las Naciones Unidas. Financiado por la Fundación Gates.
- ONUSIDA, los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, y la agencia francesa ANRS, se centra en el mejoramiento de la seguridad de las actuales prácticas de circuncisión masculina así como también en ayudar a los países a definir y determinar las lagunas de conocimientos en la eventualidad de que se decida sobre el rol de la circuncisión segura dentro de los programas integrales de prevención del VIH.
- Se están desarrollando materiales que incluyen una guía técnica sobre los aspectos programáticos, clínicos, éticos, y de derechos humanos para una circuncisión masculina segura, bajo anestesia local, lo que incluye capacitación, habilitación, certificación y acreditación; instrumentos para una rápida evaluación de la prevalencia de la circuncisión, aceptabilidad, infraestructura, proveedores y costos; y las herramientas para monitorear el número de circuncisiones realizadas, seguridad y el impacto en la conducta sexual.
- 11 Halperin DT, Epstein H (2004); Halperin DT, Bailey RC (1999). Caldwell JC, Caldwell P (1996). The African AIDS epidemic. *Sci Amer*; 274; 62-3, 66-8
- 12 Halperin DT, Bailey RC (1999); Halperin DT, Epstein H (2004).
- 13 Weiss HA, et al (2000); Bailey RC, et al (2001); Halperin DT, Bailey RC (1999); USAID/AIDSMARK (2003).
- 14 Quinn TC, et al (2000). Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med*; 342:921-29.
- Cameron DW, et al (1989). Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors seroconversion in men. *Lancet*; 403-07.
- Reynolds SJ, et al (2004). Male circumcision and risk of HIV-1 and other sexual transmitted infections in India. *Lancet*; 363:1039-40.
- 15 Weiss HA, et al (2000)
- 16 USAID/AIDSMARK (2003); Bailey RC, et al (2001).
- Weiss HA, Thomas SL, Munabi SK, Hayes RJ (2006). Male circumcision and risk of syphilis, chancroid and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *STI Online*; 82: 101-10
<http://sti.bmjournals.com/cgi/content/full/82/2/101>
- 17 Castellsagué X, Peeling RW, Franceschi S, et al (2005). Chlamydia trachomatis infection in female partners of circumcised and uncircumcised adult men. *Am J Epidemiol*; 162:907-16
- 18 Gray R, Wawer M, Thoma M., et al (2006). Male circumcision and the risks of female HIV and sexually transmitted infections acquisition in Rakai, Uganda. 13th Conference on retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, February 8.
<http://www.retroconference.org/2006/Abstracts/25977.HTM>
- 19 Patterson BK, Landy A, Siegel JN, Flener Z, Pessis D, Chaviano A, Bailey RC (2002). Susceptibility to human immunodeficiency virus-1 infection of human foreskin and cervical tissue grown in explant culture. *AM J Pathol.*; 161:867-73.
- Donoval BA, Laday AL, Moses S, et al (2006). HIV-1 target cells in foreskins of African men with varying histories of sexually transmitted infections. *Am J Clin Pathol*; 125:386-91.
- McCoombe SG (2006). Short RV, Potential HIV-1 target cell in the human penis. *AIDS*; 20:1491-95.
- 20 Patterson BK, et al (2002).
- 21 Fleiss PM, Hodges F (1996). The foreskin is necessary. *Tonswend Setter for Doctors and Patients*; 153:64-8.
- Goldman R (1997). Circumcision –The Hidden Trauma. Boston; Vanguard Publications.
- 22 No está claro aún si la profilaxis contra el VIH, las infecciones de transmisión sexual, cáncer, etc., constituirían una razón "médica" válida.
- Timberg C (2006). South Africa show to encourage circumcision to curb HIV. *Washington Post*, July 16.
<http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2006/07/15/AR2006071501015.html>
- 23 Fleiss PM, Hodges F (1996). Goldman R (1997).
- 24 Infecciones del tracto urinario pueden causar posteriores problemas renales, a veces serios.
- Bailis S, Halperin DT (2004); Morris BJ, et al (2006).
- Schoen EJ (2006). Ignoring evidence of circumcision Benefit. *Pediatrics*; 118:385-87.
- 25 Bailis S, Halperin DT (2004); Morris BJ, et al (2006); USAID/AIDSMARK (2003); Bailey RC, et al (2001); Schoen EJ (2006).
- 26 Bailey RC, Egeas O (2006). Assessment of Clinical and Tradicional Male Circumcision Services in Bungoma district, Kenia: Complications Rates and Operational Needs. Washington. AIDSMARK.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADG558.pdf
- 27 Timberg C (2006).
- 28 Bailis S, Halperin DT (2004); Morris BJ, et al (2006); Schoen EJ (2006).
- 29 Westercamp N, Bailey RC (in press). Acceptability of male circumcision for prevention of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: a review. *AIDS and Behavior*.
- Mattson C L, Bailey R C, Muga R., Poulussen R., Onyango T (2005). Acceptability of male circumcision preferente among men and women in Nyanza Province, Kenia. *AIDS Care*; 17:182-94.
- Kebaabetswe P, Lockman S, Mogwe S, et al (2003). Male circumcision: an acceptable strategy for HIV prevention in Botswana. *Sex Trans Inf*; 79:214-19.
- Halperin DT, Fritz K, Mc Farland W, Woelk G (2005). Acceptability of adult male circumcision for sexually transmitted disease and HIV prevention in Zimbabwe. *Sex Trans Dis*; 32:238-39.
- Scout BE, Weiss HA, Viljoen JI (2005). The acceptability of male circumcision as an HIV intervention among a rural Zulu population, Kwazulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*; 17:304-13.
- 30 PlusNews (2006). Zambia: a slip in time can save lives. *PLUSNEWS*, March 21.
<http://www.plusnews.org/AIDSreport.asp?ReportID=5780>
- Timberg C (2005); LaFraniere S (2006); Goering L (2006); USAID/AIDSMARK (2003).
- 31 Cassell MM, Halperin DT, Shelton JD, Stanton D (2006). Risk compensation: the Achilles' heel of emerging innovations in HIV prevention? *BMJ*; 332:605-07.
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/332/7541/605?ct>
- 32 Collins S, Upshaw J, Rutchik S, Ohannessian C, Ortenberg J, Albersen P (2002). Effects of circumcision on male sexual function: debunking a myth *J Urol*; 167:2111-12.
- Senkul T, Iseri C, Sen B, Karademir K, Saracoglu F, Erden D (2004). Circumcision in adults: effects on sexual function. *Urology*; 63:155-8.
- Laumann EO, Maal CM, Zuckerman EW (1997). Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. *J Am Med Assoc*; 277:1052-7.
- 33 Senkul T, et al (2004); Laumann EO, et al (1997).
- 34 Williamson ML, Williamson PS (1998). Women's preferentes for penile circumcision in sexual partners. *J Sex Educ Health*; 14:8-12.
- Westercamp N, Bailey RC (in press); Mattson C L, et al (2005); Kebaabetswe P, et al (2003).
- 35 Goldman R (1997).
- 36 Halperin DT and Allen A (2000). Is poverty the root cause of African AIDS? *AIDS Analysis Africa*; 11:1,15.
<http://sfgate.com/cgi-bin/article.cgi?file=/chronicle/archive/2000/11/30/ED113453.DTL>
- 37 Grant E, Grant A, Brown J, Manuthu E, Micheni K, Njeru J (2004). Seizing the day—right time, right place and right message for adolescent male reproductive sexual health. Lessons from the Meru of Eastern Province, Kenya. *Internat J Men's Health*; 3:189-96.
- USAID/AIDSMARK (2003).

LO QUE VIENE

La nanotecnología y la prevención del VIH

10

El término nanotecnología fue usado por primera vez para describir un modo de manufacturar algo de moléculas atómicas (como la replicación de comida en muchas películas de ciencia ficción, donde uno dice por ejemplo: café y la máquina construye y sintetiza molécula por molécula de café)'. Sin embargo, hoy nanotecnología se usa para decir 'tecnología a nanoescala' y ciencias a nanoescala incluyendo la investigación tecnológica y el desarrollo de productos, ideas y procesos con un control de tamaño menor a 300nm. Existen muchas nanotaxonomías, lo que muestra los numerosos campos, procesos y productos cubiertos²²

<http://www.nsti.org/leadership/scientific/>

<http://www.softmachines.org/wordpress/?p=203>

<http://www.epsrc.ac.uk/CMSWeb/Downloads/Publications/Other/EPsrcandNanotechnologyV2.pdf>

La nanotecnología es también vista como un posible medio para la prevención del VIH y potencialmente curarlo. Para dar cuatro ejemplos:

1. La compañía farmacéutica australiana Starpharma³ está llevando a cabo investigaciones sobre un gel antimicrobiano basado en la nanotecnología que previene la infección de VIH, de las células. El gel vaginal, SPL7013, usa nanopartículas llamadas dendrimers para encapsular e inhabilitar al VIH. "Vivagel tuvo buenos resultados en la Fase 1 de los ensayos clínicos en humanos: parece ser no tóxico, no irritante y exitoso en la prevención del VIH y del herpes genital"⁴. Los estudios también muestran que los virus no están desarrollando resistencia al microbicida. El producto se encuentra en la fase expandida de ensayos 1-2, y está siendo probado alrededor del mundo por varias poblaciones. Todavía le queda un largo camino por recorrer pero los indicadores son positivos.

El Instituto Nacional de las Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Institutos Nacionales de la Salud (NIAID, según su sigla en inglés) firmó un contrato en octubre de 2005, por US \$20,3 millones para financiar el desarrollo de Vivagel para la prevención del VIH. Hace dos meses, el NIAID firmó otro acuerdo para financiar ensayos clínicos de Vivagel dirigidos a estudiar su aplicación para la prevención del herpes genital. La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos ha otorgado a Vivagel condición de vía rápida, lo que será de mucha utilidad para la fase 3 de las pruebas, reduciendo a la mitad el tiempo que demora registrar productos para salir al mercado. El respaldo brindado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos a Vivagel ha sido catalogado como un hito, en cuanto éste es el primer dendrímero que pasa por el sistema⁵.

2. El Journal of Nano-biotechnology ha publicado un estudio que descubrió que las nanopartículas de plata matan al VIH-1 y que podrían matar virtualmente cualquier otro virus⁶.
3. El profesor Sinko, presidente del Departamento de Farmacéutica de Rutgers, Universidad del Estado de Nueva Jersey, Estados Unidos, y su equipo están trabajando en el desarrollo de sistemas de liberación de drogas para tratar células infectadas por VIH basada en nanotecnología⁷.
4. Científicos de la Universidad de California Davis esperan poder usar nanopartículas artificialmente manipuladas, como señuelos para bloquear la infección del VIH en las células humanas⁸.

Mientras la prevención del VIH basada en la nanotecnología está en camino, sería de mucha utilidad que las organizaciones fundamentadas en la fe comenzarán a involucrarse en la actual nano regulación y los discursos públicos de los gobiernos.

Dr. Gregor Wolbring, Catedrático Disabled People's International Bioethics Taskforce
gwolbrin@ucalgary.ca

Notas

- 1 <http://www.nanotech-now.com/introduction.htm>
- 2 <http://www.nsti.org/leadership/scientific/>
<http://www.softmachines.org/wordpress/?p=203>
<http://www.epsrc.ac.uk/CMSWeb/Downloads/Publications/Other/EPsrcandNanotechnologyV2.pdf>
http://www.codesta.com/knowledge/market/nanotech_part_one_taxonomy/page_02.aspx
<http://www.nsti.org/Nanotech2006/ICCN2006/>
http://www.onr.navy.mil/sci_tech/33/332/docs/nano_dtic_report_textmin.doc
- 3 http://www.starpharma.com/1a_home.htm
<http://www.starpharma.com/framemaster.htm>
- 4 http://www.forbes.com/newsletter/2006/07/13/starpharma-wolfe-nanotech-in_jw_0712soapbox_inl.html
- 5 http://www.forbes.com/newsletter/2006/07/13/starpharma-wolfe-nanotech-in_jw_0712soapbox_inl.html
- 6 Interaction of silver nanoparticles with HIV-1. Elechiguerra JL, Buró JL, Morones JR, Camacho-Bragado A, Gao X, Lara HH, Yacamán MJ. *Journal of Biotechnology*, 3:6 (29 June 2005)
<http://www.jnanobiotechnology.com/content/pdf/1477-3155-3-6.pdf>
- 7 \$1.7 Million for Rutgers Anti-HIV Drug Research – New NIH Research Funding for Rutgers on AIDS 25th Anniversary June 06, 2006.
<http://ur.rutgers.edu/medrel/viewArticle.html?ArticleID=5195>
- 8 http://www.ucdmc.ucdavis.edu/healthconsumers/features/20060705_nanotechnology/
 Ver también: Nano-technology research could provide cures for diseases such as cancer and AIDS. May 06, 2006. Edition 1 The Star South Africa.
<http://www.thestar.co.za/index.php?ArticleId=3234255>

REFLEXIONES BIBLICAS

Desafío para los/las cristianos/as para tomar la prevención del VIH de manera holística

Juan 10:10 El ladrón viene solamente para robar, matar y destruir; pero yo he venido para que tengan vida, y para que la tengan en abundancia.

Jesús trajo un Evangelio de vida a sus seguidores. En el verso más arriba citado, la misión de Jesús era invitar a la gente a una vida plena. La primera pregunta es: ¿a quién se refiere Jesús cuando habla de los/as recipientes de la vida en abundancia? Esta invitación no tiene tiempo y es para toda la humanidad. Es tan válida hoy como lo fue durante el ministerio de Jesús. Este requiere de una respuesta de toda la humanidad para elegir vivir bajo la autoridad de Dios. La segunda pregunta que se viene a la mente es: ¿qué es esto de la vida plena a la que se refiere Jesús? La respuesta a esta interrogante se encuentra en la declaración de misión de Jesús, la que leyó en el Templo de Nazaret del libro de Isaías (Lucas 4:18-19), diciendo:

“El Espíritu del Señor está sobre mí, porque me ha consagrado para llevar la buena noticia a los pobres; me ha enviado a anunciar libertad a los presos y a dar vista a los ciegos; a poner en libertad a los oprimidos; a anunciar el año favorable del Señor.”

La vida plena son buenas nuevas para los pobres, libertad para los cautivos, recuperación de la vista para los ciegos y libertad para los oprimidos. Se trata de la calidad de vida que es definida por la justicia y la integridad como originalmente fue pensado por Dios en la creación. Se trata de darle valor a la vida. Esto significa trabajar juntos como cuerpo de Cristo para mejorar la calidad de vida de la humanidad, ya que ahí se reconoce que la vida es

sagrada. Viene de Dios y vuelve a Dios. Por lo tanto, la calidad de vida para toda la humanidad es la voluntad de Dios.

La segunda pregunta a considerar es: ¿puede uno experimentar una vida plena aquí en la tierra cuando hay tantas fuerzas operando que niegan la vida a todos los niveles? El VIH es sólo una fuerza negativa que niega a la humanidad una vida en abundancia tanto para quien está afectado/a como para quienes viven con el VIH. Es el “ladrón que viene solamente a robar y destruir”. De acuerdo a los dos pasajes citados más arriba, la vida plena es posible para ambos casos aquí en la tierra. Cuando el mensaje de Jesús es puesto en el contexto del VIH, la misión de la Iglesia, que es el cuerpo de Cristo, es hacer de la calidad de vida una posibilidad para todos/as. Esto significa mirar cada método de prevención ofrecido por la ciencia y ver cuál es la mejor manera de aplicarlo para proteger la vida. Este enfoque se basa en la suposición de que ya hemos superado nuestra tradicional interpretación religiosa del SIDA, la que decía que el SIDA había sido creado por Dios para castigar a las personas por sus pecados sexuales. La afirmación sarcástica de Frank Ham es una dura verdad y sonó fuerte cuando dijo:

¿Cuántos cristianos/as habían creído al principio que el SIDA era un castigo de Dios a la homosexualidad? Una creencia que se les devuelve con desprecio, mientras los homosexuales ‘castigados’ de occidente tienen acceso a las drogas que salvan sus vidas, éstas no están disponibles para hombres y mujeres ‘inocentes’ ni para sus inocentes niños¹

Debido a que las tradiciones religiosas son guiadas por ideas y no realidades, las comunidades religiosas han tenido grandes dificultades para manejar de manera constructiva la prevención del VIH, por

ejemplo: la educación sexual, especialmente para la juventud; el uso del condón; el rol del género; el estigma y la discriminación contra las personas viviendo con VIH; el rechazo a usar las terapias para vivir por la fe; diagnóstico del VIH por la fe; declarar gente sanada rehusándose a que se hagan exámenes de sangre; y defensa sólo a través de las oraciones o amuletos para la protección, etc.

Afortunadamente existen muchas instituciones de fe que están promoviendo una nueva teología de vida sobre los temas de igualdad entre hombres y mujeres, sexualidad, los hechos del VIH, cuidados y aceptación de las personas viviendo con VIH. Es dentro de la línea de la teología de la vida que esta publicación alienta a todos/as los/as cristianos/as a tomar la prevención del VIH de manera holística, para proteger la santidad de la vida. En nuestro discurso sobre cuál es el mejor método para prevenir la transmisión del VIH, debemos guiarnos por la declaración

de misión de Jesús que vino para que tengamos vida en abundancia.

Isabel Apawo Phiri

General Coordinator of the Circle of Concernid African Women Theologians, Profesor of African Theology and Head of School of Religion and Theology, University of KwaZulu-Natal, South Africa
phirii@ukzn.ac.za

Notas

1 Ham F (2004). AIDS in Africa: How did it ever happen? Zomba: Kachere series.

Benn C (2002). The influence of cultural and religious frameworks on the future course of the HIV/AIDS epidemic. *Journal of Theology for Souther Africa*, No. 113, 2-18.

Farley M (2004). Partnership in Hope: Gender faith and responses to HIV/AIDS in Africa. *Journal of Feminist Studies in Religion*, Vol. 20, No 1133-148.



Peter Williams WCC

NOTAS:



Revista Contact

Una publicación del Consejo Mundial de Iglesias.