



SIDA: una enfermedad cuya principal causa y consecuencia es la discriminación

Sabrina Ayelén Cartabia

Estudiante de Derecho, Universidad de Buenos Aires (UBA).
Asistente de investigación en el Centro de Estudios de Sociedad
y Estado (CEDES), Buenos Aires (Argentina). Correo
electrónico: scartabia@hotmail.com

Resumen

El siguiente artículo aborda la problemática del SIDA en relación con la discriminación. Para ello, se analiza cómo influye esta última como un factor de propagación de la enfermedad sobre determinados grupos haciéndolos más propensos a contraerla, y una vez infectados se presenta como un obstáculo para realizar un correcto abordaje de la afección, generando complicaciones en su calidad de vida. Si bien la comunidad internacional ha destinado recursos y ha reconocido la importancia de luchar contra dicho flagelo, la visión referida a cómo actuar sobre determinados grupos no ha sido incluida. Es por esta razón que actualmente encontramos que ciertas porciones de la población son más vulnerables a contraer la enfermedad que otras.

Palabras Clave: SIDA; discriminación; grupos vulnerables; grupos étnicos; mujeres; minorías sexuales; políticas de Estado.

SIDA: una enfermedad cuya principal causa y consecuencia es la discriminación

*“Es la Humanidad la que se encuentra seropositiva,
no existiendo una "minoría" de enfermos”*

*Declaración de los derechos fundamentales de la persona que vive con
HIV/SIDA*

1. Introducción

A lo largo de este trabajo se abordará la problemática referida al SIDA, observando las dos caras de una misma moneda: la discriminación. Ésta es la causa principal por la cual el virus se propaga con tanta intensidad. Influye sobre determinados grupos haciéndolos más propensos a contraer la enfermedad, y una vez infectados, se presenta como un obstáculo para realizar un correcto abordaje de la afección (entendido como acceso a las pruebas de HIV, diagnóstico adecuado, tratamiento integral y prevención de su diseminación).

Sí bien en el mundo entero ha crecido la incidencia de la lucha contra esta enfermedad, la visión referida a cómo actuar sobre determinados grupos no ha sido incluida. Es por esta razón que actualmente encontramos que ciertas porciones de la población son más vulnerables a contraer la enfermedad que otras. Para paliar esta situación es necesario integrar ó transversalizar la perspectiva de minorías sexuales, niñez, grupos étnicos, y género. Sin dejar de considerar las necesidades diferentes según el lugar y el tiempo.

Sin embargo los responsables de establecer estrategias, preparar políticas y asignar presupuestos para la prevención y el tratamiento del VIH, pasan con frecuencia por alto las necesidades particulares de estos grupos. Y las inversiones en las tareas de prevención siguen siendo lamentablemente inadecuadas.

Los Estados deben realizar esfuerzos para cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, que consiste en detener y comenzar a reducir la propagación de la pandemia del HIV para 2015.

2. Discriminación y estigmatización, el antes y el después del HIV

“El VIH sólo pregunta una cosa a aquellos a quienes ataca: ¿Eres un ser humano? Y ésta es la pregunta correcta. ¿Eres un ser humano? Porque las personas que viven con el VIH no se han convertido en una especie de alienígenas: son humanos.»
Mary Fisher, activista contra el SIDA

El síndrome de inmuno deficiencia adquirida tiene desde sus orígenes una connotación discriminatoria. En la década del 80 fue presentado como una enfermedad relacionada con los homosexuales. En la actualidad se la sigue emparentando con la promiscuidad y

un estilo de vida frenético y desordenado. Sin embargo este flagelo universal no discrimina al hacerse presente.

El VIH no es una enfermedad mortal. Es una enfermedad crónica sensible a los tratamientos médicos, no obstante, la epidemia ha continuado su expansión. La desigualdad entre sexos, el estigma¹ y la discriminación² debilitan los esfuerzos por frenar el avance de la propagación del virus. Esto se debe a que, por una parte no se han resuelto las condiciones sociales que aumentan el riesgo³ y la vulnerabilidad⁴ relacionados con el virus. Por la otra debido al fuerte estigma que se ciñe sobre los seropositivos el cual genera que, muchos prefieran no realizarse el test y continuar ignorando su estado de salud o no comunicar el resultado, lo cual hace imposible tomar las medidas de bioseguridad necesarias para evitar su propagación.

El estigma relacionado con el VIH-SIDA es altamente complejo, dinámico y de profundo arraigo en la sociedad. Se vincula a desigualdades más amplias que están vigentes en la misma y a posturas morales, a menudo negativas, referidas al comportamiento sexual.

La discriminación y estigmatización hacia los infectados por el virus de HIV, reconoce diversas causas tales como: la falta de sensibilización y conocimientos sobre los efectos nocivos que derivan de ellos; temor, fundado sobre el desconocimiento y la falta de información adecuada, a contraer la enfermedad por establecer contacto con seropositivos; la creencia de que la enfermedad se contrae a causa comportamientos inmorales o impropios considerados negativos.⁵

La discriminación hacia las personas que viven con el VIH y hacia quienes se piensa que viven con el virus se produce en familias y otras redes sociales. Existe también discriminación institucionalizada, entendida como leyes, políticas y procedimientos oficiales orientados negativamente a las personas que viven con el VIH o a grupos que se piensa que viven con el VIH, así como también la discriminación en el lugar de trabajo o

¹ ONUSIDA (2003). El estigma en relación con el VIH se define como: "... un "proceso de desvalorización" de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el sida"

² La discriminación se refiere a las acciones que se realizan por motivos del estigma. La discriminación relacionada con el VIH se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa de su condición real o percibida en relación con el VIH. Ídem.

³ Riesgo: probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, aumentan y perpetúan el riesgo. Por ejemplo, las relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estado serológico respecto al VIH se desconoce, las parejas sexuales múltiples con quienes se mantienen relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas inyectables con agujas y jeringas contaminadas. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008 pág. 65

⁴ Vulnerabilidad: deriva de una serie de factores fuera del control de la persona que reducen la capacidad de individuos y comunidades para evitar el riesgo de contraer el VIH. Estos factores pueden incluir: falta de los conocimientos y las aptitudes requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás; factores relativos a la calidad y la cobertura de los servicios (pág. ej. imposibilidad de acceder a los servicios debido a la distancia, el costo u otros factores); y factores sociales como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales. Estas normas pueden incluir prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones, limitan su capacidad para acceder o usar los servicios y bienes de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Estos factores, por sí solos o combinados, pueden crear o exacerbar la vulnerabilidad individual y colectiva al VIH. Ídem.

⁵ ONUSIDA (2008)

en ámbitos de atención sanitaria.⁶ La omisión es también una forma de discriminación en los casos en que se desatienden o minimizan las necesidades y los intereses de las personas que viven con el VIH o las poblaciones estigmatizadas.

La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por las leyes internacionales sobre derechos humanos. La Comisión de Derechos Humanos, actualmente el Consejo de Derechos Humanos, ha declarado que la discriminación por motivos de “otras condiciones” incluye el estado de salud y, en consecuencia, el VIH.

Es fundamental establecer una relación directa entre el HIV y los DDHH. De esta manera se garantiza que los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, los donantes y el sector privado sientan la obligación y la capacidad de ayudar en la aplicación de los derechos necesarios para responder al VIH. Es un enfoque que coloca las normas y los principios relativos a los derechos humanos en el corazón mismo de todos los procesos de programación pertinentes al VIH y que faculta a las personas para que conozcan y reivindiquen sus derechos.⁷

Por otra parte, la discriminación, genera otros conflictos a los cuales se debe buscar solución. 1- gran cantidad de enfermos encuentran barreras para alcanzar los tratamientos médicos prescritos. 2- la sociedad excluye a los seropositivos, marginándolos del ámbito laboral, educativo y social. 3- Muchas personas evitan realizarse ó no pueden acceder al test de HIV. 4- el género: las mujeres son 4 veces más propensas a contraer SIDA que los hombres.⁸

La violencia hacia los infectados se evidencia como un síntoma más de la enfermedad. Actúa sobre las estructuras psicológicas del infectado debilitándolo. El paciente no sólo debe asumir el hecho de padecer una enfermedad crónica que puede conducirle a la muerte, sino que además sufre la marginación de la sociedad, la pérdida de su trabajo y las dificultades derivadas de proveerse de los medicamentos necesarios para tratar la afección. Los seres humanos son animales inherentemente sociales, y su salud física y psicológica se deteriora cuando se los aísla o se los separa de su grupo social.

Es por esta razón que muchas personas deciden no someterse a las pruebas, aunque estén en el grupo de alto riesgo. Quienes padecen la infección pueden no estar dispuestos a revelar su estado por miedo al estigma y al rechazo. Por otra parte sólo el 12% de las personas que desean someterse a una prueba de HIV tiene posibilidades de hacerlo.⁹ Si estas pruebas estuvieran disponibles de manera más generalizada, quienes obtuvieran resultados positivos podrían ser remitidos para tratamiento, apoyo y atención, y tendrían la oportunidad de hablar con personas informadas que podrían ayudarles a comprender

⁶ “74 países restringen la entrada o la estadía de las personas en función de su estado serológico respecto del VIH, entre ellos, 12 países que prohíben la entrada de personas con VIH por cualquier razón o por cualquier período de tiempo.” Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008, ONUSIDA, pág.77

⁷ Ídem., pág. 66

⁸ AIDS - 5 years since ICPD, UNAIDS (1999), En: <http://www.unaids.org/publications/documents/human/gender/newsletter.pdf>. Consulta hecha el 23 de junio de 2009.

⁹ ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM, *Women and HIV/AIDS, Confronting the Crisis*, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, y Fondo de Desarrollo para la Mujer de las Naciones Unidas, Ginebra/Nueva York, 2004, pág. 17

lo que significa su situación como portadores del VIH y explicarles cómo pueden llevar una vida productiva y satisfactoria. En este sentido la estadística indica que sólo un 10% de los infectados conocen su condición.¹⁰

Evitar hacerse el test de HIV o no acceder al mismo, tiene consecuencias negativas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Pero esta situación no sólo afecta a quienes se encuentran infectados, si no a la sociedad en su conjunto ya que bajo estas circunstancias la diseminación del virus se vuelve más fácil.

En íntima relación con este punto se encuentra el derecho a la confidencialidad del resultado de la prueba de HIV. Quien se realiza el test es la única persona a la cual se le puede informar su resultado, no pudiendo evadirse su consentimiento para realizar el mismo o divulgar su contenido. Es una práctica difundida incluir pruebas de HIV en los exámenes preocupacionales, sin el conocimiento de quien será sometido a análisis. Esto determina que sea muy difícil, para los seropositivos conseguir trabajo.

El marco normativo de los Estados debe ser una fuerza que arrase con el estigma, la discriminación y la vulnerabilidad. Protegiendo a las personas infectadas de estos flagelos por medio de herramientas legales tales como el amparo¹¹ ó derogando las leyes que criminalizan a los enfermos¹². Las leyes también pueden proteger a otros grupos (por ejemplo, a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas o profesionales del sexo) de las violaciones de derechos humanos, en especial de la violencia, el vilipendio, la discriminación y la falta de acciones judiciales debidas.

Por otra parte, desde las agencias educativas debe abordarse la problemática. Otorgando correcta información y sensibilizando a los alumnos respecto a los efectos nocivos que genera la discriminación. Los medios de comunicación también son útiles en la difusión del discurso antiestigmatizante.¹³ Debe fomentarse la interacción laboral y cultural de los infectados de HIV con la sociedad, revalorizando el lugar que el enfermo ocupa como persona dentro de la comunidad.

Es fundamental que dentro de las unidades sanitarias el enfermo encuentre apoyo y contención, así como los tratamientos y medicinas que aporten a mantener su estado de salud. En este punto es importante resaltar la relevancia que tiene en la formación de los profesionales de la salud. Esta debe estar integrada con un conocimiento profundo de los DDHH, y de la importancia de su cumplimiento.

¹⁰ La Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida. "Mantener la promesa un programa de acción para la mujer y el SIDA", 2006 pág. 14

¹¹ "Un tercio de los países del mundo carecen de amparos legales contra la discriminación por el HIV." Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008, ONUSIDA, pág. 64

¹² El derecho penal aplicado sobre los enfermos de SIDA alienta la percepción de que las personas que viven con el VIH son delincuentes y debilita el objetivo de acceso universal, no discriminación ni estigmatización.

¹³ "Los medios pueden desempeñar un papel esencial en la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH. En 2007, la Red Nacional de Sida de Zambia capacitó a más de 300 periodistas para que informaran sobre cuestiones relativas al VIH. La Campaña Nacional contra el Estigma Relacionado con el VIH de Ghana, lanzada en enero de 2007, incluyó anuncios en la televisión y la radio nacionales que preguntaban: "¿Quién es usted para juzgar? Las personas que viven con el VIH son iguales a usted". Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008, ONUSIDA, pág. 83

En este marco podemos afirmar que el Sida no es sólo una enfermedad, sino un conflicto social.

3. Problemas relacionados con la niñez, la juventud y el HIV

No alcanzar el objetivo sobre el VIH/SIDA afecta de manera negativa en con una incidencia fenomenal a los niños y niñas del mundo. Las posibilidades para progresar en el logro de otros objetivos, tales como reducir la pobreza extrema, el hambre, la mortalidad materno infantil, mejorar la salud y proporcionar educación primaria, entre otras se ven truncadas.

La pandemia deja a millones de niños, niñas, adolescentes y jóvenes expuestos al peligro y necesitados de protección. El SIDA está redefiniendo el significado mismo del concepto de infancia para millones de niños y niñas, privándoles de muchos de sus derechos humanos: del cuidado de sus progenitores; de sus maestros y sus modelos de conducta; de su derecho a la salud; de su educación y sus posibilidades para el futuro; de la protección que necesitan contra la explotación y el abuso; entre otros. En este sentido vale la pena citar:

El Sida no ha dejado intacto a ningún país, ni rico ni pobre. En los 54 países donde la incidencia del VIH entre los adultos ha alcanzado a más del 1% de la población general, el VIH/SIDA afecta directamente a millones de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. En los países con mayor número de casos, los sistemas de salud tienen cada vez menos capacidad para prestar tratamiento y cuidados a los niños y sus familias. Las escuelas han comenzado a dejar de funcionar, al perder a sus maestros que se enferman y mueren. Los agricultores, hombres y mujeres, cada vez están más enfermos para realizar su labor. Las familias afectadas venden sus propiedades, y gastan cada vez mayores cantidades de dinero en atención de la salud, empobreciéndose todavía más. Todos aquellos niños y niñas que no han perdido a un miembro de su familia debido al VIH/SIDA, han perdido a maestros, compañeros de clase y vecinos, y a otras personas que les servían como modelos de conducta.¹⁴

Todos los días

Se producen cerca de 1.800 infecciones por VIH entre los niños y niñas menores de 15 años, la mayoría debidas a la transmisión de madre a hijo. 1.400 niños y niñas menores de 15 años mueren debido a enfermedades relacionadas con el SIDA. Más de 6.000 jóvenes entre 15 y 24 años contraen el VIH.

Después de más de 20 años

Menos de un 10% de las mujeres embarazadas reciben servicios para evitar la transmisión del VIH a sus recién nacidos. Menos de un 10% de los niños y niñas que han quedado huérfanos o son vulnerables a causa del SIDA reciben asistencia pública o tienen acceso a servicios de apoyo.

¹⁴ UNICEF, “Un llamamiento a la acción. Niños y niñas, el rostro oculto del SIDA”, octubre 2005, pág. 4

Menos de una tercera parte de las mujeres de 15 a 24 años de África sub sahariana están plenamente informadas sobre cómo evitar la enfermedad.¹⁵

Distintos llamamientos, entre los que podemos citar: la Cumbre del G-8 de 2005, la Cumbre Mundial de 2005, y otras declaraciones y compromisos sobre el VIH/SIDA, UNICEF, ONUSIDA, exhortan a la sociedad mundial en su conjunto a que se unan en una campaña para apoyar las actividades nacionales necesarias para asegurar que ésta sea la última generación de niños y niñas que deban soportar la carga del SIDA. Esta petición es lógica teniendo en cuenta que la dispersión del virus hacia los niños es totalmente evitable. Ya que con un adecuado y temprano diagnóstico, puede realizarse el adecuado tratamiento a la madre evitando la transmisión vertical del virus durante el embarazo, el nacimiento y la lactancia. Muchos de los 270,000 niños que murieron en 2007 nunca recibieron un diagnóstico de HIV, ó entraron bajo tratamiento.¹⁶ En este sentido vale la pena citar: “La comunidad internacional lleva ya más de dos décadas preocupándose por el SIDA. Sin embargo, sus repercusiones sobre la infancia no se han tenido debidamente en cuenta.”¹⁷ En la misma línea de la afirmación precedente veremos algunos problemas relacionados con dicha falencia.

Muchos niños son privados de nacer sin la enfermedad. La estadística nos muestra que un 35% de los niños y niñas nacidos de madres VIH-positivas contraerán el virus.¹⁸ A muchos otros se les priva de su infancia, debiendo asistir a la muerte de sus padres. Se calcula que, a nivel internacional, 15 millones de niños y niñas han quedado huérfanos a causa del VIH/SIDA. Menos de un 10% de estos niños y niñas reciben actualmente algún tipo de apoyo y de servicios públicos.¹⁹ A los niños y niñas se les priva de la medicación que requieren, menos de un 5% de los niños y niñas seropositivo tienen acceso a tratamiento pediátrico contra el SIDA. Aunque hay medicamentos pediátricos son más caros que los indicados para adultos,²⁰ difíciles de administrar y suelen tener un mal sabor. Los laboratorios que investigan y desarrollan medicamentos han dudado en invertir en la preparación de productos pediátricos debido a que la infección por VIH entre los niños y niñas de los países industrializados ha sido prácticamente eliminada, mientras que la demanda de productos infantiles en los países de bajos ingresos sigue siendo incierta. Otro problema es la falta de un diagnóstico específico para las niñas y los niños infectados menores de 18 meses, la ineficacia de los sistemas de distribución de suministros y la ausencia de un personal médico cualificado para tratar a estos niños y niñas. También debemos resaltar que se les priva de la educación, esto se debe a que, en

¹⁵ Los datos estadísticos fueron extraídos de UNICEF, “Un llamamiento a la acción. Niños y niñas, el rostro oculto del SIDA”, octubre 2005 pág. 2

¹⁶ UNICEF, UNAIDS, WHO, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, New York, 2008.

¹⁷ UNICEF, *Un llamamiento a la acción. Niños y niñas, el rostro oculto del SIDA*, octubre 2005 pág.2

¹⁸ ONUSIDA, UNICEF y USAID, “Niños al borde del abismo 2004, Un informe conjunto sobre nuevos cálculos en la cifra de huérfanos y un marco de acción”, Population, Health and Nutrition Information project para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Washington, D.C., 2004, pág. 8

¹⁹ UNICEF, *Un llamamiento a la acción. Niños y niñas, el rostro oculto del SIDA*, octubre 2005 pág.6

²⁰ “ Los cuidadores de los niños más pequeños tienen muchas veces que dividir y triturar las fórmulas para adultos a fin de administrárselas a los niños, y corren el riesgo de darles una dosis inadecuada o excesiva” “las formulaciones pediátricas del mismo tipo son de cuatro a ocho veces más caras, según la edad y el peso del lactante.” Ídem. pág. 7

los países más afectados (que también son los más pobres) se ha desarticulado la demanda de educación, la provisión de maestros, los recursos disponibles para las escuelas y la calidad de la enseñanza.²¹ Cuanto más se propaga la enfermedad, los niños y las niñas se educan en menor medida, generando esto un impacto negativo en la sociedad entera, ya que estos futuros adultos carecerán del conocimiento y la confianza necesarios para protegerse y prepararse para una vida plena y productiva. Muchos niños no tienen cubiertas sus necesidades nutricionales ni tienen acceso a agua potable, esto sin lugar a duda afecta su posibilidad de sobrevivir, desarrollarse y crecer. Los niños y niñas que viven con VIH tienen mayores necesidades nutricionales que otros. Esto se debe a que la desnutrición debilita el sistema inmunológico y hace que la infección por VIH avance más rápidamente. Lamentablemente en los hogares donde los adultos han contraído la enfermedad la disponibilidad de alimentos disminuye ante la imposibilidad de estos de trabajar. En este sentido es importante destacar que en los países cuya economía se basa en la agricultura, los padres enfermos tienen menos posibilidades de enseñar a sus hijos el arte de cultivar, esto ahonda el problema de la escasez de alimentos y la productividad de las futuras generaciones.

Es notoria la relación directa que hay entre pobreza y avance del virus. En este sentido los estados deben evaluar y generar políticas que hagan especial hincapié en la reducción de la pobreza de los niños y niñas que, ante esta situación, se han imposibilitado de medios para subsistir, recurren al peligroso cóctel formado por la mendicación, el delito y la prostitución infantil.

La ONU, por medio de su documento “Un llamamiento a la acción. Niños y niñas, el rostro oculto del SIDA”, propone cuatro líneas de acción referidas a la problemática de la niñez y el HIV:

- Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo
- Proporcionar tratamiento pediátrico
- Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes
- Proteger y apoyar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA

Proveer servicios que contemplen la asistencia técnica y otro tipo de apoyo para la integración en los servicios de maternidad y salud infantil de las intervenciones de prevención de la transmisión de madre a hijo y los programas de tratamiento del VIH/SIDA, es fundamental para disminuir la incidencia de la transmisión materno-infantil.

En esta línea los Estados deben mejorar su capacidad para identificar a las mujeres y los niños y niñas que viven con VIH y proporcionarles servicios, incluido el acceso a las pruebas del VIH, tratamiento antirretroviral y tratamiento de infecciones oportunistas.

²¹ “Aquellos maestros que no viven ellos mismos con el VIH, suelen faltar a su trabajo porque tienen que ocuparse de familiares enfermos. Su moral disminuye a medida que sus colegas mueren a causa del SIDA y las condiciones de trabajo se deterioran. En los hogares más pobres, que consagran a la enseñanza la proporción más elevada de sus ingresos, los costos de la educación y de los uniformes y materiales educativos pueden llegar a ser prohibitivos.” Ídem., pág.9

La educación sexual temprana de los adolescentes es fundamental, si no disponen de la información necesaria para evitar el contagio se ven imposibilitados de protegerse.²² Por otra parte estar informados les permite tomar decisiones racionales. Contrariamente a esta necesidad, la estadística revela que los jóvenes no toman seriamente a la profilaxis al momento de mantener relaciones sexuales.²³ Los adolescentes pueden no entender o desestimar cuan expuestos están a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el HIV. Esto se evidencia en algunos países, donde incluso teniendo acceso a buena información respecto a las ETS y el HIV, no creen ser vulnerables a contagiarse.²⁴ Un ejemplo de la afirmación precedente puede observarse en UK, donde el número de jóvenes con clamidia, gonorrea y herpes genitales ha crecido en más de un 100% desde 1995.²⁵

Evidentemente el mensaje referido a la prevención de ETS no obtiene una buena recepción entre los jóvenes.

Para que los jóvenes internalicen la protección se debe empezar a pensar campañas que recepten sus necesidades, que son cambiantes según las circunstancias y el lugar. Al mismo tiempo se les debe facilitar información sobre la sexualidad en líneas generales y particularmente referidas a las ETS, ya que constantemente miles de jóvenes se inician sexualmente y pueden nunca haber recibido información, soporte o consejos referidos al HIV, lo cual volvería irrelevante a la enfermedad.

Es fundamental que cuenten con espacios donde aclarar sus dudas y acceder a profilaxis, en caso contrario podría generarse una construcción errónea de la pandemia basada en mitos y estigmas. Es relevante, en este punto, considerar el papel que deben tener los padres cuando consideramos a los menores de edad. Exigir una autorización de los mismos supone una barrera que aleja a los jóvenes del sistema sanitario y que no supone beneficio alguno. A partir de una determinada edad los niños tienen conciencia de su cuerpo y de su sexualidad. Los estados deben determinar un estándar objetivo que les permita acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva.²⁶

Por otra parte es de gran relevancia otorgarle a los jóvenes oportunidades para desarrollar sus habilidades, brindándoles mayor confianza, lo cual repercutirá a la hora de tomar decisiones y cuidar de sí mismos, promoviendo de esta manera su igualdad y su salud sexual.

²² Las encuestas de indicadores sobre el SIDA, Encuestas de Demografía y Salud y Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) para 2000-2004 revelaron que menos de la mitad de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años conocían métodos para evitar la transmisión.

²³ *THT* (2007, 4 de julio), 'Survey highlights shocking ignorance about HIV, 25 years after death of Terry Higgins'

²⁴ *Who information factsheet*, n° 186 En: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact186.html>, consulta hecha el 17 de julio de 2003.

²⁵ Health Protection Agency "All new episodes seen at GUM clinics: 1997 - 2006. United Kingdom and country specific tables", Julio de 2007.

²⁶ En este sentido el Estado argentino, por medio de la ley 25.673/2003 y su decreto reglamentario, estableció que sólo los menores de 14 años deben concurrir acompañados por sus padres a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Es importante señalar la importancia que tiene la Convención sobre los Derechos del Niño. En sus artículos 24 y 25, se establecen las obligaciones de los estados ratificantes en relación con el derecho a la salud del niño, debiendo reconocerse en su favor el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades. Esforzándose por que ningún niño sea privado de tales servicios. En particular los Estados están obligados a tomar medidas tendientes a reducir la mortalidad infantil; asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Los Estados Partes están obligados a adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños, y reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación. Por otra parte se comprometieron a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido, teniéndose en cuenta sobre todo, las necesidades especiales de los países en desarrollo.

4. El Sida y la problemática de género

*“Toda estrategia sobre el SIDA debería superar la prueba: ¿funciona para las mujeres?”
Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo, ONUSIDA*

El SIDA está afectando a un número cada vez mayor de mujeres y niñas.²⁷ Cerca de 25 años después de haberse iniciado la epidemia, las desigualdades entre los sexos y la baja

²⁷ Se aportan los siguientes datos estadísticos para reforzar la hipótesis: En todo el mundo están viviendo con el VIH unos 17,3 millones de mujeres de edad igual o superior a 15 años; o sea, el 48% del total mundial. Las tres cuartas partes (76%) de todas las mujeres VIH-positivas viven en África sub sahariana, donde las mujeres constituyen el 59% de los adultos infectados por el virus. En África sub sahariana son mujeres casi tres de cada cuatro (74%) jóvenes de 15-24 años que viven con el VIH. En Asia, Europa oriental y América Latina, una proporción creciente de las personas que viven con el VIH son mujeres y niñas. Las mujeres representan actualmente el 30% de los adultos que viven con el VIH en Asia. Las cifras son mayores en algunos países de la región, y llegan al 39% en Tailandia y al 46% en Camboya. En Ucrania, que tiene una de las epidemias de crecimiento más rápido en Europa, las mujeres representan actualmente cerca de la mitad (46%) de los adultos infectados por el VIH. En el Caribe, el 51% de los adultos que viven con el VIH son mujeres, mientras que en las Bahamas y Trinidad y Tobago las cifras se

condición social de la mujer siguen siendo dos de los principales factores impulsores del VIH. Sin embargo, las respuestas actuales al SIDA no abordan, en conjunto, los factores sociales, culturales y económicos que exponen a las mujeres al riesgo de contraer el VIH y les imponen de forma desproporcionada las consecuencias de la epidemia. Las mujeres y niñas tienen menos acceso a la educación y a la información sobre el VIH; por lo general no gozan de igualdad en el matrimonio y las relaciones sexuales, y continúan siendo las principales cuidadoras de los miembros de la familia y la comunidad que sufren enfermedades relacionadas con el SIDA. Para ser más eficaz, la respuesta al SIDA debe tener en cuenta los factores que continúan colocando a las mujeres en situación de riesgo.²⁸

La condición social desigual de las mujeres genera desventajas a la hora de recibir información referida a la prevención, negociar encuentros sexuales protegidos y acceder a los tratamientos en caso de infección.

Lo expuesto en el párrafo precedente se debe a que: 1-se considera que las mujeres no deben saber de sexo.²⁹ Se las considera como promiscuas o adúlteras si buscan información referida a una vida sexual activa sin riesgos. En contraste los hombres son incentivados a experimentar sexualmente a temprana edad y tener más de una pareja sexual a lo largo de sus vidas. 2- Las mujeres ven disminuidas sus capacidades para negociar sobre las circunstancias en las que tiene relaciones sexuales. Esto se debe a la inequidad en la distribución del poder, los recursos económicos y sociales. Muchas mujeres y niñas de bajos recursos se ven forzadas a prostituirse para percibir ingresos. En estas circunstancias sus posibilidades de exigir prácticas de sexo seguro son muy bajas.³⁰ 3- El género influye también en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad. Las diferencias que se presentan respecto del acceso a la información, el prurito referido a realizar el análisis y poner en evidencia su enfermedad³¹ configuran las condiciones para que sea más difícil obtener diagnóstico y tratamiento. Esto deriva en que las mujeres seropositivas tengan una esperanza de vida menor que los hombres.³² Esta circunstancia se ve potenciada por la realidad socioeconómica de América Latina, donde la tendencia es que en los hogares donde hay personas de distinto sexo infectadas, se tienda a preservar las necesidades nutricionales y tratamiento del jefe de familia masculino.

La violencia contra las mujeres es un fenómeno habitual a lo largo y a lo ancho del mundo. Las situaciones de abuso que deben vivir las mujeres son ignoradas o minimizadas. De esta manera se les arrebató el bienestar, su salud y sus derechos. En este

sitúan en el 59% y 56%, respectivamente. En los Estados Unidos de América, el SIDA es la principal causa de mortalidad entre las mujeres afro americanas de 25-34 años. "Mantener la promesa un programa de acción para la mujer y el SIDA", La coalición Mundial Sobre la Mujer y el Sida, 2006 pág. 8

²⁸ Ídem, pág. 3

²⁹ Aníbal D´Auria, *El anarquismo frente al derecho: lecturas sobre propiedad, familia, estado y justicia*, Buenos Aires, Libros de Anarres, 2007, pág. 130

³⁰ *Women and VIH/AIDS, WHO Fact sheet 242* (2000) En: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html> Consulta hecha el 30 de junio de 2009.

³¹ "Cuando las mujeres ponen en evidencia que son VIH positivas también enfrentan el riesgo de la violencia así como del abandono por parte de sus parejas, familiares y amigos. Un estudio realizado en los EE.UU. muestra que el 20.5% de las mujeres infectadas por el VIH reportaron abuso físico." OMS, 2000

³² *Gender and VIH/AIDS UNAIDS Fact Sheet* (2001) En: http://www.unaids.org/fact_sheets/files/GenderFS_en.pdf, consulta hecha el 29 de junio de 2009.

sentido vale citar: “Los estudios en Sudáfrica y Tanzania indican que las mujeres que han sido objeto de violencia tienen una probabilidad hasta tres veces mayor de estar infectadas por el VIH que las mujeres que no han experimentado violencia.”³³

La violencia -incluso el miedo a la violencia- también impide que muchas mujeres y niñas averigüen o revelen su estado del VIH, o que accedan a servicios básicos sobre el SIDA. En esta línea vale citar:

En Camboya, el miedo a la violencia doméstica parece ser uno de los motivos por los que un número inesperadamente bajo de mujeres utilizan servicios de asesoramiento y pruebas del VIH en algunos dispensarios prenatales.³⁴

En un dispensario de Zambia, cerca del 60% de las mujeres que reunían las condiciones para recibir terapia antirretroviral gratuita rechazaron el tratamiento, en parte porque temían la violencia y el abandono si revelaban su estado del VIH a sus parejas.³⁵

Se evidencia una relación directa entre violencia de género (tanto sexual como doméstica) y la infección. Podemos afirmar esto teniendo en cuenta que la proporción global de mujeres VIH-positivas ha aumentado progresivamente. Este proceso es más visible en los países donde el virus se propaga mayoritariamente por vía sexual, tales como África, América Central y el Caribe.³⁶

En el sentido antes señalado es interesante observar los siguientes datos estadísticos:

- En 1997 mujeres constituían el 41% de las personas VIH positivas, en 2002 esa cifra había llegado casi al 50%.³⁷
- A fines de 1999, mujeres constituían 25% y 30% de los adultos seropositivos al VIH en América Latina y el Caribe, respectivamente. Actualmente, esos porcentajes han aumentado a 30% y 50%.³⁸
- En el Caribe, aproximadamente 3.000 niños nacen al año de madres seropositivas. A la medida que crece el número de mujeres infectadas por VIH, también aumenta el número de niños infectados por VIH.³⁹

³³ Amfar (2005). *Gender-based violence and HIV among women: assessing the evidence*. Issue Brief No. 3, Junio. Disponible en <http://www.amfar.org/cgi-bin/iowa/programs/publicp/record.html?record=28>. Consulta hecha el 30 de junio de 2009.

³⁴ Duvurry N, Knoess J (2005). *Gender Based Violence in Cambodia: Links, Opportunities and Potential Responses*. Agosto. OMS, Campaña Mundial de Prevención de la Violencia, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, Organismo Alemán de Desarrollo (GTZ).

³⁵ Fleischman J (2005). *Strengthening HIV/AIDS Programs for Women: Lessons for U.S. Policy from Zambia and Kenya*. Center for Strategic and International Studies. Washington. Disponible en http://www.globalaidsalliance.org/docs/Strengthening_AIDS_Programs_for_Women.pdf. Consulta hecha el 30 de junio de 2009.

³⁶ ONUSIDA/OMS Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA. Ginebra, 2001.

³⁷ ONUSIDA/OMS, 2004 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2004.

³⁸ ONUSIDA/OMS Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA. Ginebra, 2001.

³⁹ Bilali, C. *Eighteen years of the VIH/AIDS Epidemic in the Caribbean: A summary*. Presentación de CAREC <http://www.carec.org/publications/presentations.htm> consulta hecha el 30 de junio de 2009.

La violencia sexual entendida desde la óptica tradicional (que incluye al abuso y a la violación) así como la inclusión de una concepción superadora en la que se enmarcan la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de condones o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren, entre otras; constituyen factores de riesgo frente a la propagación Enfermedades de Transmisión Sexual. Es interesante observar los siguientes datos de la región de América Latina:

- Más del 36% de las niñas y el 29% de los niños han sufrido abuso sexual infantil en la región.⁴⁰
- Hasta una tercera parte de las adolescentes en la región ha sufrido una iniciación sexual forzada.⁴¹
- En algunos países casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia por parte de su pareja.⁴²
- El 90% de niñas Peruanas entre 12-16 años que dieron a luz fueron embarazadas por violación, frecuentemente por incesto.⁴³

Por otra parte el tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual es una de las formas más extendidas de violencia de género y un factor determinante de la propagación del VIH/SIDA ya que las posibilidades de negociar el sexo protegido y el uso del condón son mínimas o nulas.

Las prestaciones de atención después de una violación y de profilaxis posexposición son obligaciones de los Estados. En este sentido se debe generar un espacio sanitario al cual la mujer se sienta segura de recurrir. Debe brindársele contención, evitándosele padecimientos que la victimasen doblemente.

Es fundamental tener en cuenta que el éxito de la terapia antirretroviral en las mujeres depende esencialmente de las libertades y derechos jurídicos, un comportamiento cultural de apoyo y un sistema sanitario favorable. Deben derribarse los obstáculos que impiden a las mujeres acceder al test, así como al tratamiento antirretroviral. En diversos países existen trabas legales que generan diferencias de género que alejan a las mujeres de los servicios sanitarios. En este sentido vale citar: “Los tribunales de justicia de Zambia están fomentando el miedo a la revelación entre las mujeres, ya que la ley concede el divorcio a los varones cuyas mujeres se someten a la prueba voluntaria del VIH o reciben tratamiento antirretrovírico sin su aprobación.”⁴⁴

⁴⁰ Informe de la OPS/OMS, 2003

⁴¹ Informe de la OPS/OMS, 2002

⁴² Ídem.

⁴³ UNFPA, Estado de la Población Mundial 1997, El derecho a optar: Derechos de procreación y salud reproductiva.

⁴⁴ la coalición mundial sobre la mujer y el sida: “Mantener la promesa un programa de acción para la mujer y el SIDA”, 2006 pág. 16

Todas las personas que viven con el VIH se enfrentan a estigma y discriminación. Pero las mujeres los experimentan con mayor frecuencia, tienen más probabilidades de sufrir las formas más duras y perjudiciales y encuentran mayores dificultades para afrontarlos. En este sentido citamos: “las mujeres tienen una probabilidad significativamente mayor que los varones de sufrir discriminación, acoso y agresión sexual, hasta el punto de verse obligadas a cambiar el lugar de residencia.”⁴⁵

En cuanto al género, nos encontramos ante una profundización de la discriminación. Esto se debe a que antes de contraer la enfermedad, en razón del sexo las mujeres se encuentran en una posición desigual; que hace de ellas un grupo propenso a contraer VIH. Una vez diagnosticada la enfermedad, los problemas que padecen las mujeres en relación con el género, referidos a la violación de sus derechos se ahondan

Aun cuando las mujeres tienen acceso a la información y a los artículos básicos (por ejemplo, preservativos), las normas de género que dictan un papel desigual y más pasivo para las mujeres en la toma de decisiones socavan la autonomía de éstas, exponen a muchas a la coacción sexual y les impide insistir en la abstinencia o en que sus parejas masculinas usen preservativos.

Prevenir la infección por el VIH dentro del matrimonio y otras relaciones prolongadas significa ir más allá de la tradicional fórmula AFP (abstinencia, fidelidad y preservativos). Este enfoque sólo ofrece opciones viables a las mujeres y niñas cuando forma parte de un conjunto más amplio de medidas que tienen en cuenta las realidades de su vida. En el caso de las mujeres casadas, la abstinencia y el uso de preservativos, suelen ser opciones excepcionales. A menudo, las mujeres jóvenes se casan con varones de mayor edad, que han sido sexualmente activos durante más tiempo y tienen mayores probabilidades de haber contraído infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH⁴⁶ A corto plazo, esto significa que más parejas deberían recibir asesoramiento y pruebas del VIH, que se requieren medidas para reducir el matrimonio a edades muy tempranas, y que deben adoptarse normativas jurídicas que protejan a las mujeres y niñas contra la coacción y la violencia sexual dentro del matrimonio. A largo plazo es necesario asegurar un mayor poder social y económico de las mujeres y niñas.

En este camino la escolarización cumple un papel fundamental en tanto que a mayor nivel educativo, mejores perspectivas de vida. Las mujeres con estudios saben mejor cómo protegerse contra el VIH y tienen más probabilidades de retrasar el inicio de la actividad sexual y utilizar preservativos cuando son sexualmente activas. Esto se debe a que se sienten más seguras de sí mismas y conocen sus derechos. Generando que la relación de poder entre hombres y mujeres sea más homogénea. En este sentido vale la pena citar: “Las investigaciones realizadas en siete países africanos indican que las mujeres jóvenes con educación secundaria o superior, en comparación con las que carecen de educación

⁴⁵ Paxton S. (2005). *AIDS-related discrimination in Asia*. AIDS Care 2005, pág. 413

⁴⁶ Glynn Jr. et al. *Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia*. AIDS, 15 (suppl 4) 2001, págs. 51-60

formal, tienen como mínimo una probabilidad cinco veces mayor de poseer un conocimiento exhaustivo sobre el SIDA.”⁴⁷

El hecho de que la profilaxis sea exclusivamente masculina, es un obstáculo en la prevención del VIH. Esto se ve potenciado en sociedades machistas, donde el sexo se ejerce como una forma de dominación.

Las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad y con el comportamiento sexual masculino también aumentan el riesgo de infección entre varones adultos y jóvenes. Los roles masculinos machistas típicos que exigen que los hombres y los niños varones sean duros, agresivos, sexualmente dominantes y que asuman riesgos con frecuencia se asocian con comportamientos que aumentan el riesgo de que contraigan infección por el VIH. Esos comportamientos incluyen un elevado número de parejas sexuales, el consumo de drogas o alcohol y la negativa a buscar atención sanitaria para las infecciones de transmisión sexual.⁴⁸ La naturaleza recíprocamente nociva de ciertas normas de género subraya la importancia de que los hombres y los niños varones participen en todas las acciones orientadas al cambio. Los varones adultos y los muchachos pueden ser una fuerza poderosa para cuestionar y reconfigurar los estereotipos perjudiciales de masculinidad, confrontar la violencia contra las mujeres y asumir su parte de responsabilidad en la prevención del VIH durante las relaciones íntimas. Los varones adultos y los muchachos tienen que desempeñar un papel más significativo para abordar la desigualdad entre los sexos. En la actualidad, los varones modelan gran parte del mundo en el que viven las mujeres. Por tanto, también deben ser partícipes en el cambio social. Los programas orientados a la mujer han de incluir a los varones como asociados con el fin de que contribuyan a fomentar estructuras sociales que sean más propicias para las mujeres.

En este sentido es fundamental trabajar en políticas que fomenten la conciencia respecto a la enfermedad en los hombres y mujeres. Arribar esta problemática es muy difícil por las características sociológicas de, por ejemplo, América Latina. Donde desde las diferentes agencias del Estado se ha reproducido durante años discursos que no favorecían a la igualdad de géneros. Pero con la incorporación de los Estados latinoamericanos a la CEDAW⁴⁹ y de la Convención de Belem Do Pará⁵⁰ existe la obligación de tomar medidas efectivas para lograr la no discriminación entre Hombres y Mujeres.

La mayoría de los planes sobre el SIDA presupone un mundo idealizado en el que los varones y las mujeres son iguales y capaces de tomar decisiones bien fundamentadas, un mundo en el que las personas pueden optar libremente por la abstinencia sexual, asegurar la fidelidad de las parejas, mantenerse fieles ellas mismas o utilizar preservativos sistemáticamente. En el mundo real, las mujeres se enfrentan a una gran diversidad de factores de riesgo relacionados con el VIH que no afectan a la mayoría de los varones. Las

⁴⁷ Más específicamente: nueve veces más probable en Burkina Faso, siete veces en el Camerún, seis veces en Kenya y Malí, y cinco veces en Uganda y Zambia. Diversas Encuestas Demográficas y de Salud (2000-2005). En: <http://www.measuredhs.com/hivdata>. Consulta hecha el 17 de 2009.

⁴⁸ CIIM, 2007; OMS, 2007.

⁴⁹ En: http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en. Consulta hecha el 30 de junio de 2009

⁵⁰ En: <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-61.html>. Consulta hecha el 29 de junio de 2009.

desigualdades entre los sexos y la pobreza atrapan a millones de mujeres en la dependencia económica de sus parejas masculinas y las exponen a la violencia y agresión sexual, todo lo cual pone en peligro su capacidad de protegerse contra el VIH. Es necesario reevaluar las estrategias y servicios existentes sobre el SIDA con el fin de asegurar que sean beneficiosos para las mujeres.

5. Importancia de la lucha contra la homofobia

El mayor impacto del HIV sobre la comunidad homosexual también se relaciona con el estigma y la discriminación. Desde sus inicios la enfermedad se presentó como un castigo hacia ciertos comportamientos sexuales que la sociedad calificaba como inmorales. Es por esa razón que en un primer momento se la llamó “Peste Rosa”.

En muchos países se los margina del acceso a los servicios de prevención. En este sentido las leyes que criminalizan a los homosexuales generan obstáculos que impiden la prevención y tratamiento de la enfermedad.⁵¹ La discriminación institucionalizada también se refleja en actos de omisión, como cuando el nivel de los recursos del VIH dirigidos a las necesidades de hombres que tienen relaciones con hombres, usuarios de drogas inyectables o profesionales del sexo no es acorde con la epidemiología local, o cuando los sistemas de vigilancia del VIH no realizan un seguimiento de dichos grupos ni formulan políticas destinadas exclusivamente a ellos.

Los programas dirigidos a estos grupos deben contar con la participación activa de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres del lugar donde se aplican, para garantizar que las iniciativas aborden las verdaderas necesidades y circunstancias.

No se podrá dar efectiva protección a los hombres que tiene relaciones con otros hombres mientras persista la homofobia. En este sentido el pasado 15 de mayo de 2009, en la ciudad de Panamá, La ONU realizó un llamamiento para controlar la epidemia del HIV en América Latina y en el Caribe, instando a los países a hacer esfuerzos para eliminar la homofobia y la transfobia.⁵²

6. Diferencias según los países y regiones

Las diferentes regiones y países del mundo tienen diferentes necesidades a la hora de luchar contra el SIDA.

El coito heterosexual continúa siendo la fuerza impulsora de la epidemia en África sub sahariana.

⁵¹ Informe sobre la epidemia mundial de sida ONUSIDA (2008) “...en 2007, 91 países (en su mayoría de ingresos bajos y medianos) tenían leyes que prohibían las relaciones sexuales consensuadas entre adultos del mismo sexo (Ottozon, 2007). Siete países imponen la pena de muerte a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres”, pág. 87

⁵² En: http://nacionesunidas.or.cr/index.php?option=com_content&task=view&id=187&itemid=121. Consulta hecha el 30 de junio de 2009.

En Asia las vías de contagio son heterogéneas e impulsoras de la enfermedad en similar medida. Entre ellas se encuentran el uso de drogas inyectables,⁵³ la prostitución, y las relaciones sexuales desprotegidas.

En Europa oriental y Asia central el riesgo se concentra en gran parte entre usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus diversas parejas sexuales.⁵⁴

En el Caribe la principal vía de transmisión del VIH es el coito heterosexual sin protección, remunerado o de cualquier otro tipo. No obstante, las relaciones sexuales entre hombres, aunque en general negadas por la sociedad, constituyen también un factor significativo en varias epidemias nacionales.⁵⁵

En la región de América Latina, a transmisión del VIH se da principalmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y, en menor medida, entre usuarios de drogas inyectables.⁵⁶

En América del Norte, Europa Occidental y Central, donde los ingresos son altos, padecen epidemias heterogéneas, aunque sus perfiles epidemiológicos se diversificaron a medida que la epidemia evolucionó. Sin embargo en USA y UK, la principal fuerza impulsora de la enfermedad son las relaciones sexuales entre hombres. A su vez, a pesar de los avances médicos que han reducido drásticamente la mortalidad relacionada con el HIV, es la población afro americana la que presenta más casos de SIDA.⁵⁷

En Oceanía las principales vías de contagio son las relaciones desprotegidas heterosexuales y homosexuales.⁵⁸

La información y datos estadísticos aportados precedentemente indican que, no existe una fórmula universal y estática de cómo se debe luchar contra la epidemia. Los distintos Estados deben constantemente actualizar sus políticas preventivas, destinando especial atención a aquellos grupos que se presenten como más vulnerables.

⁵³ “El uso de drogas inyectables constituye un factor de riesgo importante en las epidemias de varios países asiáticos. Se cree que apenas menos de la mitad de las personas que vivían con el VIH en China en 2006 se infectaron por utilizar equipos de inyección contaminados (Lu et al., 2006; Ministerio de Salud de China, 2006). Se han detectado altos niveles de infección entre los usuarios de drogas inyectables en el nordeste de India y en varias grandes ciudades fuera de esta región, incluida Tamil Nadu, donde, según se estima, el 24% de los consumidores de drogas estaban infectados en 2006 (Instituto Nacional de Salud y Bienestar Familiar y Organización Nacional para el Control del Sida, 2007). El uso de equipos de inyección contaminados (junto con las relaciones sexuales sin protección entre los usuarios de drogas inyectables y sus parejas habituales) es también la fuerza impulsora de la epidemia en Vietnam (Tuang et al., 2007) y en Malasia, donde más de dos tercios de las infecciones por el VIH hasta la fecha se han producido entre usuarios de drogas inyectables (Reid, Kamarulzaman y Sran, 2007)”. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008 págs. 48 y 49

⁵⁴ Ídem., págs. 52 y 53

⁵⁵ Ídem., págs. 53 y 54

⁵⁶ Ídem., págs. 55 y 56

⁵⁷ “Los afro americanos representan el 12% de la población de USA y al mismo tiempo al 50% de los nuevos contagios.” Centers for Disease Control and Prevention, HIV/AIDS Surveillance System and National Vital Statistics National Healthcare Disparities Report, 2005, disponible En: <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr05/index.html>. Consulta hecha el 26 de junio de 2009.

⁵⁸ Informe sobre la epidemia mundial de SIDA (2008) pág. 62

7. Conclusiones

- El éxito a largo plazo de la respuesta a la epidemia del VIH exigirá que se avance constantemente en atender las cuestiones de violaciones de derechos humanos, desigualdad entre sexos, estigma y discriminación.
- Es primordial que el enfoque de tratamiento y prevención del HIV recepte las necesidades específicas de los diferentes grupos. Respetando la diversidad y fomentando la no discriminación.
- En el caso de los niños debe integrarse el tratamiento pediátrico ordinario. Esto requiere un aumento en los vínculos entre los programas pertinentes referidos al HIV y los de supervivencia de la infancia tales como: administración de suplementos de vitamina A, inmunización, consejería y apoyo en materia de prácticas de alimentación óptimas y seguras para los lactantes y los niños de corta edad, terapia contra la diarrea, tratamiento con antibióticos para la neumonía, y distribución de mosquiteros tratados con insecticidas en las zonas donde haya paludismo, dengue, fiebre amarilla, etc. Evidentemente estas necesidades varían constantemente según el tiempo y lugar.
- El entorno clínico debe ser el adecuado para cada grupo. Respetándose las diferentes necesidades según el lugar y el tiempo.
- Es fundamental que la información que se brinde sea de fácil acceso y comprensión para todos los grupos en particular. Debiendo incluirse los tópicos que particularmente afecten a esa porción de la población.
- La capacitación de los profesionales involucrados, no debe dejar de considerar en ningún caso, la perspectiva de cada sector afectado. El mensaje debe ser adaptado a las diferencias entre los géneros y entre los distintos grupos de edad. La formación debe tender a la sensibilización respecto a los DDHH, permitiendo entender la interrelación profunda e indivisibilidad que existe entre ellos.
- Cada estado deberá analizar en particular la situación de quienes sean más vulnerables a la enfermedad, como consecuencia de un inadecuado abordaje de la enfermedad en su prevención, diagnóstico y tratamiento. Es su obligación desarrollar programas que recepten la diversidad y necesidades de cada sector de la sociedad. Por ejemplo en relación a aquellos que usan drogas inyectables, puede adoptarse la medida de entregar jeringas descartables, en el marco de la reducción de daños.⁵⁹
- Debe integrarse a las niñas al sistema educativo obligatorio, fomentándose la independencia laboral y económica de las mujeres. Muchas veces deberá

⁵⁹ “En casi todas las regiones fuera del África sub sahariana, el VIH afecta en forma desproporcionada a usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo.” Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008 pág. 30

acompañarse con una reforma legal que impulse la igualdad de géneros, respetando las diferencias existentes entre estos. Los derechos de la mujer deben pasar a ser realidades para la mujer. De esta manera su vulnerabilidad decrecerá.

- Sí se pretende lograr una disponibilidad más universal de servicios sobre el VIH, es imperativo abolir los obstáculos basados en el género.
- La lucha contra el SIDA se inscribe en una mejora en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Cualquier esfuerzo que no integre estas políticas será infructuoso.
- Los Estados deben generar normativas tendientes a eliminar la discriminación y estigmatización de los enfermos de HIV, debiendo asegurar su estricto cumplimiento. En esta misma línea debe protegerse a las poblaciones que presenten mayor riesgo y garantizar que se les reconozcan los mismos derechos humanos que al resto de la población.
- El tercio de países que carecen de amparos legales contra la discriminación por el VIH deben promulgar esas leyes inmediatamente.
- Los programas de prevención no alcanzarán su eficacia máxima a menos que estén respaldados por iniciativas eficaces que traten los factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad, como la desigualdad entre sexos, la discriminación y el estigma relacionados con el VIH, y la marginación social de las poblaciones más expuestas al VIH.