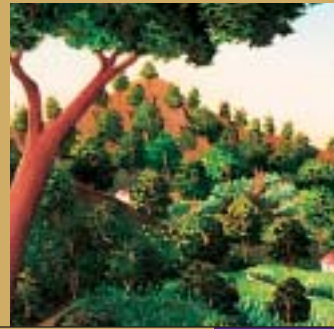


IX. Combatir el VIH/SIDA,
el paludismo y otras
enfermedades graves



IX. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES¹

1. EL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO PARA VIH/SIDA, PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES

El sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) es combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras epidemias. La meta para el año 2015 es *detener y comenzar a reducir la propagación de VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves*. El progreso con respecto a esta meta se realizará utilizando, entre otros, indicadores como: (i) prevalencia de VIH/SIDA entre las mujeres embarazadas de 15 a 25 años de edad y (ii) la población que utiliza mecanismos de prevención. Los indicadores para el paludismo son: (i) cambios en la prevalencia del paludismo y los índices de mortalidad, y (ii) la proporción de la población que vive en áreas de riesgo y que utiliza medidas efectivas de prevención y tratamiento.

Es importante recalcar tres cuestiones cuando se consideran los objetivos y metas:

- ¿Hasta qué punto pueden aplicarse en América Latina y el Caribe?
- ¿Cuánto le falta a la región para poder lograrlos?
- ¿Cuáles son los desafíos a superar para alcanzar los ODM?

¿Hasta qué punto los objetivos y metas son aplicables a América Latina y el Caribe?

América Latina y el Caribe sufre una de las más diversas epidemias de VIH/SIDA en el mundo, siendo los índices de prevalencia y las rutas de transmisión más variados que en ninguna otra región. El índice total de prevalencia de VIH de la región es de 0,6% pero esta cifra esconde la compleja dinámica de las muchas subepidemias que están ocurriendo.

La reducción de la prevalencia de VIH entre las mujeres jóvenes embarazadas es un indicador de uso apropiado cuando se trata de una epidemia generalizada, es decir, cuando la prevalencia de VIH/SIDA es de más del 5% de la población. En una epidemia concentrada, como es el caso de la mayoría de los países latinoamericanos, la prevalencia es baja entre jóvenes de 15 a 24 años de edad pero alta en sectores específicos de la población. Así, una reducción de sus niveles de prevalencia disminuirá el ritmo de propagación de la enfermedad a la población en general. En América Latina y el Caribe un indicador más apropiado de progreso con respecto al logro del ODM serían los cambios de la prevalencia entre los sectores de la población que están más afectados por la enfermedad.

Los principales sectores afectados por VIH/SIDA en América Latina y el Caribe son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadores involucrados en la industria del sexo, y usuarios de drogas intravenosas. El 42% de todos los casos de VIH/SIDA en la región se registran en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

1. Este capítulo fue preparado por Ernest Massiah (División de Programas Sociales, Departamento de Desarrollo Sostenible).

Sin embargo, las rutas de transmisión varían en forma significativa. En América Central y el Caribe, más del 60% de todos los casos se producen por contacto heterosexual. En los países del Cono Sur aproximadamente un tercio de los casos se dan en usuarios de drogas intravenosas. El perfil de género de las personas con SIDA ha cambiado en forma marcada durante la última década, ya que la proporción entre casos en hombres y mujeres ha disminuido considerablemente. En la actualidad, uno de cada tres casos de VIH/SIDA se presenta en una mujer. En el Caribe el 50% del total de casos se produce en mujeres, comparado con un 30% en América Latina.

El VIH/SIDA está aumentando en la región. Mientras que el índice medio de prevalencia de VIH/SIDA parece ser bajo, existen signos de que la enfermedad se está propagando. A fines del 2002, se contabilizaron 2 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, número que crece en un 10% anual. La prevalencia está aumentando en sectores vulnerables de la población, existen altos niveles de actividad sexual sin la adecuada prevención entre jóvenes de 15 a 24 años de edad y, además, durante la última década han surgido dos subregiones con alta prevalencia: el Caribe y Centroamérica. Por su parte, doce países de la región tienen ahora un índice de prevalencia de más del 1%. El limitado acceso a servicios de exámenes de diagnóstico y de orientación, el estigma y la discriminación, la falta de conocimiento y los sistemas inadecuados de recolección de datos indican que las cifras existentes de prevalencia no demuestran la importancia real del problema. Es difícil que se obtengan reducciones en la prevalencia a corto plazo dado que el virus de inmunodeficiencia humana tiene un largo periodo de latencia.

Una de las principales lecciones que se aprendieron después de 20 años de la presencia del VIH/SIDA es que su impacto es mucho mayor entre los grupos de la población que viven en condiciones de pobreza o están excluidos. En la región, los individuos son excluidos por razones de raza, etnia y género. Sin embargo, son pocos los países que recogen datos sobre la relación que existe entre la pobreza, la etnia, el género y el VIH/SIDA. Los resultados de las encuestas demográficas y de salud de 1995 y 1998 en Guatemala proporcionan indicios sobre esta relación. Utilizando el renglón “sin ningún nivel de educación” como valor simulado para la pobreza, los datos sugieren que las mujeres pobres e indígenas presentan índices mucho más bajos en el uso de mecanismos de prevención que el resto de las mujeres. Los datos indican la importancia de desagregar estadísticas con niveles promedio o nacionales de forma tal que las condiciones del individuo promedio no escondan la realidad de los más pobres.

El número de huérfanos de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe está en aumento pero, comparado con otras regiones, es relativamente bajo. Se estima que Brasil tiene aproximadamente 31.000 huérfanos de VIH, siendo este el mayor número en la región. La mayoría de los países tiene menos de 2.000 huérfanos. En comparación, en Uganda, existen casi 1 millón de huérfanos. En el contexto africano, el número de huérfanos se vería más afectado por cambios en la prevalencia de VIH/SIDA y la mortalidad en adultos que en América Latina y el Caribe.

Los números estimados de casos agudos de paludismo varían considerablemente. El estimado mundial llega a 500 millones. Como mínimo, se calcula que se producen 1 millón de muertes anuales por paludismo, siendo esta enfermedad un factor que contribuye a otras 2 millones de muertes. Cerca del 80% de este índice de mortalidad se presenta en África. La transmisión de paludismo se reporta en 21 países de la región. Se estima que 175 millones de habitantes reside en áreas donde existe algún riesgo de contagio. Esta enfermedad predomina en las áreas tropicales, produciéndose el 91% de todos los casos en 9 países que comparten la selva amazónica, es decir: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana Francesa, Perú, Surinam y Venezuela. En Centroamérica el 88% de los 68.000 casos reportados durante 2002 se produjo en Honduras, Guatemala y Nicaragua. Según se puede apreciar en el cuadro 1, la incidencia del paludismo varía marcadamente en la región y el progreso en el logro del ODM dependerá de acciones focalizadas en países seleccionados.

La mortalidad por paludismo en América Latina y el Caribe se redujo de 806 muertes en 1994 a 201 en 1998. En 2002 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que se habían producido entre 200 y 250 muertes. En la región "la detección de casos" se ha utilizado como un índice de morbilidad (número de casos por cada 100.000 habitantes). Se ha experimentado una reducción de la "detección de casos" en áreas con características

CUADRO 1.
INCIDENCIA DEL PALUDISMO Y LA TUBERCULOSIS
EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

País	Incidencia de la tuberculosis (por cada 100.000 habitantes)	Casos identificados por DOTS (%)	Incidencia del paludismo (por cada 100.000 habitantes)	Porcentaje de casos de paludismo la región
Surinam	Sin determinar	Sin determinar	440	1,2
Guyana	Sin determinar	Sin determinar	231	2,1
Brasil	70	4	59	53,6
Venezuela	42	82	36	2,7
Ecuador	172	26	24	8,6
Guatemala	85	54	22	4,7
Colombia	51	30	21	9,5
Perú	228	95	16	6,1
Bolivia	239	77	11	2,8
Belice	Sin determinar	Sin determinar	10	0,2
Nicaragua	88	80	9	2,3
Honduras	92	15	8	3,1
Haití	361	24	7	1,5
Rep. Dominicana	135	7	6	1,0

Fuente: OPS/OMS; Banco Mundial; Base de datos sobre indicadores mundiales de desarrollo, 2002.

ecológicas que las hacen propicias para la transmisión, habiendo una reducción de 418,31 a 404,37 casos por cada 100.000 habitantes en 1997 y 1998 respectivamente. En general, la mortalidad del paludismo es relativamente baja en la región. Los cambios en la prevalencia sería un indicador más sensible del progreso de la región en detener la transmisión del paludismo. Existen limitados datos confiables sobre el porcentaje de población en áreas afectadas que utilizan métodos preventivos o que reciben algún tipo de tratamiento.

A nivel mundial, la tuberculosis causa la muerte de 1,7 millones de personas por año, mientras que es 500.000 el número de personas que viven con VIH/SIDA y que contraen la tuberculosis como una infección oportunista. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el índice mundial de mortalidad por tuberculosis es de 28 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que para América Latina y el Caribe el promedio es de 11, es decir un poco más del doble del que presentan los países desarrollados. La menor incidencia de la enfermedad y el mayor uso de DOTS en la región son un indicador apropiado.

¿Cuánto le falta a la región para poder lograr los ODM relacionados con SIDA y paludismo?

El progreso que se realice con respecto al logro de los ODM para VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis no se puede examinar en forma independiente de la pobreza y el desarrollo. El ingreso, el género y la desigualdad racial aumentan la vulnerabilidad a estas enfermedades y afectan los mecanismos de respuesta que tienen los hogares afectados. El logro de los ODM para estas enfermedades requerirá que se asignen más recursos a la prevención y tratamiento en aquellos sectores de la población que viven en condiciones de pobreza o que son excluidos por algún motivo.

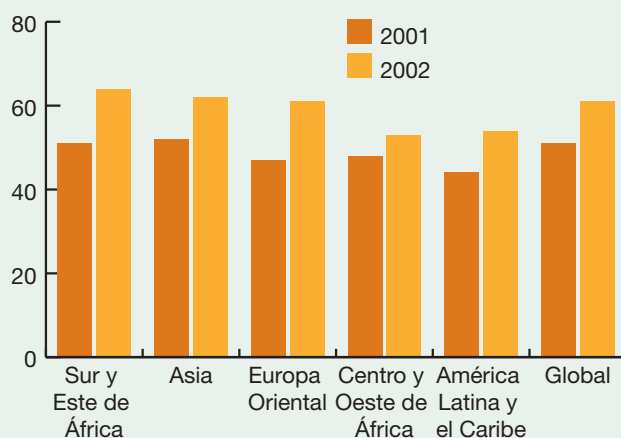
Ese progreso también necesitará de un desarrollo social más amplio. La región deberá reexaminar las sanciones que se aplican sobre el sexo y la sexualidad, particularmente cuando se trata de jóvenes y mujeres. Las limitaciones sociales que se ejercen sobre el diálogo social abierto sobre el sexo, el contenido de los mensajes de los medios de comunicación, la disponibilidad de servicios para VIH/SIDA, y la naturaleza ilegal de ciertas conductas y prácticas sexuales dificultan el progreso de la región en la reducción de la incidencia de VIH/SIDA.

El ODM de VIH/SIDA y paludismo no está cuantificado. Toda reducción o retardo de los valores de incidencia pueden ser interpretados como un logro del objetivo. En América Latina y el Caribe la incidencia está aumentando, lo cual, en parte, refleja mayor vigilancia epidemiológica y acceso a servicios de exámenes de diagnóstico y orientación, pero también es un signo de la creciente propagación de VIH/SIDA. La falta de datos hace que sea difícil establecer un estimado cuantitativo sólido de las tendencias en la incidencia y la prevalencia, así como también del progreso logrado en cuanto a reducir la propagación de VIH/SIDA. Sin embargo, un análisis de los indicadores de las virtudes de los programas en cuestión, las pautas de asignación de recursos y los datos sobre acceso a servicios proporcionan una indicación indirecta del estado de los programas y su posible efecto.

Esfuerzo del Programa SIDA. Dos años después del período de sesiones especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS, en su sigla inglesa), en septiembre de 2003 ONUSIDA y las Naciones Unidas resaltaron que el actual ritmo de actividades relacionadas con VIH/SIDA en cada país era insuficiente para alcanzar los objetivos para 2005 acordados por todos los países en la sesión especial. Los objetivos de UNGASS, que se centran en la rápida expansión de la prevención, cuidado y programas de mitigación del SIDA, son una base de gran importancia para el logro del ODM. Aunque se ha obtenido algunos avances concretos, el ritmo y alcance actual de la respuesta mundial al VIH/SIDA no son suficientes.

El progreso hacia el logro del objetivo sobre VIH/SIDA en la región es limitado. En 2003 ONUSIDA creó el Índice de Esfuerzo del Programa SIDA, el cual brinda una indicación amplia de los puntos fuertes y débiles de los esfuerzos nacionales. Durante el período 2001-2003, los puntajes de esfuerzo del programa de la región mostraron una ligera mejora. Si se los compara con los de otras regiones, los programas de América Latina y el Caribe son relativamente fuertes en cuanto a establecer marcos legales y regulativos, recursos y asistencia. Presentan puntos débiles en la formulación de política, la estructura organizativa, el seguimiento y la evaluación, la prevención, los derechos humanos y la litigación. En general, los puntajes de esfuerzo de los programas de la región están por debajo del promedio mundial y son menores que los de regiones con epidemias recientes, como es el caso de Europa del Este y Asia (ver gráfica 1). Para lograr el ODM, el índice de esfuerzo del programa en América Latina y el Caribe deberá mejorar en las áreas deficientes, en particular en dos áreas críticas: prevención, y seguimiento y evaluación.

GRÁFICA 1. CAMBIOS EN LOS PUNTAJES DEL ÍNDICE DE ESFUERZO DEL PROGRAMA SIDA (POR REGIÓN, 2001-2003)



Fuente: ONUSIDA, 2003.

Acceso a servicios. La región no puede alcanzar el ODM si no existen los servicios necesarios. Los datos sobre acceso a servicios necesarios para reducir la propagación e impacto del VIH/SIDA indican que tales servicios no están a la disposición de la mayoría de

las personas que los necesitan (ver recuadro 1). Los datos de las encuestas demográficas y de salud de la década pasada muestran que la edad promedio en que las jóvenes tienen su primera experiencia sexual varía entre 17 y 19 años, pero en el caso de las niñas que no tienen formación escolar, es de 16 a 18 años. La edad promedio en que los hombres jóvenes tienen su primera experiencia sexual es de 16 a 17 años. La falta de servicios para cambio de conducta para jóvenes que asisten o no a la escuela implica que la mayoría de la gente joven comienza su vida sexual sin el beneficio de la información y los servicios que podrían ayudarlos a adoptar conductas sexuales seguras. Tradicionalmente los grupos excluidos y pobres de la población han tenido un acceso limitado a los servicios pero, aún así, son los grupos más vulnerables y afectados. Los resultados de la encuesta demográfica y de salud de 2001 en Nicaragua reflejan que el 6,6% de las mujeres han tenido un examen de detección de SIDA pero que, entre las mujeres sin educación, sólo el 1,6% ha sido analizado. Las experiencias en otros países han demostrado que el VIH/SIDA cruza los límites sociales. La mayor incidencia en grupos excluidos tarde o temprano termina afectando a otros grupos. El SIDA no puede ser controlado si no se centra la atención en la prevención y tratamiento de los grupos excluidos, los cuales son los más afectados por la enfermedad.

RECUADRO 1. ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA

- El 11% de los usuarios de drogas intravenosas tienen acceso a programas de reducción de daños causados por la adicción.
- Los programas de cambio de conducta sexual alcanzan a uno de cada 9 hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres.
- El 4% de los jóvenes que no concurren a la escuela no tienen acceso a programas de modificación de conductas.
- El 38% de los jóvenes que asisten a la escuela tienen acceso a programas de modificación de conductas.
- El 18% de personas que tienen necesidad de recibir tratamiento a causa de enfermedades de transmisión sexual pueden obtener servicios.
- El 29% de las personas que quieren recibir, en forma voluntaria, orientación o exámenes de detección tienen acceso a servicios.
- El 6% de los trabajadores sexuales y sus clientes tienen acceso a programas de modificación de conductas.
- El 19% de las madres tienen acceso a programas de prevención de transmisión de madre a hijo.
- Los programas masivos de información alcanzan a menos del 30% de las personas en riesgo de contraer VIH.

Fuente: *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*, Fundación Gates, 2003.

Progreso logrado en la prevención. Un mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA y cómo puede prevenirse es una condición necesaria para que la gente pueda protegerse a sí misma. Mientras que la mayoría de la población de la región está informada sobre el VIH/SIDA, ese

conocimiento varía según el grupo etario y el nivel educativo. Las mujeres pobres, indígenas o que viven en zonas rurales tienen niveles más bajos de exposición a la información sobre SIDA, de conocimiento sobre cómo protegerse del contagio, sobre todo con parejas de tipo pasajero. En Brasil, aunque los índices de uso son más altos, ya que un promedio del 58% de todas las personas que son sexualmente activas han utilizado mecanismos de prevención en forma regular en los últimos 6 meses, la zona del noreste del país tiene los niveles más bajos de uso, coincidiendo con el hecho de que existen allí altos niveles de pobreza.

La mayoría de las mujeres en América Latina y el Caribe tienen algún tipo de información sobre el SIDA, es decir, han escuchado hablar sobre la enfermedad, pero este nivel básico de conocimiento puede variar en forma significativa de acuerdo al nivel de educación. En Perú, Nicaragua y Bolivia las mujeres sin educación y aquellas que residen en zonas rurales presentaron niveles de conocimiento más bajos que la mujer “promedio”. Las mujeres sin educación o que habitan en zonas rurales también tienen menor conocimiento de cómo prevenir el contagio (ver cuadro 2). Datos estadísticos recientes muestran que entre el 12 y el 54% de las mujeres pobres no sabe cómo prevenir el VIH/SIDA. Entre las mujeres jóvenes, entre el 5 y el 28% no conoce métodos de prevención. Aproximadamente entre el 10 y 25% de todas las mujeres creen que una persona con aspecto saludable no puede llegar a tener VIH/SIDA, mientras que en mujeres sin educación entre un 9 al 50% tenían esta creencia.

El conocimiento y conducta de los hombres con respecto al VIH/SIDA confirma el limitado impacto que tienen los programas de prevención y el efecto de la educación y la edad en los esfuerzos por prevenir la enfermedad. Aunque los conocimientos son más altos entre los hombres, más de un tercio del total no creen estar en riesgo de contraer VIH/SIDA, y alrededor del 20% ya han comenzado a utilizar condones para prevenir el mal (ver cuadro 3).

CUADRO 2.
CONOCIMIENTOS, CONDUCTAS Y ACTITUDES ENTRE LAS MUJERES
CON RESPECTO AL VIH/SIDA (1996-2001, %)

País	Conocimientos sobre VIH/SIDA			No saben cómo prevenir el contagio de VIH/SIDA			Utilizan condones en relaciones de tipo pasajero		
	Total	15 a 19 años	Sin educ.	Total	15 a 19 años	Sin educ.	Total	15 a 19 años	Sin educ.
Bolivia	79	82	30	19	19	54			
Colombia	98	97	91	8	10	25	23	32	0
Haití	97	796	93	13	19	24	NA	NA	NA
Nicaragua	92	91	76	NA	NA	NA	14	10	4
Perú	87	87	38	24	28	25	17	15	8
Rep. Dominicana	99	599	96	3	5	12	29	0	0

Fuente: Encuestas demográficas y de salud.

CUADRO 3.
CONOCIMIENTOS, CONDUCTAS Y ACTITUDES ENTRE LOS HOMBRES
CON RESPECTO AL VIH/SIDA (POR EDAD Y NIVEL EDUCATIVO, %)

País	No saben cómo prevenir el contagio de VIH/SIDA			Creen no tener riesgo de adquirir SIDA			Comenzaron a utilizar condones como resultado del SIDA		
	Total	15 a 19 años	Sin educ.	Total	15 a 19 años	Sin educ.	Total	15 a 19 años	Sin educ.
Bolivia	15	16	62	34	38	35	19	18	8
Haití	6	7	10	83	93	NA	17	NA	(10*)
Rep. Dominicana	3	5	11	62	74	73	23	19	12

Fuente: Encuestas demográficas y de salud.

* datos son solamente para población rural.

Asignación de recursos. La modalidad de los gastos da una idea de las acciones hasta ahora realizadas para alcanzar el ODM. Un estudio sobre gastos en VIH/SIDA en 16 países latinoamericanos realizado por el proyecto SIDALAC demuestra, por ejemplo, que existieron niveles muy bajos para la prevención de VIH/SIDA en América Latina, sobre todo tomando en cuenta que la transmisión sexual es la principal ruta de contagio en muchos países.

SIDALAC también estudió el gasto del sector público en la prevención del VIH/SIDA entre los grupos de la población más afectados por la epidemia. En los nueve países latinoamericanos donde se obtuvieron datos, la proporción promedio del presupuesto de prevención que fue gastado en los grupos más vulnerables y afectados fue del 1% para usuarios de drogas intravenosas (UDI), 12% para comerciantes sexuales y 7% para hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Estas proporciones presentan un agudo contraste con respecto a los altos niveles de prevalencia de VIH/SIDA y la vulnerabilidad de estos grupos. En algunos de los países, estos grupos constituyen más del 50% de todos los casos de VIH/SIDA.

Prevalencia del paludismo. En 2002 se reportaron 885.000 casos de paludismo en los países endémicos: esta es la cifra más baja desde 1993. Aunque se podría pensar que la región está avanzando en la erradicación del paludismo, los índices de casos han aumentado y disminuido a lo largo de la década. Es difícil distinguir las tendencias que pueden ayudar a medir el progreso hacia el logro del ODM. En general, los esfuerzos realizados para erradicar el paludismo durante la década pasada no han tenido el éxito deseado. La región ha dado un paso hacia adelante al establecer la iniciativa de reducción del paludismo en la región de la selva tropical sudamericana. Esta iniciativa se enfoca sobre las áreas más afectadas por el paludismo, pero el progreso en su implementación ha sido lento. No existen los datos suficientes como para poder confirmar la efectividad de las intervenciones que se realizaron. A diferencia del VIH/SIDA, se sufre de una falta de información sobre la efectividad y las necesidades de recursos para los programas de lucha

contra el paludismo. También son limitados los datos existentes sobre programas de prevención y tratamiento de la tuberculosis.

Los datos disponibles sugieren que la región no está completamente preparada para enfrentar los desafíos que presentan los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No existen servicios esenciales, los esquemas de gastos no corresponden a las prioridades epidemiológicas y los programas no se enfocan en los grupos más vulnerables y afectados de la población. Además, los sistemas de recolección de datos son muy débiles, lo cual hace que sea difícil evaluar el progreso.

En América Latina y el Caribe existen experiencias aisladas de las intervenciones en ciertos grupos de la población. En el ámbito nacional, el Programa de SIDA de Brasil ha producido cambios dramáticos en la conducta sexual y ha también influenciado el debate a nivel mundial sobre el acceso al tratamiento. Sin embargo, la región en su conjunto no ha sido capaz de movilizar los recursos y de mantener el compromiso que son necesarios para reducir la propagación de VIH/SIDA. Los insumos programáticos necesarios no existen. Tampoco existe un contexto social que lleve al desarrollo de programas integrales. En la mayoría de los países hay tabúes en la discusión del sexo y muchas de las intervenciones son vistas como un apoyo a conductas sexuales ilegales, promiscuas o moralmente ambiguas. Sin el apoyo político, sin programas más focalizados y una asignación de recursos más eficientes, la región no cumplirá con el ODM de VIH/SIDA para 2015.

2. VIH/SIDA, PALUDISMO, POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En América Latina y el Caribe el VIH/SIDA y el paludismo deben considerarse en el contexto de la pobreza creciente, los altos niveles de desigualdad de ingresos y la exclusión social que sufre la región. Estos factores ayudan a ilustrar las limitaciones de un enfoque puramente de salud pública y a identificar la respuesta más amplia de desarrollo que se necesita para reducir la propagación de estas enfermedades.

La relación entre la pobreza y el SIDA puede ser considerada desde dos perspectivas. Por un lado, cómo la pobreza tiene influencia sobre la vulnerabilidad al SIDA y las capacidades para vencer la situación, y por el otro, al examinar cómo el VIH/SIDA puede exacerbar la pobreza. La pobreza está asociada con bajos niveles de recursos financieros, educación, analfabetismo, participación en la fuerza laboral y pobre estado de salud. La exclusión social de los pobres hace que las intervenciones no los alcancen, particularmente aquellos programas que tratan aspectos muy personales del sexo y la sexualidad. Aun cuando las intervenciones son culturalmente apropiadas, los pobres y los excluidos raramente tienen los incentivos o recursos para adoptar las conductas que se les recomienda. El tratamiento de VIH/SIDA depende en gran medida en el acceso y utilización de servicios de salud. En América Latina y el Caribe el acceso a los servicios varía mucho, particularmente en áreas pobres o rurales. Los pobres generalmente no tienen acceso a servicios y centros de orientación y de diagnóstico en los que se pueda hacer un seguimiento del tratamiento antirretroviral.

La pobreza y la ausencia de oportunidades de trabajo han provocado una gran movilidad a nivel nacional, regional e internacional. Las poblaciones móviles tienden a ser jóvenes y más propensas a participar en conductas sexuales de alto riesgo. Las mujeres pobres que migran pueden llegar a involucrarse en actos sexuales por dinero como una estrategia para su propia supervivencia y la de sus dependientes. En estas situaciones, y por lo general, no pueden negociar los términos de interacción sexual. En parte, estas conductas explican los altos índices de contagio entre mujeres jóvenes.

El impacto del VIH/SIDA es más alto entre los hogares pobres, profundizando su pobreza. Mientras que el impacto del VIH/SIDA sobre el hogar es similar al de otras enfermedades terminales de largo término, existen importantes diferencias. La infección VIH se apodera de la familia cuando ambos padres se contagian. Muchas mujeres monógamas son infectadas por sus maridos. Cuando ambos padres tienen VIH/SIDA, se reduce la capacidad de la familia para enfrentar las consecuencias psicosociales y económicas de la enfermedad. Las familias pobres tienen una capacidad limitada para absorber los costos originados por el VIH/SIDA. Estos costos incluyen la pérdida de ahorros, los costos de medicamentos antirretrovirales y de otros fármacos para tratar infecciones oportunistas, el tiempo y costos de transporte asociados con visitas médicas más numerosas, ingreso familiar reducido debido a la enfermedad misma o al tiempo que se dedica al cuidado de los enfermos, pérdida del empleo por la enfermedad y la discriminación laboral y costos funerarios. El SIDA destroza o destruye en forma completa los mecanismos que generan y promueven el desarrollo del capital humano en generaciones siguientes. Cuando uno o ambos padres mueren cuando el niño es pequeño, la transferencia intergeneracional del conocimiento se debilita, los recursos familiares se consumen y la pérdida de ingresos y de recursos para la vida pueden evitar o reducir la capacidad del niño de obtener una educación.

En América Latina y el Caribe la pobreza y la salud están muy ligadas a los problemas de desigualdad y exclusión social. En la región existen más de 180 millones de personas que viven por debajo de la línea de pobreza, el 70% de los cuales reside en los cinco países con más altos ingresos medio. En términos de distribución de ingresos, en promedio la región presenta uno de los niveles más altos de desigualdad en el mundo. A medida de que se dispone de mayores datos, se puede notar una característica muy visible de la pobreza en América Latina, que es la de sus orígenes étnicos o raciales. En casi dos tercios de los países de la región, los afrolatinos o los indígenas forman entre el 5 y 71% de la población total. Estos grupos presentan niveles más altos de pobreza y peores indicadores de salud que el resto de la población.

La prevalencia del VIH en las minorías étnicas o raciales es un tema políticamente delicado y muy pocos países en la región recogen datos sobre la prevalencia en estos sectores o sus determinantes. Un informe reciente de la Organización Panamericana de la Salud y ONUSIDA (2001) menciona la falta de datos pero sugiere que puede existir un aumento rápido de casos de VIH/SIDA entre las minorías étnicas. Los datos de la OPS sugieren que existe una alta incidencia de paludismo entre los grupos indígenas que viven en áreas rurales o muy forestadas. Una minoría étnica que ha sido estudiada en forma extensa es la garífuna en Honduras, una comunidad que presenta los índices más altos de prevalencia en la región (8%) comparado con un porcentaje nacional del 1%. Los grupos más

propensos a ser afectados por la enfermedad son aquellos que menos están preparados para enfrentar su impacto, es decir las minorías étnicas, los pobres y los grupos tradicionalmente excluidos, tales como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los comerciantes sexuales y los usuarios de drogas intravenosas.

3. VIH/SIDA Y GÉNERO

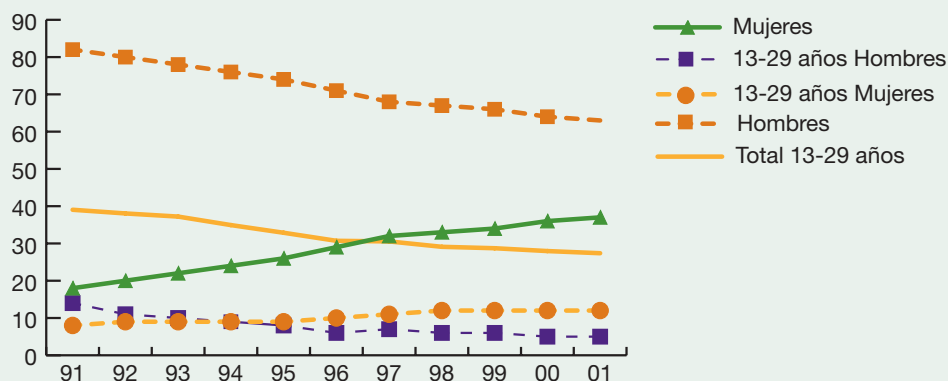
La desigualdad de género es un determinante importante en la propagación del VIH/SIDA y refleja un conjunto complejo e interrelacionado de factores culturales y económicos. En América Latina y el Caribe las pautas culturales en cuanto a la masculinidad y la sexualidad masculina y para la feminidad y la sexualidad femenina influyen en la vulnerabilidad de ambos sexos al VIH/SIDA, al afectar lo que los hombres y las mujeres saben, su comunicación y conducta sexual en su relación de pareja, así como también su capacidad para tener acceso a recursos o servicios cuando se contagian o se enferman de VIH/SIDA. Supuestamente las mujeres deben ser ignorantes con respecto al sexo, lo cual les dificulta tomar una participación proactiva en discutir y exigir prácticas sexuales seguras y buscar servicios de orientación o de diagnóstico. Las mujeres también son vulnerables a la violencia física. El miedo a la violencia limita la capacidad de las mujeres de discutir y exigir la fidelidad con sus parejas o el uso de mecanismos de protección, su capacidad de salir de relaciones de alto riesgo, su uso de servicios de orientación o de diagnóstico, y también puede limitar su disposición a informar a sus parejas si padecen de VIH/SIDA. Por otro lado, los supuestos conocimientos y experiencia sexuales de los hombres y la presión que ejercen sus pares para que prueben su virilidad hacen que, particularmente en hombres jóvenes, sean menos propensos a buscar información o adoptar conductas sexuales seguras. Las parejas múltiples, lo cual es una característica de la sexualidad masculina, aumentan el riesgo de los hombres de contraer VIH/SIDA y constituye un serio obstáculo para los mensajes de prevención que promueven la fidelidad, la abstinencia y la reducción del número de compañeras.

Las desigualdades de género aumentan la vulnerabilidad y dependencia económicas de las mujeres y facilitan la propagación de VIH/SIDA. Mientras que en la región el estatus económico de las mujeres ha mejorado y su participación en la fuerza laboral ha aumentado, entre el 30 y 70% de las mujeres tienen trabajos inseguros en el sector informal, mientras que las trabajadoras del sector formal ganan menos que los hombres. La inseguridad laboral y los bajos ingresos aumentan la probabilidad de que tengan parejas múltiples, que participen en actos sexuales por dinero o que tengan relaciones en las cuales es limitado el poder que tienen para negociar prácticas sexuales seguras. Aproximadamente una cuarta parte de los hogares en la región están encabezados por una mujer, las cuales, junto con las madres solteras, son vulnerables al contagio de VIH y tienen menor capacidad para sobrellevar el impacto económico y psicológico de la enfermedad. No se puede examinar el género, la etnicidad y el estatus socioeconómico en forma separada: el desempleo, las grandes brechas entre los ingresos y la segregación ocupacional son más comunes en las mujeres indígenas y afrolatinas, las cuales en América Latina y el Caribe tienen un riesgo mayor de adquirir el VIH/SIDA. En los capítulos

sobre género y salud materna se puede encontrar una discusión más profunda sobre el género y su efecto en las conductas de salud reproductiva y el desarrollo.

Género, VIH/SIDA y los jóvenes. En Brasil, así como en muchas otras partes de la región, la incidencia de VIH entre las mujeres está aumentando a un ritmo más acelerado que entre los hombres. Los datos disponibles para Brasil en cuanto a tendencias en la incidencia de VIH entre 1991 y 2001 demuestran el progreso logrado en reducir la incidencia de VIH/SIDA en el país y cuánto le falta por hacer a la región para alcanzar este Objetivo de Desarrollo del Milenio si no se trata de solucionar las desigualdades de género. Durante la última década, la incidencia de VIH/SIDA disminuyó del 39 al 27% entre los jóvenes de 13 a 29 años. Por el contrario, la incidencia aumentó del 8 al 12% entre mujeres del mismo grupo etario y declinó del 14 al 5% entre hombres jóvenes (ver gráfica 2).

GRÁFICA 2. CASOS DE VIH REPORTADOS EN BRASIL (POR GÉNERO, 1991-2001)



Fuente: Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, Brasil.

4. DESAFÍOS

Liderazgo político. La principal lección aprendida después de luchar por controlar el SIDA durante los últimos 20 años es que el apoyo político es el elemento más importante de una respuesta exitosa a la enfermedad. Las limitaciones en recursos financieros y humanos reflejan las restricciones presupuestarias y la medida en la cual los responsables por formular políticas están comprometidos a darle una alta visibilidad a los programas de SIDA. Ya que la enfermedad está asociada con un factor de vergüenza personal, además de sanciones legales y morales contra conductas sexuales, tal vez les sea difícil a los responsables de formular políticas de discutir temas relaciones con VIH/SIDA, especialmente los de prevención entre mujeres jóvenes, que es el grupo objetivo del ODM. El diálogo político continuo ayuda a eliminar el estigma y silencio que rodean el VIH/SIDA y empodera a la gente para que sean capaces de adoptar conductas seguras y buscar tratamiento.

El SIDA está transformando la naturaleza del diálogo que los formuladores de política tienen con sus electorados, no solamente con respecto a cómo están organizados los sistemas de salud sino también en los aspectos personales de la conducta sexual y social. El SIDA presenta un enorme desafío político porque amenaza transformar la forma en que la gente piensa sobre la función del gobierno y su responsabilidad de rendir cuentas y cambia también la forma en que ven el compromiso de sus sociedades para lograr la igualdad para las mujeres y los grupos excluidos.

El estigma y la discriminación del VIH/SIDA. El estigma y discriminación contra aquellos que padecen de VIH/SIDA y sus familias pueden amenazar seriamente la efectividad de los programas de prevención y tratamiento. La discriminación en el empleo, los establecimientos educativos y servicios de salud sumada a la falta de apoyo del sistema legal reducen la probabilidad de que los individuos recurran al diagnóstico, tengan acceso a tratamientos, exijan actos sexuales seguros o que cuiden a familiares que sufren de VIH/SIDA. El SIDA todavía está relacionado con percepciones sociales de conducta anormal. El estigma del VIH/SIDA afecta en forma más profunda a los grupos vulnerables o excluidos, los cuales enfrentan el estigma combinado de la enfermedad y otras características por las cuales son excluidos. Esto contrasta de manera evidente con la noción de la “víctima inocente”, por ejemplo, niños que nacen con SIDA. Esta dicotomía legitima la estigmatización y la discriminación que limitan el impacto de los programas.

Desigualdades de género. La incidencia de SIDA está creciendo rápidamente entre las mujeres latinoamericanas. Los formuladores de política deben: (i) aumentar el conocimiento de los jóvenes, en particular de las mujeres, sobre el sexo, los roles de cada género y la prevención, apoyo y tratamiento del VIH; (ii) apoyar un mayor acceso de tecnologías controladas por mujeres para prevenir el VIH; (iii) desarrollar programas que promuevan nuevas normas equitativas de género para la masculinidad y la feminidad; y (iv) tratar los factores basados en el género que limitan el acceso de las mujeres a los servicios. Los programas, al mismo tiempo, deben confrontar en forma directa algunas percepciones masculinas de la sexualidad y el sexo, además de su invulnerabilidad al VIH/SIDA.

Migración, VIH/SIDA y paludismo. El VIH/SIDA y el paludismo no son problemas de carácter sólo nacional. Su control es un bien público mundial, ya que los beneficios de una menor propagación llegan a todos los países. La migración, el desarrollo y la deforestación afectan la propagación del paludismo. Los cambios en el uso de la tierra —como lo es la construcción de caminos—, la explotación forestal, los proyectos agrícolas y de irrigación, particularmente en la región amazónica, han contribuido a propagar el paludismo. El movimiento de poblaciones desplazadas por la violencia y los conflictos armados, y la pobreza rural han alterado sus patrones de incidencia. Existe una mayor incidencia de paludismo endémico urbano, patrones estables de paludismo en áreas rurales con y sin conflictos y paludismo epidémico en zonas receptoras. En América Latina y el Caribe los altos niveles de migración de los pobres y de las mujeres promueven la propagación de estas enfermedades. Los programas subregionales deberían proporcionar a los migrantes un fácil acceso a la información y servicios de toda la región, facilitar la coordinación de sistemas de seguimiento y fomentar el intercambio de datos.

Acceso limitado a servicios y suministros. Un principal desafío a la mejora de los servicios en una epidemia concentrada es cómo aumentar el acceso a grupos excluidos y que tradicionalmente no han recibido los servicios suficientes. El sector público no es el mejor equipado para trabajar con grupos excluidos y, en algunos casos, como los de programas para usuarios de drogas intravenosas, comerciantes sexuales u hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las intervenciones de salud pública financiadas por el Estado pueden llegar a infringir leyes nacionales. La cooperación innovadora entre el sector público y la sociedad civil es necesaria para alcanzar a estos grupos de la población.

Acceso limitado a medicamentos. Las reducciones de precio de los medicamentos antirretrovirales han hecho que el tratamiento sea más accesible. Varios países tienen políticas y leyes que garantizan la terapia antirretroviral para sus ciudadanos que padecen de VIH. A fines de 2002 se estimaba que 196.000 personas estaban recibiendo tratamiento antirretroviral en la región. Según la Organización Mundial de la Salud, en América Latina y el Caribe se brinda tratamiento a un 53% de los enfermos que lo necesitan, nivel que es más alto que en cualquier otra región de países en desarrollo. La mayoría de enfermos que reciben tratamientos antirretrovirales residen en Brasil. El acceso a tratamientos es todavía limitado en la mayoría de los países de la región (ver cuadro 4). Un mayor acceso requerirá de más capacitación de personal, mejor apoyo de laboratorio y mejores sistemas de apoyo de la comunidad para pacientes y sus familias.

La disponibilidad del tratamiento del paludismo es un determinante crítico para el progreso de la región en cuanto al logro del ODM. El acceso al tratamiento del paludismo por cada caso diagnosticado varía de 0,57 a 241,8 tratamientos de primera línea. Hasta 1999 existía en todos los países una terapia antipaludismo efectiva. Recientemente muchos países han experimentado ciertos problemas con el acceso a drogas para el tratamiento de variedades resistentes de paludismo. La falta de medicamentos aumentará el número de casos futuros.

Baja cobertura de la prevención. El acceso a servicios básicos de prevención y el conocimiento sobre SIDA son bajos, particularmente entre grupos vulnerables y las mujeres jóvenes. Es necesario que exista un mayor diálogo franco sobre el sexo y la sexualidad, un mayor acceso a la enseñanza de conocimientos que son útiles para la vida, incluyendo la abstinencia y reducción del número de parejas; debiéndose también eliminar las barreras sociales, financieras y económicas al acceso a mecanismos de prevención.

Falta de datos. El progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio no puede ser medido sin que se disponga de los datos suficientes. En América Latina y el Caribe los sistemas de recolección de datos para VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis son débiles. Los datos son reunidos en forma ad hoc y los cambios en los enfoques conceptuales entre los diferentes esfuerzos de recolección de datos dificultan el seguimiento de las tendencias. Muchos países carecen de planes de seguimiento y evaluación y también de presupuesto para llevar a cabo estas actividades.

CUADRO 4.
ACCESO A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

País	Pacientes elegibles que reciben terapia antirretroviral (%)
Argentina	91
Barbados	33
Belice	8
Bolivia	6
Brasil	100
Chile	91
Colombia	35
Costa Rica	100
Ecuador	68
Guatemala	46
México	92
Paraguay	50
Perú	19

Fuentes: Proceso de negociación conjunta para acceso a drogas antivirales y reactivas en la subregión andina, Argentina, México Paraguay, Documento de marco, mayo de 2003; Iniciativa para acelerar el acceso, Documento de marco para Centroamérica, enero de 2003; Informe de progreso sobre la respuesta global a la epidemia de VIH/SIDA, 2003, ONUSIDA; Informes de país de UNGASS 2003 para Argentina, Belice, Brasil, Guatemala, México y Paraguay, 2003.

Los problemas están relacionados con cuestiones más amplias de disponibilidad y calidad de datos. Más específicamente, se debe examinar los datos para determinar si:

- Los indicadores son conceptualmente apropiados para medir el ODM.
- Existen datos disponibles para todos los países o subregiones.
- Los datos son válidos.
- La cobertura de los indicadores es apropiada para desarrollar estimados regionales.
- Los datos son confiables a lo largo del tiempo.

Necesidad de recursos y su asignación. En 2002 el BID, en colaboración con representantes de ONUSIDA y el Programa para el SIDA de más de 20 países de la región, realizó un estudio sobre las necesidades de recursos para programas de VIH/SIDA. El estudio permitió al Banco identificar patrones actuales de asignación de recursos, la cantidad de recursos que se necesita para tener una respuesta efectiva y la dimensión de la brecha financiera.

Dieciocho países de la región, los cuales representan un 91% de su población total, gastaron US\$ 1.200 millones en VIH/SIDA en 2000. La mayoría de ese gasto estuvo destinado a grupos de medianos ingresos en países con mayor ingreso medio. El financiamiento de esta respuesta se hizo por medio de recursos domésticos. Los donantes internacionales proporcionaron sólo un 2,1% de los recursos necesarios.

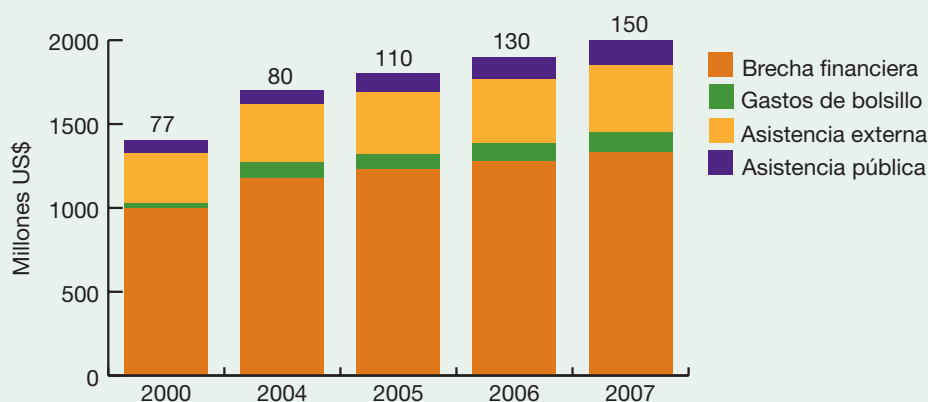
IX. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES

La región se enfrenta a una brecha financiera. Los países con bajos ingresos y aquellos que tienen índices de prevalencia cercanos o mayores al 1% necesitarán recursos financieros y técnicos externos. Algunas de estas naciones han recibido asistencia del Fondo Global. Hasta septiembre de 2003 el Fondo Global ha aprobado donaciones a 12 países por un total de US\$ 343,7 millones a ser desembolsados en un período de 5 años para SIDA, tuberculosis y paludismo (ver gráfica 3).

Los datos preliminares del estudio del BID sugieren que la región necesitará US\$ 1.500 millones en 2005, aumentando a US\$ 2.000 millones en 2007, para financiar una respuesta efectiva al VIH/SIDA. El personal del programa de VIH/SIDA estima que el 56% de estos recursos está asignado a la prevención, el 38% al tratamiento y cuidado y el 6% a la mitigación, lo cual representa un cambio en los patrones actuales de asignación de recursos. Los datos de SIDALAC sobre los patrones actuales de gastos para 2002 muestran que sólo el 25% del gasto en SIDA fue destinado a la prevención, mientras que se gastó un 75% en tratamiento y cuidado.

La brecha financiera para el control del paludismo es aún más aguda. Los presupuestos de los programas han variado ampliamente durante los últimos 5 años. El gasto por persona se redujo en forma continua en los años recientes. En 1999 el gasto promedio fue de US\$ 0,45 por persona en los 16 países que informaron a la OPS sobre sus presupuestos para el control del paludismo. Esto representa una reducción del 31% comparada con el año 1996 (US\$ 0,65) y una disminución con respecto a 1997, pero un aumento del 7,1% con respecto a los fondos disponibles en 2000.

GRÁFICA 3. NECESIDAD DE RECURSOS PARA VIH/SIDA Y BRECHAS FINANCIERAS, 2000-2007



Fuente: Resource Requirements to Fight HIV/AIDS in LAC, BID, 2003

5. UNA PRÁCTICA A NIVEL MUNDIAL: EL PROGRAMA DE SIDA DE BRASIL

El programa de SIDA de Brasil ha surgido como una práctica notable a nivel mundial. Este país fue líder en el debate mundial sobre acceso a medicamentos y su enfoque integrado a la prevención, tratamiento y cuidado cambió la visión de cómo deben estar organizados los programas de SIDA. Hace una década había un escepticismo general en cuanto a que si los programas de SIDA pudiesen tener éxito en los países en desarrollo y, en caso afirmativo, cuál sería el costo. Uno de los principales logros del programa brasileño, y de otros en América Latina y el Caribe, como en Haití, ha sido demostrar que es factible proporcionar tratamientos en áreas pobres y que los grupos pobres y excluidos pueden seguir regímenes de tratamiento. En 1992 el Banco Mundial estimó que existen 1,2 millones de casos en Brasil. En el día de hoy, en una población de 170 millones, hay 597.000 personas que sufren de SIDA en Brasil.

Logros. Uno de los logros más destacados del programa ha sido la reducción del precio de los medicamentos, lo cual ha tenido un impacto epidemiológico y económico. La ley brasileña de patentes entró en efecto en 1997 pero no tuvo un carácter retroactivo. En ese momento, las patentes no cubrían muchas de las drogas utilizadas para combatir el SIDA, de forma tal que Brasil comenzó a fabricar drogas genéricas. Brasil produjo 7 de los 14 componentes del cóctel antirretroviral, reduciendo así su costo en un 75%. Como Brasil disponía de la tecnología para producir drogas antirretrovirales patentadas, esto fortaleció la posición de negociación del país con las compañías farmacéuticas. Las negociaciones con los laboratorios Merck y Roche tuvieron como resultado reducciones de precio del 40 al 60% de tres de los componentes esenciales de la terapia antirretroviral. El costo anual promedio de la terapia antirretroviral disminuyó de un máximo de US\$ 4.860 a US\$ 2.530 durante el período 1996-2001, es decir, una reducción del 48%.

La reducción del precio de la medicación antirretroviral y el acceso libre al tratamiento tuvieron dos impactos de importancia. En primer lugar, y desde 1999, el porcentaje del presupuesto de salud destinado a VIH/SIDA ha disminuido. Los gastos por medicamentos antirretrovirales declinaron del 3,2% en 1999 a 1,87% en 2003². En 1996 se gastaron US\$ 336 millones en drogas, comparados con US\$ 245 millones en 2001. En general, durante el período 1989-2002, el programa de SIDA redujo el gasto proyectado en US\$ 2.000 millones. Además, la producción local de medicamentos antirretrovirales resultó en un “ahorro” de US\$ 960 millones y las reducciones en la mortalidad y la morbilidad disminuyeron los estimados de gasto en US\$ 1.230 millones. En segundo lugar, al aumentarse el acceso al tratamiento y al dar apoyo a un enfoque integrado, el país evitó aproximadamente 58.000 nuevos casos y 90.600 muertes durante el período 1994-2002 (ver gráfica 4).

Uno de los otros casos exitosos en América Latina y el Caribe es el de los países del Caribe de habla inglesa. Esta región ha sido capaz de establecer un sistema para la colaboración política y técnica, además de lograr que los líderes políticos participen en forma activa en la lucha contra el SIDA. Asumiendo la tarea en forma rotatoria, un jefe de

2. En 2003 los tres medicamentos antirretrovirales que debieron ser importados consumieron el 63% del presupuesto destinado a drogas contra el SIDA.

RECUADRO 2. PRINCIPIOS DEL PROGRAMA DE SIDA EN BRASIL

Apoyo político temprano y continuo. El Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA fue creado en 1985. El aspecto más saliente de la respuesta del gobierno ha sido su continuidad. Esto le ha permitido al programa desarrollar una posición coherente en temas principales, como por ejemplo, el acceso a medicamentos y el inicio de un diálogo social franco y abierto sobre el sexo y la sexualidad.

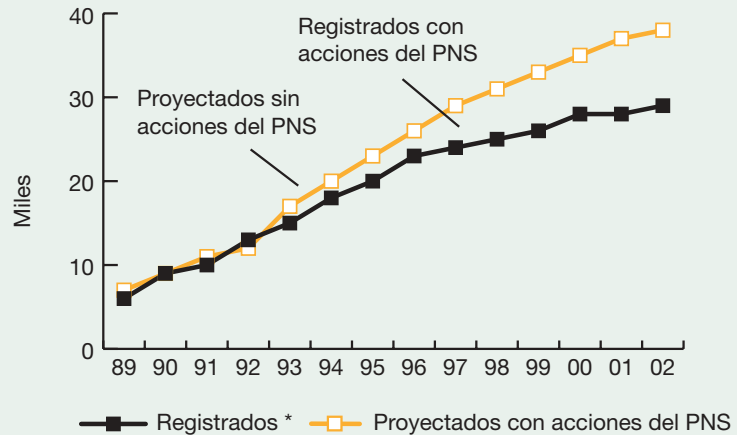
Participación de la sociedad civil. La sociedad civil tuvo participación desde el comienzo del programa en la planificación e implementación de intervenciones. En la actualidad, más de 600 ONG trabajan con el programa. Entre 1999 y 2000, el gobierno financió 1.780 proyectos, por un total de US\$ 33 millones, que fueron implementados por la sociedad civil. Su participación tuvo dos impactos inmediatos. En primer lugar, facilitó el desarrollo de intervenciones culturalmente apropiadas, en particular para grupos excluidos y vulnerables, y en segundo término, expandió el alcance del esfuerzo nacional.

Enfoques integrados de prevención, tratamiento y cuidado. El programa brasileño consideró al tratamiento y la prevención como refuerzos mutuos. El tratamiento gratuito y de acceso universal han contribuido a los esfuerzos de prevención. La gente se siente más segura al someterse a exámenes de diagnóstico voluntarios y confidenciales, lo cual ha resultado en una detección y tratamiento más tempranos de la enfermedad. Los pacientes están en estrecho contacto con proveedores estatales y de ONG y reciben un flujo constante de instrumentos de información, orientación y prevención. El tratamiento reduce la carga viral, aumenta la autoestima de los pacientes y los alienta a evitar que contagien a sus parejas. Antes de la introducción de la terapia antirretroviral gratuita en 1996, el promedio de sobrevivencia para personas con SIDA era de 18 meses, mientras que durante el período 1996-2001, aumentó a 58 meses.

Derechos humanos. El compromiso del programa para con los derechos humanos se refleja en su enfoque de la participación de la sociedad civil. La legislación que aprobó la provisión de terapia antirretroviral gratuita tomó como tema central el derecho humano básico que tienen todos los ciudadanos al cuidado de la salud, lo cual incluye el acceso a medicamentos. Se ha implementado una amplia gama de programas que se enfocan en la discriminación en el mercado laboral, el sector educativo y los programas de protección social.

estado representa a toda la región en las discusiones con compañías farmacéuticas y fuentes de financiamiento externo. La región ya ha negociado, con resultados positivos, dos rondas de reducción de precios de medicamentos, habiéndose realizado la última en octubre de 2003 con la Fundación Clinton. Los países han desarrollado un plan estratégico coordinado de VIH/SIDA, una propuesta exitosa de US\$ 12 millones para el Fondo Global, así como también una iniciativa conjunta de donantes caribeños (PANCAP) que ya ha recaudado más de US\$ 20 millones para programas de VIH/SIDA.

GRÁFICA 4. NÚMERO DE CASOS DE SIDA (REGISTRADOS Y ESTIMADOS) CONSIDERANDO LAS ACCIONES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SIDA DE BRASIL, 1989-2002



*Casos estimados después de 1998 utilizando tendencias reales
Fuente: Programa Nacional de SIDA, Brasil

6. EL ROL DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

El Banco tiene tres instrumentos a su disposición para asistir a la región, los cuales son el poder de convocatoria, la solidez analítica y la capacidad prestataria. Existe una necesidad urgente de ampliar el debate sobre VIH/SIDA para aumentar el liderazgo político. Este diálogo debe involucrar a los gobiernos, la sociedad civil y las redes de personas que viven con VIH/SIDA. El Banco continuará haciendo uso de su poder de convocatoria para mantener este diálogo. Este proceso es necesario para que los países de América Latina y el Caribe puedan encarar las cuestiones sociales y económicas que limitan la efectividad de sus iniciativas de lucha contra el VIH/SIDA. Además, la capacidad analítica del Banco será utilizada para estudiar los aspectos sociales y económicos de la epidemia en la región. Los estudios realizados sobre género, necesidades de recursos y estigma han contribuido a identificar nuevos desafíos y respuestas programáticas. El Banco es una institución prestataria. Los programas de VIH/SIDA en la región requieren una sólida infraestructura de salud.

El BID ha sido el principal partidario del desarrollo de un sistema de salud en la región. Durante el período 1992-2001, el Banco aprobó préstamos por un total de US\$ 1.700 millones para el mejoramiento de muchos de los servicios que se utilizan en respuesta al VIH/SIDA, como por ejemplo, el seguimiento epidemiológico, la mejora de clínicas y la capacitación de enfermeras y médicos, aumentando también la disponibilidad de puntos de provisión de servicios médicos. Sin este apoyo, muchos países presentarían una respuesta mucho más limitada al VIH/SIDA. El Fondo Global para el SIDA, tuberculosis y paludismo aumentará los fondos a ser asignados en donación a los países. El Banco trabajará en colaboración con el Fondo Global para tratar de superar los desafíos de implementación y las brechas financieras.

La reducción de la propagación del VIH/SIDA y del paludismo son bienes públicos regionales. En una zona geográfica contigua, con altos niveles de movilidad y pobreza y con una mayor disposición a abrir los mercados a los insumos regionales, la disminución de la propagación de estas enfermedades beneficia a todos los países. La región no podrá contener estas enfermedades si no adopta un enfoque regional. El Banco puede ayudar a la región a desarrollar esta respuesta. En primer lugar, brinda un ambiente de confianza para la interacción entre los países que participen de una operación compleja. En segundo término, ha establecido extensas redes de colaboración con organizaciones y financistas en los niveles internacional, regional y subregional. Estas organizaciones pueden trabajar con el Banco para apoyar la producción de bienes públicos regionales. Tercero, la perspectiva regional y la capacidad analítica del Banco lo colocan en la mejor posición para investigar los costos y beneficios de un enfoque centrado en la idea de bienes públicos regionales. El Banco está capacitado para identificar los beneficios agregados y hacer llegar la cuota correspondiente de estos beneficios a cada país. Esta es una información de importancia central cuando se discute el financiamiento de bienes públicos regionales. Cuarto, el Banco puede cumplir una función en el apoyo a los países con limitada capacidad de absorción en la producción y consumo de un bien público regional. Por último, el Banco, en forma individual o en colaboración con otras instituciones, puede financiar enfoques de bienes públicos regionales para ayudar a reducir la propagación de VIH/SIDA y paludismo hacia fines de 2015.

Prioridades de inversión en América Latina y el Caribe. Una parte importante de la función analítica del Banco es ayudar a los países a identificar sus prioridades. El estado de los programas existentes y los desafíos que estos enfrentan sugieren tres áreas prioritarias para la asistencia del Banco:

- *Mejor recolección de datos y diseminación.* Se necesita un mayor esfuerzo para mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos sobre aspectos epidemiológicos y de conducta de estas tres enfermedades contagiosas. Esto requerirá que se brinde apoyo a los sistemas e instituciones de recolección de datos, capacitación, financiamiento de encuestas periódicas, así como también mejores métodos de diseminación de información. Lo que es más importante, todos los datos recogidos deben ser desagregados según género, raza, etnia y nivel de pobreza.
- *Mayor diálogo de política.* En particular en el caso del VIH/SIDA, se necesita un apoyo a las políticas que sea más fuerte y vocal. Los diálogos ayudarán a disminuir la vergüenza, el estigma y la desigualdad de género que rodean la enfermedad y aquellos que están afectados por la misma y también apoyarán la discusión e implementación de respuestas que sean más efectivas. El diálogo también propondrá el tema de necesidad y asignación de recursos y hará más transparente el proceso presupuestario.
- *Mayor acceso a los servicios para los grupos pobres y excluidos.* El aumento de la calidad y la disponibilidad de servicios para los pobres, en particular las mujeres pobres, y los miembros de los grupos excluidos tendrá el mayor impacto en la incidencia de VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis. Como mínimo, los servicios de VIH/SIDA deberían estar totalmente integrados al sistema de salud. Estos servicios deben centrarse más en los grupos vulnerables.

REFERENCIAS

- Banco Interamericano de Desarrollo. 1998. Progreso económico y social en América Latina, 1998-1999: América Latina frente a la desigualdad. Washington, D.C.: BID.
- Banco Interamericano de Desarrollo. 2003. Resource Requirement to Fight HIV/AIDS in LAC. Versión preliminar. Washington, D.C.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Sin fecha. El sector salud en proyectos del BID: Una evaluación preliminar. Washington, D.C.
- Bell, C. , Devarajan, S., y Gersbach, H. 2003. The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and Application in South Africa.
En: http://www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/BeDeGe_BP_total2.pdf
- Center for Global Development. 2003. HIV/AIDS in Africa: What works. A Conference report. En: <http://www.cgdev.org/events/HIVConfRep.pdf>
- Cohen, D. Sin fecha. Poverty and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa, UNDP HIV and Development Programme. Documento de discusión No. 27. En: <http://www.undp.org/hiv/publications/issues/english/issue273.html>
- Fundación Gates. 2003. Access to HIV Prevention: Closing the Gap.
En: <http://www.gatesfoundation.org/>
- Fundación Gates. 2002. Global Mobilization for HIV Prevention: A Blueprint for Action. En: <http://www.gatesfoundation.org/>
- Izazola-Licea J. A., y Cardona, R. 2003. Financiamiento y gastos en la repuesta al VIH/SIDA: lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible, No SOC-133.
- Millennium Project. 2003. Background paper on the Task Force on major tropical diseases and access to medicine: subgroup on HIV/AIDS. En: <http://www.unmillenniumproject.org/>
- ONUSIDA. 2003. Accelerating Access Initiative, Framework Document for Central America, January 2003, Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003.
- ONUSIDA. 2003. AIDS Epidemic Update: December 2002. En: <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA. 2003, Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003, Follow up to the 2001 United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. En: <http://www.unaids.org/html/pub/Topics/UNGASS2003/>

IX. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES

OPS/OMS. 1993. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: Salud de los pueblos indígenas, HHS/SILOS-34. Washington, DC: OPS/OMS

OPS/OMS. 2000. The Roll Back Malaria Initiative in the Rainforest Region of South America. En: <http://www.paho.org/English/HCP/HCT/MAL/cartagena-0.pdf>

OPS/OMS. 2001. Situation of Malaria Programs in the Americas. Epidemiological Bulletin, Vol. 22 No. 1, marzo de 2001. En: http://www.paho.org/English/SHA/be_v22n1-malaria.htm

OPS/OMS. 2003. Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Drogas Antivirales y Reactivas en la Subregión Andina, Documento de marco.

OPS/OMS. 2003. Status Report on Malaria Programs in the Region. Documento presentado en la Reunión del Consejo Directivo de OPS/OMS, Washington, DC; 17 de septiembre de 2003. En: <http://www.paho.org/English/GOV/CD/cd44-inf3-e.pdf>

Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA y. 2002. Boletim Epidemiológico AIDS - Año XVI nº 1 - Abril a diciembre de 2002. En: <http://www.aids.gov.br/>

Rao Gupta, G. 2003. Vulnerability and Resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Banco Interamericano de Desarrollo, Serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible, No. SOC-132

SIDALAC. 2003. El financiamiento de las repuestas nacionales contra SIDA en América Latina y el Caribe y el flujo de financiamiento internacional: cuentas nacionales de VIH/SIDA. En: <http://www.sidalac.org.mx>

UNGASS. 2003. Informe de país para Argentina, Belice, Brasil, Guatemala, México y Paraguay, 2003. En: <http://www.unaids.org/Unaid/EN/Events/>

