



Género, Sida y Terapias ARV: Asegurando el acceso equitativo de las mujeres a los medicamentos dentro de las iniciativas de tratamiento financiadas por los Estados Unidos de Norteamérica

Febrero 2004

Presentado a la Oficina del Coordinador Global contra el VIH/SIDA

El 20 de febrero de 2004, la Oficina del Coordinador Global contra el SIDA del Departamento de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica hará público el borrador de la estrategia que guiará la implementación de las políticas mundiales contra el SIDA de los Estados Unidos de Norteamérica, autorizado por la Ley de Liderazgo de los Estados Unidos contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, promulgada en el año 2003 ("La Ley del SIDA", P.L. 108-25). Esta Ley encarga al Coordinador Global a desarrollar programas que provean tratamiento antiretroviral (ARV) hasta fines del año 2006, a por lo menos 2 millones de personas. Quinientas mil personas deberán recibir el tratamiento ARV hasta fines del 2004 (Ley del SIDA §402(a)). Con el objeto de apoyar la estrategia, el Congreso ha entregado US\$ 2.4 billones para financiar dichas iniciativas en el 2004 (Ley de Apropriaciones Consolidadas, 2004, P.L. 108-199), y de este monto, el 55% deberá ser utilizado en el tratamiento de individuos con VIH/SIDA (Ley del SIDA §402 (b)(1)).

Aún aumentando el compromiso, el financiamiento y la coordinación, los esfuerzos de los Estados Unidos por brindar tratamiento para el SIDA no serán suficientes para proporcionar tratamiento ARV, a una significativa minoría de pacientes que actualmente sufren de SIDA. Se estima que en la actualidad 40 millones de personas en todo el mundo están infectadas con el VIH y en África del Sub-Sahara, donde aproximadamente 4.1 millones de personas están infectadas, sólo 50,000 tienen acceso a algún tipo de tratamiento. Por ello, la iniciativa Norteamericana representa sólo un modesto inicio de lo que debería ser un compromiso internacional para prevenir y tratar el VIH y el SIDA.

Debido a los limitados recursos, inevitablemente se deberán tomar decisiones sobre quién recibirá tratamiento y cuándo, incorporándose así el tema de la equidad en el acceso a tratamiento para los

sub-grupos de los infectados. Estas consideraciones acentúan urgentemente la necesidad de garantizar esfuerzos específicos que aseguren que los programas de tratamiento lleguen a estos grupos –especialmente mujeres y niñas y otras poblaciones vulnerables, tales como trabajadores sexuales y hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres– quiénes, debido a la discriminación social, económica y cultural, así como a la falta de acceso a servicios de salud, enfrentan un riesgo mucho más desproporcionado de infección. Por ejemplo, hoy en día, las mujeres representan más de la mitad de personas infectadas con VIH a nivel mundial, y en la zona de África del Sub-Sahara, corresponden a más del 60 por ciento de infectados (UNAIDS 2003). En muchos países, la tasa de nuevas infecciones es mayor entre mujeres casadas y mujeres adolescentes. La falta de comprensión y manejo de las barreras que impiden el acceso de las mujeres y niñas a un tratamiento, arruinarán las inversiones sostenibles a largo plazo, que los Estados Unidos de Norteamérica ha realizado, en la búsqueda de soluciones contra la epidemia global de VIH/SIDA.

Para asegurar que dichas estrategias globales promuevan justicia y equidad y reflejen un consenso internacional sobre los principios éticos que deben guiar el acceso a los servicios de salud, los Estados Unidos de Norteamérica debe tomar pasos proactivos para abordar las barreras de acceso a servicios que enfrentan las mujeres. Debido a los escasos recursos no existe una fórmula consistente que asegure equidad en el acceso a tratamiento. Así mismo, una serie de consideraciones, lineamientos o preguntas estándar pueden y deben ser formuladas y aplicadas dentro de cada contexto para asegurar que la equidad de género y justicia social sean incorporados en los programas de acceso a tratamiento. Dichos lineamientos pueden ser utilizados para asegurar una aplicación consistente de principios éticos al acceso a tratamiento, que a su vez reflejen circunstancias específicas, las

mismas que deberían ser cuidadosa y periódicamente revisadas, debido a cambios en la dinámica de la epidemia o en la medida que el acceso al tratamiento se extienda. A través de la revisión de bibliografía e investigación de campo, hemos podido identificar los siguientes elementos que son esenciales para el acceso a tratamiento con enfoque de género.

1. Ampliar los Criterios de Elegibilidad

Asegurar que los Criterios de Elegibilidad reflejen tanto las vulnerabilidades biomédicas como las socioeconómicas: Los criterios de elegibilidad actuales, sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que se debe dar prioridad en el acceso a tratamiento a aquellas personas que cumplen con ciertos indicadores biomédicos; o sea, aquellas que tienen una cuenta de células CD4 menor a 200, o en caso de no existir mecanismos para vigilar la cuenta de células CD4, deberán ser consideradas aquellas personas cuyos síntomas reflejen diagnósticos clínicos aceptables. En la mayoría de los países, las pruebas necesarias para asegurar lecturas correctas y consistentes del conteo de células CD4 no son ampliamente disponibles y debido al limitado acceso a ARVs en general, sólo un pequeño número de personas que viven en zonas pobres, tienen acceso a estos diagnósticos y cumplen con los criterios establecidos para acceder al tratamiento (Attawall y Mundy 2003). Por ejemplo, actualmente en África del Sub-Sahara, sólo 50,000 personas, de un estimado de 4.1 millones que necesitan tratamiento ARV, tienen acceso a las drogas (Attawall y Mundy 2003).

A pesar que los esfuerzos por ampliar el acceso general al tratamiento son obviamente críticos, sólo el uso de criterios estándar no superará las barreras al acceso que enfrentan las mujeres y otros grupos en condiciones de vulnerabilidad. Por lo tanto, se deben tomar medidas específicas para eliminar las barreras no-médicas que enfrentan aquellos que están en condiciones de vulnerabilidad de contagiarse con VIH y SIDA. Por ejemplo, la evidencia demuestra que las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de acceder, obtener y/o controlar los ingresos familiares, y como resultado de ello, tienen menos posibilidades de costear una atención primaria, secundaria o terciaria (Nanda 2002). En algunos lugares, las mujeres no pueden solicitar atención médica sin la autorización del marido; es más, en muchos países los escasos recursos de salud son invertidos preferentemente en algunos miembros de una familia en desmedro de otros simplemente debido a su sexo y a su menor estatus social (por ejemplo, hombres en lugar de mujeres, niños en lugar de niñas).

Como resultado, las mujeres tienen un menor acceso a servicios generales de diagnóstico y pruebas, y por ello la carga de la enfermedad que enfrentan no es tan fácilmente apreciable, aún cuando los criterios aceptados para determinar la prioridad de acceso sean aplicados en toda la comunidad.

La gran mayoría de evidencias de investigación en países en vías de desarrollo sobre acceso a servicios y atención que han sido obtenidas a lo largo de cuatro décadas, demuestran cuán profundamente las barreras socioeconómicas y los sistemas de salud afectan a las mujeres y otros grupos en condiciones de vulnerabilidad. Las miles de barreras para obtener atención que existen sistemáticamente en los servicios de salud, los cuales a su vez cuentan con pocos recursos, afectan la verdadera demanda para obtener tratamiento. Por ejemplo, el prejuicio y la discriminación que son perpetuados por los trabajadores de salud contra grupos o individuos específicos, reducen la disposición o la habilidad del individuo a solicitar atención. El tratamiento y la búsqueda de atención también se ven afectados por: la falta de personal o instalaciones adecuadas, un pobre sistema logística de distribución de drogas, así como la escasez de suministros en los servicios médicos, servicios en instalaciones muy alejadas y la falta de transporte adecuado para acceder los establecimientos de salud; el estigma, rechazo, y desinformación; medicinas con costos muy altos y la imposición de cuotas de usuario; y la falta de programas de seguros médicos, son barreras que afectan principalmente a las mujeres (Nanda 2002). A no ser que estas barreras sean abordadas de manera efectiva, se reflejarán tanto en la demanda por medicamentos como en el acceso al tratamiento. Las distorsiones en el tratamiento para mujeres así como en su habilidad para solicitar atención, ocurrirá de todas maneras, aún cuando el tratamiento ARV tenga una mayor disponibilidad y los criterios de elegibilidad indiquen que el tratamiento puede ser ofrecido a mayores números de personas.

La falta de acceso de las mujeres a servicios preventivos y curativos de salud impactan en el rol que cumplen en relación al sustento de sus familias y a su aporte para lograr comunidades saludables. Por ejemplo, en África, las madres son las principales actrices en asegurar la salud y la supervivencia de los niños así como la provisión de alimentos y otras necesidades de consumo doméstico. Hoy en día, estas mujeres también deben asumir la responsabilidad de brindar atención a quienes están contagiados con el SIDA. Si no se propone un plan específico para eliminar las barreras al acceso, aun con las mejores intenciones, las disparidades de género

mantendrán a las mujeres en desventaja con relación al acceso a tratamiento.

Los criterios de elegibilidad para ampliar el acceso a tratamiento desarrollados por los Estados Unidos de Norteamérica, deben ir más allá de los puramente biomédicos, para avanzar en el reconocimiento de los efectos de las inequidades de género a nivel de los hogares y de la comunidad. Se debe desarrollar criterios a nivel de país, más amplios que reflejen las disparidades existentes y aseguren a que las mujeres conformen una representación más equitativa o proporcional dentro de las personas elegibles y seleccionadas para participar en programas ARV. Todos y cada uno de los criterios deben ser revisados de manera consistente a escala nacional y regional para asegurar que reflejen la dinámica cambiante de la epidemia en cualquier contexto.

Asegurar que los criterios de elegibilidad no discriminen a las mujeres debido a su estado de gravidez, ni se concentren en las mujeres únicamente en base a su embarazo: Es urgente que se aumente el acceso de las mujeres a los programas de ARV en general, y éste no debería basarse únicamente en su estado de gravidez. En algunos lugares, incluyendo Botswana, Kenia y Zambia, se están introduciendo los ARV aplicando un enfoque de entrada múltiple, lo que aumenta el acceso a través del tratamiento de la madre al hijo (la prevención del transmisión vertical) así como a través de hospitales regionales o distritales (Attawall y Mundy 2003). Aumentar el acceso de las familias al tratamiento a través de la provisión de servicios a mujeres embarazadas no asegura que se aborden las barreras que enfrentan las mujeres no-embarazadas a nivel de una población más generalizada. Por ejemplo, los esfuerzos por ampliar el acceso al tratamiento podrían otorgar una mayor prioridad a las mujeres embarazadas a través de los programas de prevención del transmisión vertical, pero simultáneamente podrían descuidar a un gran grupo de mujeres infectadas que no están embarazadas, quienes no tienen forma (por razones expresadas más adelante en este documento) de acceder al tratamiento a través de otros puntos de entrada (Attawall y Mundy 2003). Adicionalmente, un mayor acceso para mujeres embarazadas a programas de prevención del transmisión vertical *debe* estar vinculado a un tratamiento individual sostenible para las mujeres, y no sólo para prevenir la transmisión al hijo.

Se deben hacer esfuerzos especiales para eliminar las barreras al acceso de las jóvenes adolescentes –estén o no

embarazadas o casadas. En muchos países, las mujeres adolescentes se encuentran en un mayor riesgo de infección y tienen los menores niveles de estatus social y económico, así como el menor poder para solicitar acceso a la terapia. Barreras legales, tales como las leyes sobre edad de consentimiento u otros medios para “proteger” a los adolescentes, en realidad socavan el acceso de las jóvenes a información, servicios y terapias que podrían salvar sus vidas.

Asegurar que los criterios y los procesos para ampliar el acceso a tratamiento sean transparentes y responsables ante las comunidades en cuestión: Los criterios para decidir quiénes pueden acceder al tratamiento ARV y cuándo, deben ser transparentes y de fácil comprensión para las comunidades involucradas. Los programas de VIH/SIDA deben ser muy claros en indicar que no todas las personas se beneficiarán inmediatamente de dicho tratamiento. La racionalidad utilizada para decidir la asignación de los escasos recursos debe ser aceptada por una amplia mayoría. Cuando se implementa un programa de ARV a nivel comunitario, las decisiones y los criterios para el tratamiento deben involucrar a aquellas personas que viven con el VIH/SIDA, que serán los beneficiarios de los programas de acceso al tratamiento.

Realizar un costeo equitativo de las drogas: El costeo dual, es decir, basado en cobros, servicios de salud subsidiados, y sistemas de pago parcial, es generalmente utilizado por los gobiernos para promocionar, de manera sostenible y permisible, un mayor acceso a las drogas. Se debe prestar mucha atención a los cálculos de costos y sus reglamentos. Algunas preguntas que deben hacerse en torno a este tema, incluyen: ¿qué grupos recibirán un tratamiento gratuito?, ¿quiénes recibirán una terapia a precios subsidiados?, ¿quienes deberán pagar?, y ¿cómo se aplicarán las estructuras de costos a través del sector salud?. Debido al limitado acceso de las mujeres a ingresos y otros recursos productivos, tienen menores probabilidades de participar en esquemas de pago completo, aún con precios subsidiados. La evidencia indica que si no existe una aplicación clara y cuidadosa, los subsidios para las drogas y otros servicios de salud generalmente no beneficiarán a los grupos objetivo de los programas, y el resultado será que los programas no podrán ser sostenibles a largo plazo (Nanda 2002). Tanto los niveles de subsidio como los criterios de elegibilidad para tratamientos subsidiados de ARV deben ser claros y dirigidos a quienes más los necesitan, con medidas preestablecidas para asegurar que el costeo de las drogas sea responsabilidad de las fuentes donde se entregan las drogas.

Asegurar que las intervenciones de continuidad de los regímenes de drogas tengan un enfoque de género:

La evidencia demuestra que dentro de los hogares y la comunidad, el estigma, el temor y la desinformación pueden afectar la continuidad de los regímenes de drogas. Por ejemplo, se señala que en Botswana, Kenia y Zambia, las mujeres devolvieron las drogas que les habían suministrado para el tratamiento debido a que sus esposos se habían opuesto a su uso, o, en el caso de mujeres embarazadas, debido a la creencia que las drogas podían dañar al feto (Attawall y Mundy 2003). Los programas para ampliar el tratamiento ARV deben tratar éstas y otras barreras que enfrentan las mujeres. Las evaluaciones de la continuidad del tratamiento también deben reconocer que la falta de tiempo de las mujeres, debido a las responsabilidades domésticas y familiares, es el principal factor que limita sus capacidades para acceder y continuar con el tratamiento de una enfermedad. Estudios realizados en muchos lugares muestran que las mujeres no han podido hacer un uso efectivo de los servicios de salud primarios y secundarios existentes debido a que sus horarios de atención, así como las normas del personal no toman en cuenta los horarios domésticos, ni el trabajo de las mujeres o sus responsabilidades, ni la falta de acceso a transporte confiable (Kumar et al 2003). Tampoco se toman en cuenta otros obstáculos que las mujeres deben enfrentar, tales como la falta de privacidad y confidencialidad del servicio (Kumar et al 2003). No es de sorprender que los mejores resultados obtenidos en las tasas de continuidad del tratamiento de las mujeres, ocurren en programas pilotos, tales como aquellos desarrollados en Sudáfrica y Kenia, donde todos los grupos dentro de una comunidad estaban involucrados en el proceso de selección de los beneficiarios y en el apoyo para un acceso sostenible a las terapias (Attawall y Mundy 2003).

2. Asegurar que los Programas de Tratamiento ARV Mejoren la Capacidad de los Sistemas de Salud

Asegurar que la capacidad y la infraestructura de los sistemas de salud primarios sean desarrolladas y mejoradas:

Hoy en día, el VIH/SIDA está teniendo un impacto profundamente negativo en los sistemas de salud, los cuales están sub-financiados y tienen además problemas por insuficiencia de personal. La epidemia de VIH está aumentando la demanda de diagnósticos, pruebas, tratamiento y atención así como las cargas sobre el personal de salud, en un momento en que hay una mayor deserción de profesionales de la salud del sector público de muchos países (debido a los bajos salarios, ausentismo, y

reducción del empleo por parte de los gobiernos a raíz de las disminuciones presupuestales). Con una adecuada inversión en infraestructura, en recursos humanos y en los sistemas logísticos, la expansión de los programas de tratamiento ARV podrían ayudar a fortalecer los sistemas de salud en general, por ende, mejorar el estado de la salud en el largo plazo. Este esfuerzo podría mejorar el compromiso y la moral de los trabajadores de salud, el sistema de referencia, y los resultados de la atención y el tratamiento de casos no relacionados con el VIH (Attawall y Mundy 2003). Sin embargo, los programas de tratamiento ARV también podrían minar aún más los sistemas de salud al extraer financiamiento de los servicios de salud primarios, acelerando el deterioro del sistema de servicios de salud, especialmente si los recursos para los programas de tratamiento ARV son desplegados selectiva y verticalmente a través de unidades de servicios de salud terciarias. La erosión en el sistema de servicios de salud agravará aún más las barreras al acceso que ya enfrentan las mujeres y otros grupos vulnerables.

Invertir en la calidad de la atención y en los esfuerzos para eliminar los prejuicios dentro del sistema de servicios de salud:

La mejora de la calidad de la atención es un aspecto crítico para asegurar el éxito de los programas de tratamiento ARV a largo plazo. Investigaciones recientes sugieren que, de seguir el actual nivel de desgaste, en los próximos diez años habrá una escasez de 20,000 enfermeras en Sudáfrica (Attawall y Mundy 2003). Muchos establecimientos ya carecen de personal debidamente entrenado, equipos, medicinas y suministros, así como sistemas de respaldo. Estos factores indican que existe el peligro potencial de una propagación de terapias ARV incompletas, aumentando así el riesgo de toxicidad y resistencia a la droga.

La calidad de la atención también afecta de manera muy directa al acceso de las mujeres. Por ejemplo, debido a que las mujeres sufren de una mayor estigma, discriminación, e inclusive violencia al revelar su condición de VIH positivas (UNICEF y Panos 2001), la preocupación por la privacidad y la confidencialidad en el acceso y provisión de los servicios de salud son determinantes claves de la calidad de atención. Igualmente, la discriminación que sufren aquellas personas que están infectadas, generalmente es perpetuada por los mismos proveedores de servicios de salud, quienes actúan como los “porteros” para el acceso a la atención. En India, varios estudios han demostrado que aquéllas personas infectadas con el VIH, especialmente mujeres VIH positivas, enfrentan diversas formas de estigmas y discriminación en los

establecimientos de salud (UNICEF y Panos 2001). Se pueden mencionar, entre otros, pruebas obligatorias sin consentimiento informado para aquellas personas que serán intervenidas quirúrgicamente y para mujeres embarazadas; negar la admisión en los hospitales y a brindar tratamiento a personas VIH positivas; aislamiento físico de las personas VIH positivas; altas hospitalarias prematuras; y negativa a atender o realizar procedimientos clínicos (UNAIDS 2001; UNICEF e Instituto Panos 2001). En Tanzania, aquellas mujeres que se sospecha, están infectadas con el VIH han enfrentado violencia por parte de los trabajadores de salud.

Para asegurar los estándares de la calidad de atención, esenciales para el éxito de los programas de tratamiento ARV, la ampliación de tales programas deberían incluir inversiones específicas y sostenidas para proveer una infraestructura física adecuada; extender la detección y manejo de enfermedades relacionadas con el VIH; tratar los problemas relacionados a los efectos secundarios de las drogas; expandir el acceso a servicios seguros de consejería; aumentar la disponibilidad de servicios de laboratorio; invertir en la capacitación y sensibilización del personal de salud; mejorar la seguridad sobre la calidad de las drogas; incorporar la participación de la comunidad en el monitoreo y evaluación de estos esfuerzos; y abordar el tema del estigma y la discriminación perpetuados por los proveedores de los servicios de salud.

Ampliar los servicios de consejería con enfoque de género como parte de los programas de tratamiento y prevención: Inequidades de poder debido a las desigualdades de género, el escaso poder para decidir y la limitada movilidad dentro del hogar, afectan la capacidad de las mujeres para buscar servicios de salud. A medida que los programas de tratamiento ARV son ampliados, se debe invertir simultáneamente en la expansión de modelos intensivos e interactivos de consejería para tratar los riesgos asociados con la revelación del estatus de VIH, tales como: una mayor exposición a la violencia por parte de la pareja íntima. La consejería efectiva también es importante para ayudar a mantener la participación en el programa; para enfrentar el estigma; para identificar y vincular a la gente a los servicios de referencia y apoyo así como para obtener un apoyo general de la comunidad. Estudios recientes demuestran que los niveles de comprensión y participación son menores en comunidades donde estos temas no son tratados proactivamente (Attawall y Mundy 2003). La participación y continuidad en los programas de tratamiento es mayor en aquellos lugares, como Brasil y

Khayelishta, Sudáfrica, donde existe una consejería intensiva y las personas infectadas con SIDA se han involucrado en la movilización comunitaria para derribar las barreras relacionadas con la participación y continuidad al tratamiento (Attawall y Mundy 2003). Debido a las actuales carencias de infraestructura de salud pública –ausencia de personal, alta carga de trabajo, supervisión y apoyo inadecuado de consejeros, y capacitación inadecuada- se debe invertir en estas áreas.

Asegurar la equidad en el acceso a terapias ARV mediante mecanismos de financiamiento en salud más sensibles: Los cobros al usuario son la estrategia de financiamiento en salud que se utiliza con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo. Pero ahora existe abundante evidencia que demuestra que los cobros al usuario son regresivos porque afectan a los pobres de manera desproporcionada (Nanda 2002). Aún en aquellos lugares donde los pobres están técnica u oficialmente exentos de los cobros, estas excepciones en realidad no son aplicadas a nivel del establecimiento de salud o del individuo. Los proveedores de servicios de salud, que por lo general, trabajan con recursos mínimos, generalmente no tienen información precisa sobre quiénes deben estar exonerados cobros, y algunas veces se realizan cobros informales como una forma de complementar los ingresos de la clínica o del personal. En lugares con recursos muy escasos el personal de salud, por lo general recibe una remuneración baja y muchas veces pueden pasar meses antes que puedan cobrar sus sueldos, tal como ha sido documentado en Zambia (Nanda 2000). En estos casos, aún cuando la terapia ARV es proporcionada gratuitamente, es factible que se exijan pagos de parte de los individuos seleccionados para recibir ARV.

La evidencia demuestra que dichas cuotas o estipendios afectan, a su vez, la participación y la continuidad de los regímenes de drogas, en parte porque obligan a la gente pobre a realizar canjes con el pago de alimentos y hospedaje a cambio de las medicinas (Attawall y Mundy 2003; Nanda 2002). Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para racionalizar y eliminar por completo los cobros al usuario; establecer responsabilidades en la aplicación de dichos cobros; y fortalecer la logística y el suministro de las drogas para así reducir o eliminar el pago *de facto* en caso de drogas “gratuitas” a nivel clínico.

Atender las inequidades de género presentes en el personal de salud y en las políticas de personal: Los sistemas de salud y la jerarquía del

personal de salud reflejan las mismas inequidades de género que existen en la sociedad en general. Por ejemplo, una investigación desarrollada por el Centro para la Equidad en Salud y Género (*Center for Health and Gender Equity – CHANGE*) en la India indica que el personal femenino que se encargan de las consejerías y de las pruebas voluntarias (CPV) eran obligadas por médicos de mayor rango a cumplir con tareas de otro personal, incluyendo el llenado de registros, el mantenimiento de los registros, y la entrega de prescripciones médicas. El resultado fue que por lo general, las consejeras no estaban disponibles para ofrecer consejería a las mujeres que asistían al servicio CPV (Amin 2004). La expansión del programa de tratamiento ARV deberá enfatizar en la reforma de la legislación, los reglamentos y las políticas de personal que agravan las inequidades dentro del propio sector de salud. Adicionalmente, la deserción del personal de enfermería de los países en vías de desarrollo hacia los países desarrollados debe ser manejada dentro del contexto de estas inequidades y vulnerabilidades.

3. Convertir al tratamiento ARV en un medio continuo de prevención, tratamiento y atención

Asegurar que los servicios de tratamiento ARV sean provistos dentro del contexto de una atención de la salud integrada y completa: La terapia de ARV debe ser parte de un enfoque integral de servicios de prevención y atención, incluyendo la consejería y prueba voluntaria (CPV), la prevención del transmisión vertical, el diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas, y otros servicios de prevención y apoyo social (Horizons 2003). A pesar que existen ejemplos de programas que han integrado la terapia ARV dentro de un medio continuo de prevención y atención, los programas ARV deben ser incluidos como parte de una estrategia de entrada múltiple con enfoque de género.

Lo ideal sería que la disponibilidad de tratamiento ARV tuviera un efecto sobre la epidemia general de VIH al brindar incentivos a las personas para que soliciten pruebas de VIH mientras que simultáneamente brindan oportunidades para llegar a un mayor número de personas con información sobre prevención. Sin embargo, los sistemas de referencia, la vinculación y trabajo comunitario de los sistemas de salud pública en países pobres siguen siendo frágiles. En muchos casos, los servicios de prevención del transmisión vertical, CPV y de infecciones de transmisión sexual operan como programas verticales sin ningún tipo de relación entre sí, incluso dentro del mismo hospital o establecimiento

de salud (Horizons 2001). La falta de vínculos efectivos entre los servicios lleva a la pérdida de oportunidades para referir usuarios(as) a consejería, o para referir a mujeres embarazadas a los servicios de prevención del transmisión vertical. La integración efectiva beneficiará especialmente a las mujeres que únicamente utilizan los servicios pre-natales o los servicios de prevención del transmisión vertical. Debido a que las mujeres son más vulnerables a las barreras físicas y culturales para identificar y acceder a los servicios de atención de la salud (falta de dinero, autonomía, movilidad, estigma) existe una mayor necesidad para vincular los servicios que utilizan servicios de prevención, consejería, tratamiento y otro tipo de atención. También existe una urgencia por aumentar la inversión para mejorar la capacidad de los sistemas de salud de incorporar la terapia ARV dentro del medio continuo de prevención y atención.

Asegurar que todas las mujeres adultas y adolescentes, hombres y mujeres, tengan acceso a servicios y educación integral en salud sexual y reproductiva, incluyendo esfuerzos por abordar el tema de la violencia basada en el género: La vinculación de la terapia ARV con los servicios de prevención y atención es de suma importancia desde el punto de vista de salud y representa una obligación ética y moral. La reducción de la tasa de infección entre mujeres y niñas requiere estrategias de prevención relacionadas que aumenten su habilidad para negociar sexo seguro así como su acceso a condones masculinos y femeninos. Estos esfuerzos también deben atender el tema de la violencia basada en el género, cuya información proveniente de todas partes del mundo, confirma que es el principal factor de riesgo para el contagio del VIH y también es un factor importante para el acceso y continuidad a las terapias de drogas (UNAIDS 2003).

La expansión de las inversiones en planificación familiar, salud materno-infantil y otros servicios relacionados es crítica para obtener el éxito en la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA a largo plazo. Las mujeres necesitan acceso tanto a información como a tecnología de prevención del VIH así como a otras formas de información para tomar decisiones informadas sobre su propia salud. La investigación de CHANGE llevada a cabo en la India indica que la mayoría de pacientes embarazadas no son diagnosticadas como VIH positivas hasta después de su quinto mes de gestación. En algunas circunstancias, las mujeres pudieron optar por servicios seguros de aborto pero no tenían conocimiento de su estado de infección hasta que el embarazo estaba muy adelantado (Amin

2004). Otros estudios, también conducidos en la India, documentan igualmente que las mujeres VIH positivas son coaccionadas por el personal de salud a someterse a un aborto (UNICEF y el Instituto Panos 2001). La falta de información y agencia restringen la capacidad de las mujeres de controlar los resultados de sus embarazos. Los derechos humanos básicos de las mujeres para decidir cuándo y si desean tener hijos deben ser protegidos.

Asegurar el acceso a tecnología de prevención controlada por las mujeres:

La inequidad social y económica y el temor a la violencia física y sexual deja a millones de mujeres incapaces de controlar el “cuándo y si desea tener” sexo. Por estos mismos motivos, las mujeres no pueden depender de sus esposos y/o parejas para el uso de condones masculinos para prevenir la transmisión del VIH y otras enfermedades. Por lo tanto, existe una enorme necesidad de una tecnología de prevención del VIH que pueda ser controlada por las mujeres. Los recursos que se inviertan en prevención, tomando en consideración las limitaciones de las mujeres para controlar su propia sexualidad, reducirán la necesidad de programas de tratamiento en el futuro. Las tecnologías de prevención del VIH controladas por las mujeres más conocidas son: el condón femenino y los microbicidas.

Se estima que el uso correcto y consistente del condón femenino reduce el riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual (incluyendo el VIH) en un 94% a 97% cuando hay actividad sexual (coito). El costo del condón femenino es un impedimento significativo para aumentar su acceso a nivel mundial. El gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica se encuentra en la posición de reducir drásticamente el costo y aumentar el acceso al condón femenino a nivel mundial si hace que el condón femenino se convierta en un componente fundamental de las estrategias de prevención desarrolladas a través de USAID y otras agencias –y mediante la inversión directa en el acceso al condón femenino y otros métodos controlados por la mujer mediante mecanismos de financiamiento bilaterales y multilaterales.

Los microbicidas se encuentran actualmente en etapa de desarrollo. La Ley del SIDA ha autorizado una inversión significativa en la investigación y desarrollo de microbicidas. La ley indica que una vez sean desarrollados, los microbicidas deben ser distribuidos inmediatamente a aquellas personas que los necesiten. La inversión programática, consistente con la Ley, cambiará profundamente el territorio de los esfuerzos de prevención del VIH, y en el largo plazo, reducirá dramáticamente los costos del tratamiento ARV.

Referencias:

- Amin, Avni. Forthcoming 2004. *Preventing HIV/AIDS among married women in India: Challenges and missed opportunities in government and U.S. donor programs and services*. Takoma Park MD: Center for Health and Gender Equity. (*Previendo VIH/SIDA entre mujeres casadas en la India: Retos y oportunidades perdidas en los programas y servicios gubernamentales y de donantes Norteamericanos*)
- Attawall, Kathy and Jackie Mundy. 2003. *Provision of ART in resource-limited settings: a review of experience up to August 2003*. DFID Health System Resource Center, November 2003. Prepared for DFID and WHO. (*Provisión de ART en establecimientos con recursos limitados: revisión de una experiencia hasta Agosto del 2003*)
- Bharat S., P. Aggleton and P. Tyrer. 2001. *India: HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization, and denial*. UNAIDS. (*India: Discriminación, Estigmatización y Rechazo asociado al VIH y al SIDA*)
- Population Council. 2002. "Prevention of mother-to-child HIV transmission," *Horizons Research Update*. Washington, D.C. (*Previendo la transmisión de VIH de madre a hijo*)
- Nanda, Priya. 2000. *Health sector reforms in Zambia: Implications for reproductive health and rights*. Working Paper. Takoma Park MD: Center for Health and Gender Equity, August. (*Reformas al Sector Salud en Zambia: Implicancias para la Salud Reproductiva y sus Derechos*)
- Nanda, Priya. 2002. "Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care." *Reproductive Health Matters*. Elsevier. 10(20): 127-134. (*Alcances de las Cuotas de Usuarios sobre el Género: Implicancias del Uso de los Servicios de Salud por las Mujeres*)
- UNAIDS. 2003. *Accelerating Action against AIDS in Africa*. (*Acelerando las Acciones contra el SIDA en África*)
- UNICEF and Panos Institute. 2001. *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission: A pilot study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso*. (*Estigma, VIH/SIDA y prevención de la transmisión madre-hijo: Un estudio piloto en Zambia, India, Ucrania y Burkina Faso*)

Se puede dirigir correspondencia acerca del artículo a Jodi Jacobson <jacobson@genderhealth.org>. Para copias adicionales, sírvase escribir a <info@genderhealth.org>. Todos los derechos son reservados por El Centro para la Salud y Equidad de Género. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida, diseminada, publicada o transferida sin previo permiso y con el apropiado reconocimiento del El Centro para la Salud y Equidad de Género. Sugerida citación: Center for Health and Gender Equity. *Género, Sida y Terapias ARV: Asegurando el acceso equitativo de las mujeres a los medicamentos dentro de las iniciativas de tratamiento financiadas por los Estados Unidos de Norteamérica* (Takoma Park MD, febrero 2004)