

VIH Y SIDA Y GÉNERO



Manuel G. Burgos V. Panamá

Asesor Regional de VIH para América Latina y el Caribe

Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA LAC RO

Referirnos al estado de la epidemia de VIH es una tarea, además de sensitiva, sumamente complicada. Y esto es así, porque el tema de VIH y o SIDA desborda los límites tradicionales de salud, para enquistarse en temas tan complejos como la conducta individual y colectiva de los Seres Humanos; se inserta en el núcleo mismo de las redes sociales estremeciendo, en su esencia, rígidos paradigmas que son violentamente sacudidos por una epidemia que pone en evidencia un mundo de disparidades de todo tipo.

Hay quienes califican a la epidemia de VIH, como un problema de carácter geoestratégico, de seguridad nacional y de alto impacto socio – económico; probablemente dichos calificativos, aún no describen en su totalidad los estragos y secuelas que esta pandemia liberó desde su súbita aparición en 1981; aunque científicos del Centro de Investigación de SIDA “Aaron Diamond” de la Universidad Rockefeller de Nueva York, liderados por David Ho, argumentan haber encontrado a un hombre de origen Bantú, quien residía en Leopoldville, actual Kinshasa, en la República Democrática del Congo, África; con una cepa de virus que data de 1959.¹

Sin embargo, es el brote de 1981 el que asume una velocidad expansiva de tal magnitud que, a la fecha ha sido la causa de fallecimiento de más de 25 millones de personas en el mundo y el que ha logrado que más de 60 millones se hallan infectado con el Virus de

¹ SIDA: Pandemia silenciosa. El primer caso registrado en el mundo. Diario El Porvenir de Monterrey, México. http://www.elporvenir.com.mx/notas.asp?nota_id=221483

Inmunodeficiencia Humana (VIH) y que a diciembre de 2008 registráramos una cifra de 33.4 millones de personas viviendo con el VIH. Estas cifras globales evidencian que pasará mucho tiempo antes de que podamos cuantificar el impacto directo y los daños colaterales de la epidemia de VIH y SIDA en este planeta; y esto es así, porque la epidemia sigue expandiéndose.

La inequidad en su más amplio espectro económico, social, político y cultural ha brindado las mejor de las condiciones como propulsor de la epidemia en todos los Continentes. Por lo anterior, no es casual que las regiones mayormente afectadas son las más pobres. Solo en el 2008 más del 97% de las nuevas infecciones ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos y nos referimos a más de 7400 nuevos casos diarios de infección por VIH.²

Sumado a la disparidad distributiva otros elementos como creencias religiosas, tabúes, estigma, costumbres, discriminación, falta de educación sexual, la sexualidad como fuente de poder, para mencionar algunos, se combinan para constituirse en factores claves que ejercen una significativa presión sobre determinantes conductuales que van definiendo el nivel de vulnerabilidad de la sociedad ante la epidemia; así como la probabilidad de riesgo de la población a contraer el VIH.

La inequidad que tiene su fuente en la discriminación por género ha contribuido a la acelerada feminización de la epidemia y a concentrar altas tasas de prevalencias en poblaciones, originalmente hombres, que luego asumen una identidad femenina; como la población de travestis, o Trans. De los 34 millones de personas que vivían con VIH en el 2008, más del 46% eran mujeres. Sin embargo, En el África Subsahariana, en donde la epidemia es sustancialmente más grave, las mujeres representan más del 57% de las personas que están infectadas con el VIH; y en esta misma región el 75% de los jóvenes infectados, con edades entre los 15 y 24 años, son mujeres.³

Si tal como lo expresa ONUSIDA entendemos que el género se define mediante creencias, expectativas, costumbres y prácticas fuertemente arraigadas en una sociedad que dicta los atributos, comportamientos, roles y responsabilidades “masculinos” y “femeninos”⁴; coincidiremos que es, el género, una variable importante al momento de definir vulnerabilidad y riesgo. En una sociedad construida sobre especificidades ancestrales en cuanto a la diversidad de roles entre lo femenino y lo masculino, es altamente probable que encontremos limitaciones de acceso a la educación sobre sexualidad, restricciones o condicionamientos al acceso a servicios de salud o tratamiento, y mucho más con respecto a métodos y fórmulas efectivas de prevención. Todos estos factores potencializan la inequidad y por ende aumentan, considerablemente, la probabilidad de infestación y de un deterioro considerable de la calidad de vida y una muerte prematura si una persona es infectada con el virus. El escenario se agrava al incluir la transmisión materno – infantil, los embarazos en adolescentes, la violencia basada en género, el trabajo sexual, el tráfico de Seres Humanos, la explotación sexual y el abuso a menores.

² ONUSIDA, Informe Mundial de la Epidemia de VIH y SIDA 2009.

³ ONUSIDA; <http://search.unaids.org/Results.aspx?q=genero&o=html&d=es&l=es&s=false&x=14&y=10>

⁴ ONUSIDA; <http://www.unaids.org/es/AboutUNAIDS/PolicyAndPractice/Gender/>

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

En términos de la epidemia de VIH, nuestra región y sub región, a saber: América Latina, el Caribe, y más específicamente Centroamérica, muestran un escenario que es importante analizar. Latinoamérica con una prevalencia promedio de 0,6% y con aproximadamente un poco más de 2 millones de adultos y niños que vivían con el VIH para finales del 2008, reportaba por otra parte, más de 170,000 nuevos infectados solo en ese año y un total de 77,000 defunciones de adultos y niños por causa del SIDA. Y aunque las tres cuartas partes de las personas infectadas con VIH vive en los cuatro países de la región: Argentina, Brasil, Colombia y México;⁵ la prevalencia más alta de VIH entre adultos de 15 a 49 años se encuentra en ciertos países del Caribe y en América Central donde destacan: Belice, Panamá, El Salvador, Guatemala y Honduras.⁶ De hecho, según los últimos datos que ofrece ONUSIDA, acerca de estimaciones sobre el VIH y el SIDA por países al año 2008; República Dominicana y Panamá tienen las prevalencias más altas de la región (exceptuando el Caribe no hispano) la primera con 1.1% y la segunda con 1%.

La epidemia en América Latina se caracteriza por ser concentrada en poblaciones como Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), Trabajadoras Sexuales (TS) y Usuarios de Drogas Intravenosa (UDI). El Caribe muestra las prevalencias del VIH más altas en adultos (cerca del 1 %) y en esta Sub región, el SIDA constituye una de las principales causas de muerte entre adultos de 15 a 44 años. El Caribe muestra una gama de epidemias que van desde concentradas, hasta generalizadas con tasas de prevalencia de hasta 3% como sucede en Bahamas. La transmisión se caracteriza por ser, principalmente heterosexual, con un fuerte componente de HSH y trabajo sexual.

En algunos países del Caribe, la prevalencia es especialmente elevada entre mujeres jóvenes de 15-19 años, que presentan de 3 a 6 veces mayor riesgo de tener el VIH que hombres jóvenes⁷.

En América Latina, la participación de la infección en hombres con respecto a las mujeres se ha venido redistribuyendo desde la década de los ochenta, lo que se ha traducido en alarmantes niveles de equiparación en cuanto a la composición de la epidemia. Se viene reportando un aumento en de las infecciones por VIH en mujeres, en especial en aquellas que experimentan precarias condiciones socio-económicas o están expuestas a otras condiciones de vulnerabilidad, esto sin descender el número de infecciones en hombres. La proporción de mujeres entre las personas con VIH en Latinoamérica gira en torno al 34% de la población total con VIH; mientras que en el Caribe está por el 48%⁸.

Los datos de Encuestas Demográficas y de Salud del 2007 en la República Dominicana señalan que la prevalencia de VIH en las mujeres sin educación formal es de 3.7%, un

⁵ UNFPA (2007). Análisis de Situación de Población, América Latina y el Caribe (ASP-ALC). Ciudad de México, México. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. UNFPA.

⁶ UNFPA (2007). Análisis de Situación de Población, América Latina y el Caribe (ASP-ALC). Ciudad de México, México. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. UNFPA.

⁷ CEPAL POS 2009

⁸ ONUSIDA, OPS, UNICEF, Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009.

porcentaje mucho mayor que el encontrado en mujeres de la población general en la cual se estima una prevalencia de VIH de 0.8%⁹

En Honduras, por ejemplo, se evaluó la tasa de prevalencia en la población Garífuna (grupo étnico afro descendiente del área Caribe de Honduras) y se encontró una prevalencia de 2.6% y 2.7% en varones y mujeres menores de 25 años, respectivamente, y de 5.4% y 5.2% en varones y mujeres mayores de 25 años, respectivamente¹⁰.

Centro América con una población estimada de casi 39 millones de habitantes para el 2009,¹¹ de la cual el 78% es menor de 39 años y el 20% tiene entre 15 a 24 años de edad; enfrenta una seria amenaza, con una epidemia que en la región asume características complicadas y es que en la región experimentamos dos tipos de epidemia con respecto al VIH; tenemos una epidemia persistente y una epidemia nueva.¹²

La epidemia persistente surge con la epidemia mundial en los 80's y se caracteriza por altas prevalencias en poblaciones específicas como Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, Trabajadoras Sexuales y Usuarios de Drogas. La nueva epidemia, cuyo principal patrón de propagación son las relaciones heterosexuales sin protección es mucho más reciente y muestra un incremento del VIH atravesando todas las poblaciones, con una evidente feminización, es decir, un aumento en el número de mujeres infectadas por el VIH, y un aumento de nuevas infecciones en la población joven.¹³

En Centroamérica, se estimó que para el año 2008 había alrededor de 150,000 Personas que vivían con VIH; de los cuales la gran mayoría son menores de 39 años. Insistimos en enfatizar, una región joven, con una epidemia que afecta a la juventud, y que añade una pesadísima carga adicional a una población que ya de por sí enfrenta otras difíciles pruebas. Con el agravante, de que el crecimiento marginal de la epidemia en nuestras mujeres adolescentes y jóvenes, es cada día mayor.

Si quisiéramos, no por ser más realistas, ser más crudos y mencionar que Centroamérica, a traviesa por problemas sociales críticos; tales como que el 46,8% de la población de la región vive en la pobreza y un 23,8% en la pobreza extrema; la tasa de analfabetismo en personas mayores de 18 años alcanza el 30% y 7 de cada 10 jóvenes no termina la educación secundaria; un 30.5% de la población no tiene acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento y 14.7% no tiene acceso a agua potable. La tasa de mortalidad por homicidio en Centroamérica es de 20.4%; existen profundas disparidades distributivas entre

⁹ Republica Dominicana ENDESA 2007

¹⁰ Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de ITS en poblaciones vulnerables. Secretaría de Salud de Honduras, 2006 (UNGASS 2010)

¹¹ FUENTE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población, actualizada en julio de 2007, en base a las estimaciones y proyecciones vigentes en el CELADE. Los años 2011 a 2014, actualizados en agosto 2005. **MUJERES HOMBRES AMBOS SEXOS 3 SIECA/**

¹² UNFPA (2007). Análisis de Situación de Población, América Latina y el Caribe (ASP-ALC). Ciudad de México, México. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. UNFPA.

¹³ UNFPA (2007). Análisis de Situación de Población, América Latina y el Caribe (ASP-ALC). Ciudad de México, México. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. UNFPA.

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

los países de la región y a lo interno de cada país; la población más pobre solo obtiene un 3.7% del total de la riqueza, mientras que el quintil más rico concentra el 57.7% de la riqueza.¹⁴ El segmento que más reciente los rigores de la situación de pobreza centroamericana, es la población joven y hay que destacar que su riguroso impacto afecta con mayor fuerza a la mujer.

Centroamérica, enfrenta un significativo reto en cuanto a la violencia basada en género en todas sus manifestaciones, el maltrato, la violación sexual, el femicidio, la trata; son un problema que se agudiza y a pesar de que, existe un sub-registro y pocos datos confiables¹⁵ acerca de la incidencia de la violencia sexual entre las jóvenes centroamericanas; es un problema que no se puede ocultar; la población más afectada por violencia basada en género son mujeres jóvenes de la región.

Centroamérica, nos presenta otro factor clave que, en términos de vulnerabilidad ante la epidemia de VIH, resulta crítico; me refiero al embarazo en la adolescencia que incide profundamente, en el desarrollo de los y las adolescentes, especialmente, en las mujeres en sus hijos y en todo su entorno inmediato y de la sociedad. El embarazo en la adolescencia es consecuencia de las desigualdades socio-económicas, territoriales, étnicas, generacionales y de género que existen en la región¹⁶.

En América Latina, la fecundidad en la adolescencia no muestra una tendencia tan sistemática a la baja como en otras regiones del mundo, ya que esta no ha disminuido al ritmo de la fecundidad adulta.¹⁷ En la región se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, y a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África Sub-Sahariana.¹⁸ Las tasas estimadas de fecundidad más elevadas de la región durante el periodo 2005-2010 se observan en algunos países de Centroamérica, como Guatemala (107.2 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), Honduras (93.10) y Nicaragua (112.7)¹⁹. Mientras que Costa Rica (71.3), El Salvador (81.0) y Panamá (82.6) presentan niveles alrededor de la media regional.²⁰

¹⁴ FLACSO. Presente y Futuro de la Integración Centroamericana; M.Sc. Josette Altmann Borbón. Coordinadora Regional de Cooperación Internacional, 2007.

¹⁵ UNFPA (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. Ciudad de México, México. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. UNFPA.

¹⁶ INFORME DE AMÉRICA LATINA SOBRE LOS PROGRESOS Y LAS PERSPECTIVAS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO 1994-2009. Versión preliminar; Santiago, octubre de 2009. CEPAL, UNFPA.

¹⁷ UNFPA (2007c). Análisis de Situación del Embarazo Adolescente en los Países del Área Andina. Ciudad de México, México. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe; UNFPA.

¹⁸ UNFPA (2007c). Análisis de Situación del Embarazo Adolescente en los Países del Área Andina. Ciudad de México, México. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. UNFPA.

¹⁹ United Nations Population Division (2007). World Population Prospects: The 2006 Revision. New York, NY. Department of Economic and Social Affairs. United Nations Secretariat.

²⁰ United Nations Population Division (2007). World Population Prospects: The 2006 Revision. New York, NY. Department of Economic and Social Affairs. United Nations Secretariat.

Las evidencias nos señalan la audiencia, que en nuestra región, requiere de intervenciones urgentes, sobretodo, en materia de prevención; sin descuidar otras poblaciones. Mujeres jóvenes deben ser una prioridad en la estrategia. Estrategia que debe incorporar acciones que promuevan la erradicación de los factores que contribuyen a la generación de la desigualdad por causa de género; que debe garantizar el acceso a educación en materia de sexualidad para que por medio del conocimiento se fortalezca la prevención; que debe garantizar servicios amigables de salud sexual y reproductiva para jóvenes adolescentes, especialmente, mujeres que incluya orientación.

La estrategia debe incorporar recomendaciones como las que se derivan del Informe sobre Desarrollo Mundial del 2007 del Banco Mundial, el cual se centra en la problemática de los y las jóvenes de entre 12 y 24 años de edad, que nos indica que la humanidad atraviesa por una situación demográfica sin precedentes, por lo que este resulta ser el mejor momento para invertir en los jóvenes a nivel mundial, los cuales para finales del 2007 sumaban alrededor de 1300 millones. La estrategia debe incorporar acciones que garanticen que los países en desarrollo inviertan en mejor educación, salud y formación laboral para su población joven; de manera que los que sigan esta recomendación son los que sacarán el mayor provecho a su actual coyuntura de transición demográfica, para traducirla en más dinamismo económico y reducción de la pobreza.²¹ De no hacerlo se revertirá el efecto positivo del bono demográfico; en este escenario la epidemia de VIH puede constituirse en un pesado lastre, en virtud de que tiende a afectar las economías familiares de los estratos socio-económicos medio y bajo y consumir muchísimos recursos que podrían dirigirse a la inversión social. Para tener una idea, solo el Fondo Mundial para la Malaria, Tuberculosis y VIH ha destinado en los últimos 10 años un total de 2,034 millones de dólares a América Latina en 9 rondas de financiamiento para un total de 110 subvenciones en 33 países; de los cuales el 69% fueron dirigidas a VIH. Esto sin considerar el financiamiento del Sistema de Naciones Unidas, de Agencias de Cooperación de Norteamérica, Europa y Asia a través de acuerdos bilaterales o multilaterales y de los recursos de los Estados de la región.

Por último, la Estrategia debe incorporar la voluntad política para implementar iniciativas como la que se deriva de la Declaración Ministerial producto de la “Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe”, mejor conocida como la Declaración de México: Prevenir con Educación, y suscrita el 1 de agosto de 2008. Iniciativa que contiene 15 metas o compromisos claros y específicos que deben conducir a reducir en 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, para los centros educativos bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación. Así como, para el año 2015, debe reducir en 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva²².

²¹ La Juventud en Iberoamérica, Tendencias y Urgencias. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Iberoamericana de Juventud. Buenos Aires, agosto de 2007. 2da. Edición.

²² Declaración Ministerial Prevenir con educación 1a Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. Ciudad de México, 1 de agosto de 2008.

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Educación con miras a promover la formación de un Ser Humano proactivo, que trascienda las barreras que generan disparidades, que ofrezca información para fortalecer la capacidad de tomar decisiones personales acertadas, que nos permita forjar jóvenes con un alto nivel de asertividad para que contribuyan a forjar un nuevo paradigma que se caracterice por ser incluyente, tolerante, universal. Educación, para construir una sociedad de Seres Humanos, más allá del género, de las etnias, de las razas, credos, colores, preferencias sexuales, religiones y culturas; que nos permita enfocarnos en lo que nos une. Educación, es la única vacuna que podemos incluir con un alto grado de efectividad, para desacelerar la expansión de la epidemia, hasta llegar a neutralizarla.

El VIH vivirá entre nosotros en la medida en que no superemos el estado de “negación social” en que nos encontramos. Los datos que hemos compartido representan una realidad actual con tendencias a mantenerse y a la expansión. Aceptemos que debemos transitar hacia un modelo de sociedad diferente a la que tenemos, hoy día, no sea que la epidemia que, hoy, vive con nosotros; muera con nosotros.

RESEÑA AUTOR

MANUEL BURGOS

UNFPA Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Asesor Regional para América Latina y el Caribe en VIH. Administración de portafolio de recursos para ejecución con socios regionales; Contribuir a la elaboración, aplicación y seguimiento de las estrategias regionales. Asistencia técnica; programación y administración del tema regional de VIH con los 23 puntos focales de 23 países de la región. (Febrero 2010 a la actualidad). USAID | PASCA Elaboración del Plan Operativo Anual 2010 del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para ITS VIH y Sida (Febrero – Marzo 2010). ONUSIDA Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Elaboración del Plan Nacional de Asistencia Técnica 2010, para la respuesta nacional a la epidemia de VIH. (Diciembre – Febrero 2010). UNFPA Oficina Local Panamá Elaboración del estudio sobre el Estado de la Situación de los Derechos Humanos en Panamá de las Personas que Viven con VIH y Sida, con asociación de la Defensoría del Pueblo de Panamá y el Instituto Internacional de Derechos Humanos en Salud. (Octubre – Diciembre 2010). BANCO MUNDIAL – ONUSIDA Regional Miembro consultor internacional del equipo para la asistencia técnica en planificación estratégica ASAP (Aids Strategic and Action Plan) Elaboración de la Base de Datos y Evidencias para la planificación estratégica en ITS VIH y Sida de Panamá y El Salvador. Elaboración del Marco de Resultados y Costeo para la respuesta a la epidemia de VIH en Panamá y El Salvador. Elaboración del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para ITS VIH y Sida con base en evidencias y enfocado en resultados (Octubre de 2008 – Diciembre 2009)