

02

Dfensor



REVISTA DE DERECHOS HUMANOS. FEBRERO 2014

VIH: un llamado a la acción positiva



DIRECTORIO CDHDF**PRESIDENTA**

Perla Gómez Gallardo

CONSEJO

José Antonio Caballero Juárez
 José Luis Caballero Ochoa
 Miguel Carbonell Sánchez
 Denise Dresser Guerra
 Manuel Eduardo Fuentes Muñiz
 Mónica González Contró
 Nancy Pérez García
 Nashieli Ramírez Hernández

VISITADURÍAS GENERALES

Primera Alfonso García Castillo
Segunda Monserrat Matilde Rizo Rodríguez
Tercera Sergio J. González Muñoz
Cuarta Clara Isabel González Barba
Quinta Claudia Patricia Juan Pineda

CONTRALORÍA INTERNA

Hugo Manlio Huerta Díaz de León

SECRETARÍAS

Ejecutiva
 Hugo Ulises Valencia Gordillo
*Promoción de los Derechos Humanos
 e Incidencia en Políticas Públicas*
 Orfe Castillo Osorio

CONSULTORÍA GENERAL JURÍDICA

Gabriel Santiago López

DIRECCIONES GENERALES

Quejas y Orientación
 Ignacio Alejandro Baroza Ruíz
Administración
 Jaime Mendoza Bon
Comunicación por los Derechos Humanos
 Guillermo Gómez Gómez
Educación por los Derechos Humanos
 Raúl Armando Canseco Rojano

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SEGUIMIENTO

Mónica Marlene Cruz Espinosa

CENTRO DE INVESTIGACIÓN APLICADA EN DERECHOS HUMANOS

Ricardo A. Ortega Soriano

SECRETARÍA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA

Beatriz Juárez Cacho Romo

COORDINACIÓN GENERAL DE VINCULACIÓN ESTRATÉGICA

David Peña Rodríguez

COORDINACIONES

Asesores
 Gabriel Santiago López*
Interlocución Institucional y Legislativa
 Gabriel Sánchez García
Tecnologías de Información y Comunicación
 José Luis Hernández Santamaría
Servicios Médicos y Psicológicos
 Sergio Rivera Cruz
Servicio Profesional en Derechos Humanos
 Mónica Martínez de la Peña

*Encargado(a) de despacho

Dfensor

**NÚMERO 2, AÑO XII, FEBRERO 2014**

Órgano oficial de difusión de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

COMITÉ EDITORIAL:

Alfonso García Castillo
 Monserrat Matilde Rizo Rodríguez
 Sergio J. González Muñoz
 Clara Isabel González Barba
 Claudia Patricia Juan Pineda
 Hugo Manlio Huerta Díaz de León
 Hugo Ulises Valencia Gordillo
 Orfe Castillo Osorio
 Ignacio Alejandro Baroza Ruíz
 Jaime Mendoza Bon
 Guillermo Gómez Gómez
 Raúl Armando Canseco Rojano
 Mónica Marlene Cruz Espinosa
 Ricardo A. Ortega Soriano
 David Peña Rodríguez
 Mónica Martínez de la Peña

EDITORIA:

Karen Trejo Flores

CUIDADO DE LA EDICIÓN:

Karina Rosalía Flores Hernández
 Karen Trejo Flores

CORRECCIÓN DE ESTILO

Y REVISIÓN DE PRUEBAS:
 Karina Rosalía Flores Hernández

APOYO EN PLANEACIÓN Y SEGUIMIENTO:

Elia Aurora Almanza Amaro

DISEÑO Y FORMACIÓN:

Leonardo Vázquez Conde

DEPARTAMENTO DE DISEÑO:

Gabriela Anaya Almaguer
 Ana Lilia González Chávez

APOYO EN SERVICIO SOCIAL:

Valeria Cruz García
 Gladys López
 Diego Soto

CRÉDITOS DE IMÁGENES:

Valeria García, Sonia Blanquel, Antonio Vázquez Hernández, Ernesto Gómez y Alejandro Cuevas/CDHDF.
 Marcopolo Hernández y Gladys Rocío Serrano/Concurso Rostros de la Discriminación 2013.
 Yanko Bribiesca/Centro Cultural Helénico.
 Crozet M./OIT.
 ONUSIDA Latina.
 Club de Fotos Panamá.
 Children's Radio Foundation.

FOTOGRAFÍA DE PORTADA:

Valeria García/CDHDF

SUSCRIPCIONES Y DISTRIBUCIÓN:

Sonia Ruth Pérez Vega
 Tel: 52295600, ext. 2032

Los artículos firmados que aparecen en esta edición son responsabilidad de las y los autores y los no firmados son de la autoría de la CDHDF.

*Ejemplar de distribución gratuita,
 prohibida su venta.*

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación siempre y cuando se cite la fuente.

Dfensor, revista de derechos humanos, año XII número 2, febrero de 2014, es el órgano oficial de difusión mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, editada por la Dirección General de Comunicación por los Derechos Humanos de la CDHDF. Av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla, del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F. Tel.: 5229 5600, <www.cdhdff.org.mx>. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2011-091210254100-102. ISSN: 2007-7513. Número de Certificado de Licitud de Título y Contenido: 15762. Permiso Sepomex núm. PP09-1508. Impresa por: Impresora y Encuadernadora Progreso, S. A. de C. V. (IEPSA), San Lorenzo 244, col. Paraje San Juan, del. Iztapalapa, 09830 México, D. F. Este número se terminó de imprimir en (...) con un tiraje de 3 500 ejemplares.



Contenido

VIH: un llamado a la acción positiva 3

EDITORIAL

ANÁLISIS

La respuesta a la epidemia del VIH en la nueva agenda mundial para el desarrollo 5

RICARDO BARUCH

Las y los jóvenes ante la respuesta al VIH 11

YAHIR ZAVALA

Mitos y realidades sobre los niños y las niñas con VIH 19

OLIVIA MALDONADO VELASCO Y SOCORRO GARCÍA ESTRADA

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH, una agenda pendiente 25

EUGENIA LÓPEZ URIBE, TAMIL KENDALL Y GABRIELA GARCÍA PATIÑO

REFERENCIAS

Salud, dignidad y prevención positivas: enfoque de derechos humanos para atender y prevenir el VIH 32

ANUAR ISMAEL LUNA CADENA

Panorama mundial de la epidemia del VIH 40

INFORME ONUSIDA PARA EL DÍA MUNDIAL DEL SIDA 2012

La epidemia del VIH en México 48

INFORME SSA/CENSIDA, 2012

La sensibilización sobre el VIH a las y los adolescentes privados de su libertad 53

DANIEL SERRANO DE REJIL

Orgullo, prejuicio y la normalidad del corazón 57

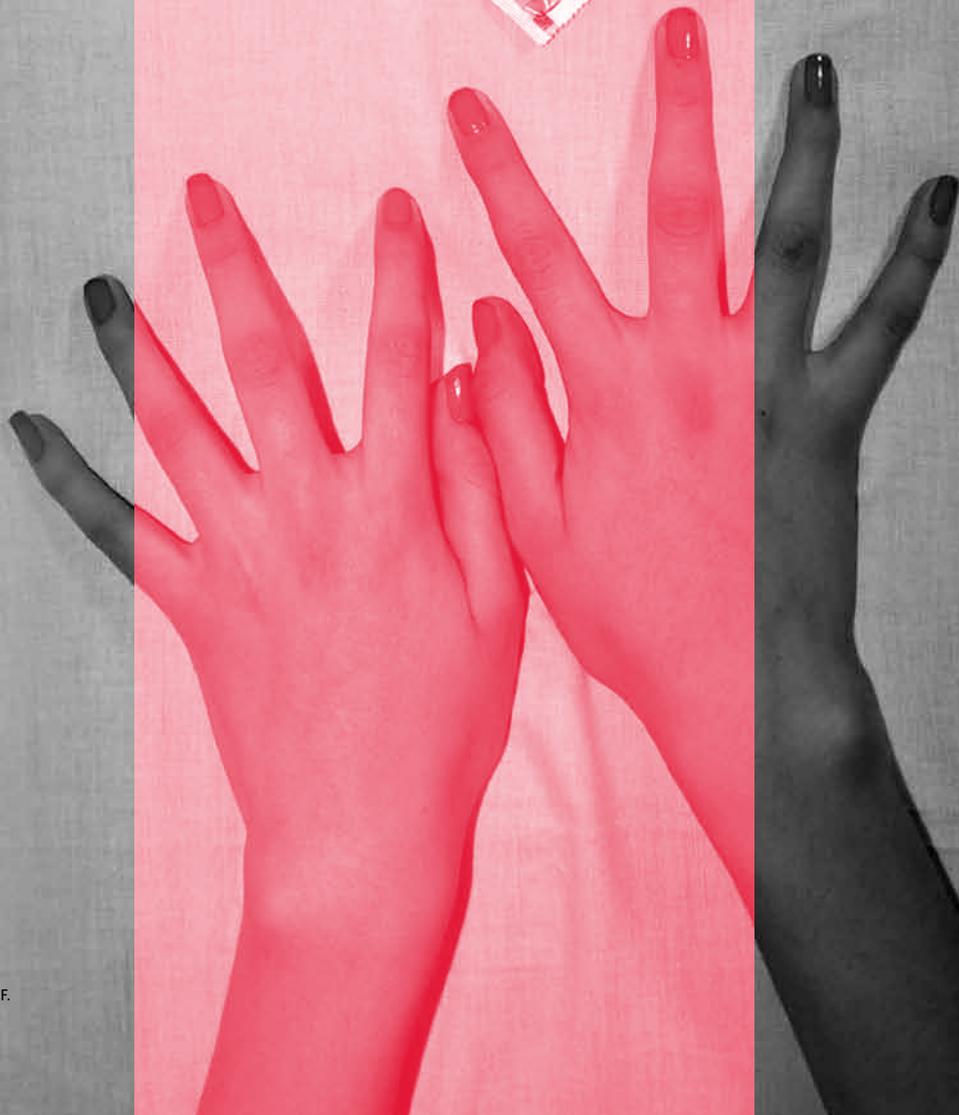
MARIO ALFREDO HERNÁNDEZ

La radio da voz a los jóvenes sudafricanos 61

JOAN ERAKIT

ACCIONES CDHDF 64





VIH: un llamado a la acción positiva

EDITORIAL

Desde hace 30 años los habitantes del planeta convivimos con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), periodo en el que hemos sido testigos de los avances y esfuerzos infructuosos que han surgido del campo de la ciencia en el intento por detener la propagación de esta epidemia que actualmente afecta alrededor de 2.5 millones de personas en el mundo, según cifras de 2011 proporcionadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

Ante este panorama, y reconociendo que se requieren respuestas desde el ámbito de la salud pública para hacer frente al VIH, no podemos evadir el hecho de que factores como el estigma y la discriminación –que surgen del desconocimiento y la desinformación sobre este tema–, la falta de acceso a los servicios de salud, al trabajo, a la educación y a los sistemas de seguridad social, representan algunos de los más graves obstáculos para garantizar que las personas con VIH puedan ejercer sus derechos de forma libre dentro de un verdadero Estado democrático de derecho.

En ese sentido, es necesaria una respuesta integral al VIH, en la que se consideren los esfuerzos que emanan de los ámbitos social, político, económico, legislativo, científico, educativo, cultural, etc., con el fin de prevenir que se incremente la transmisión del virus, de evitar que se den más violaciones a los derechos humanos de quienes viven con VIH, y de ofrecerles una adecuada atención en su tratamiento que les permita tener una mejor calidad de vida y desarrollarse plenamente dentro de la comunidad.

Sirva esta edición de *Dfensor* para hacer un ejercicio de información y conciencia sobre lo que como sociedad debemos hacer para que la temática de VIH deje de mirarse como estigma y se convierta en un llamado que anime la acción positiva y, a la vez, nos permita asumir la responsabilidad en una respuesta que hoy nos involucra a todas y a todos.



La respuesta a la epidemia del VIH en la nueva agenda mundial para el desarrollo

RICARDO BARUCH*

*Activista e investigador, miembro de la organización Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights, y consultor para organizaciones internacionales en temas de salud y derechos humanos.

A un año de que se cumpla el plazo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) establecidos en 2000 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para priorizar la solución de problemas que afectan gravemente las condiciones de vida en el planeta, los resultados aún distan de ser completamente favorables. En específico con respecto al tema del VIH, aunque en casi todo el mundo los nuevos casos se han reducido, siguen siendo significativos. Esto, aunado a la violación sistemática de derechos humanos fundamentales como a la salud y la no discriminación, lo que no ha permitido revertir el daño causado por una de las peores epidemias de los últimos tiempos.

Aunque ya han pasado 30 años de que inició la epidemia del VIH en el mundo, sigue habiendo países donde se niega el tratamiento a las personas que viven con el virus por falta de recursos, como en Uganda; siguen existiendo países donde los hombres gays no se hacen la prueba de detección del VIH para no ser denunciados con la policía, como en Irán; sigue habiendo países donde se criminaliza a las personas que usan drogas inyectables y viven con VIH, como Ucrania; siguen existiendo adolescentes a quienes se les niega el acceso a condones por ser personas menores de edad, como en México. Es decir, siguen ocurriendo numerosas violaciones a los derechos humanos y el panorama no es muy alentador.

En el 2000, los países miembros de la ONU establecieron ocho puntos como Objetivos de Desarrollo del Milenio que marcarían las prioridades de la agenda internacional rumbo a 2015. El objetivo número seis tenía que ver específicamente con el VIH y su finalidad era detener las nuevas infecciones y empezar a revertir los efectos de la epidemia del sida.

A un año de que se cumpla el plazo de dichos ODM, las infecciones continúan aumentando en diversas partes del planeta y la epidemia sigue ocasionando terribles efectos, muchos de ellos relacionados con la vulneración a los derechos humanos, lo que causa la discriminación y la falta de acceso a medicamentos y servicios de salud.

Aunque en casi todo el mundo los nuevos casos de VIH han disminuido, siguen siendo

significativos, particularmente en poblaciones vulnerables tales como los trabajadores y trabajadoras sexuales, los hombres gays y bisexuales, las mujeres transgénero y transexuales, y las y los usuarios de drogas inyectables.

Gracias a que el VIH/sida fue incluido en los ODM se lograron movilizar enormes recursos y voluntad política en la mayor parte del mundo, sin embargo, éstos no fueron suficientes para acabar con la epidemia, ya que no se trataba de un mero asunto de salud pública, sino de algo que sacude conciencias por ser un padecimiento tan asociado con la sexualidad y con el uso de drogas. Si el VIH deja de ser prioridad es posible que esos recursos y esa voluntad política dejen de estar disponibles y la situación se torne más compleja de lo que ya era antes.

A pesar de que la mayor parte de los países del mundo no alcanzarán las metas propuestas por los ODM, la ONU ha decidido que es necesario crear una nueva agenda internacional que permita rediscutir y redimensionar qué es lo que necesita el planeta y su población para lograr el desarrollo. Como parte de estos procesos se han realizado consultas con gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales y la población más afectada.

El Panel de Personas Eminentes que creó el secretario general de la ONU, Ban Ki-Moon, ha propuesto 12 nuevos objetivos entre los que se encuentra Mantenerse saludable, el cual incluye el mejoramiento de la infraestructura para los servicios de salud, la lucha contra las enfermedades tropicales, la atención a la salud sexual y reproductiva y, por último, continuar con la respuesta a la epidemia del VIH/sida. Es decir, en la propuesta sí se incluye el VIH pero como un tema secundario y ya no como uno de los aspectos principales como lo fue en el 2000.

Los gobiernos discutirán esta propuesta en el transcurso de los próximos meses para finalmente adoptar en septiembre de 2015 la nueva agenda de desarrollo que sustituirá a los ODM. Nos toca a las personas que trabajamos en temas de VIH impulsar que siga estando en un primer plano, la negociación no será fácil. Existen otros temas de salud que han tomado papeles más preponderantes como es el caso de las enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión, cáncer, etc.) que comienzan a ser los principales proble-

Gracias a que el VIH/sida fue incluido en los ODM se lograron movilizar enormes recursos y voluntad política en la mayor parte del mundo, sin embargo, éstos no fueron suficientes para acabar con la epidemia, ya que no se trataba de un mero asunto de salud pública, sino de algo que sacude conciencias por ser un padecimiento tan asociado con la sexualidad y el uso de drogas inyectables.



Fotografía: Crozet M./OIT.

mas en países desarrollados y de ingresos medios. También está el tema del fortalecimiento de los sistemas de salud, que en muchas naciones en vías de desarrollo sigue siendo un gran reto, ya que no hay infraestructura, personal o sistemas de información adecuados.

Obviamente los problemas mencionados deben atenderse, pero en el caso del VIH, si se baja la guardia, también vuelve a aumentar la vulnerabilidad de las poblaciones clave de las que hablábamos con anterioridad. Por ejemplo, en América Latina gracias a la respuesta mundial al VIH es que se ha logrado incidir políticamente en la lucha contra injusticias tales como la eliminación de leyes que criminalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, en mejorar el acceso al tratamiento a las mujeres *trans*, así como realizar campañas de reducción de daños para usuarios de heroína, entre otras acciones.

El cumplimiento de los compromisos internacionales por parte de los gobiernos es fundamental, sin embargo, existen muchos países

–incluyendo a México– donde el cumplimiento de los ODM, así como de otras convenciones y tratados, se ha dado a medias. A pesar de eso, no existen mecanismos que obliguen a los Estados a cumplir lo que firmaron, lo cual representa una debilidad en materia de implementación.

Otra de las exigencias para la nueva agenda del desarrollo posterior al 2015 es que las nuevas metas incluyan una perspectiva de derechos humanos y no sólo se compongan de indicadores y cifras que no reflejan la situación de la población a la cual deben estar beneficiando. En este sentido, el derecho a la salud se debe incluir como un eje rector, y el respeto a los derechos de todos los individuos, sin importar su orientación sexual, identidad de género, tipo de trabajo o estado de salud, tiene que ser mencionado.

En conclusión, la nueva agenda que adopten los países en la ONU no debe dejar de lado a una de las epidemias más mortales de nuestra época. El VIH/sida como tema de salud pública y de derechos humanos debe mantenerse en el centro

Otra de las exigencias para la nueva agenda del desarrollo posterior al 2015 es que las nuevas metas incluyan una perspectiva de derechos humanos y no sólo se compongan de indicadores y cifras que no reflejan la situación de la población a la cual deben estar beneficiando.

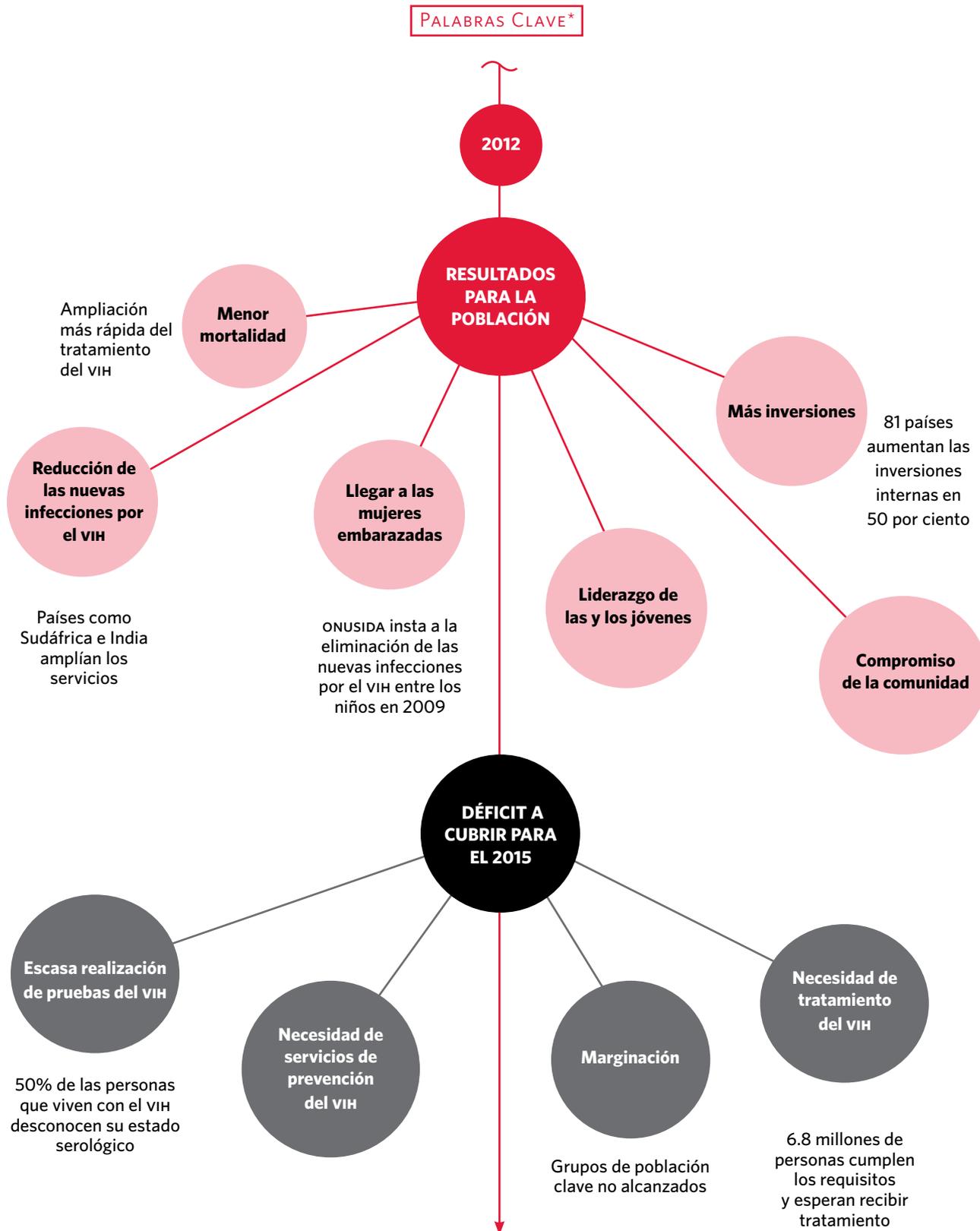
de la atención, por lo menos hasta que se vea una clara disminución en los nuevos casos y de que exista una nítida disminución de las violaciones a los derechos humanos que se cometen en todo el mundo hacia las personas que viven con VIH y otras poblaciones clave.

Veremos qué sucede en los próximos meses, pero independientemente de lo que se decida en la Asamblea General de la ONU en Nueva York, el gobierno mexicano no se puede desligar de su responsabilidad en torno a los derechos a la salud y a la no discriminación.



Fotografía: Valeria Garcia/CDHDF.

¿Dónde nos encontramos?



*Fuente: Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida/2012. Resultados, disponible en <<http://bit.ly/1INe488>>.

Infografía: Leonardo Vázquez Conde.



Las y los jóvenes ante la respuesta al VIH

YAHIR ZAVALA*

*Director del Programa de VIH de Espolea, A. C.

Actualmente los jóvenes constituyen 40% del total de las nuevas infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a nivel mundial. Cada día más de 2 400 jóvenes contraen el virus y cinco millones viven con él. Los jóvenes representan un punto de apoyo debido a que continúan en el centro de la epidemia y tienen el poder -a través de su liderazgo- de cambiar de forma definitiva el curso de ésta. Y ya lo están haciendo.

Las y los jóvenes hemos ocupado los encabezados de ambiciosas propuestas y estrategias que, con bombo y platillo, vaticinan una generación libre de sida. Ya sea en el ámbito global, regional o nacional, existe un claro mandato que enfatiza la importancia de incorporarnos a los espacios de discusión y toma de decisiones, y de incluir las necesidades, ideas y buenas prácticas que han surgido desde el ámbito de las juventudes en el marco de la respuesta al VIH.

Empero, la respuesta ante el VIH y el sida está cambiando y la forma cómo los jóvenes debemos ser estratégicos para seguir involucrándonos en estos nuevos escenarios. La crisis del financiamiento en la respuesta, las nuevas estrategias de prevención, la continuidad en la atención del VIH como un objetivo de desarrollo prioritario en la agenda global y el abordaje de éste vinculado con otras agendas son sólo algunos ejemplos de los retos que estamos próximos a enfrentar.

En este marco es necesario identificar claramente cuál es el papel que los jóvenes debemos desempeñar desde nuestros espacios y diversidades. Asimismo, es urgente que nuestros gobiernos garanticen una respuesta apegada

a nuestras realidades o, de lo contrario, cualquier esfuerzo desde las juventudes resultará acotado.

Hacer prevención focalizada en adolescentes y jóvenes

En materia de prevención del VIH uno de los grandes retos a los que se apunta en nuestro país está ligado principalmente a la falta de percepción de riesgo, es decir, a pesar de los esfuerzos de sensibilización y estrategias de prevención sobre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como de la información sobre el uso correcto del condón, algunos grupos de población como las mujeres, las personas privadas de su libertad, las poblaciones móviles y las y los indígenas, entre otros, reportan baja o nula frecuencia en el uso del condón durante sus relaciones sexuales.

Lo anterior debido a que no se ven como potenciales sujetos de adquirir el virus, ya sea porque no tienen información al respecto o porque los factores estructurales que les rodean (inequidades de género, pobreza, marginación, falta de educación, etc.) no les permiten tomar decisiones asertivas en torno al ejercicio de su sexualidad.

Del análisis de los datos obtenidos del Censida, las y los jóvenes de entre 15 y 29 años de edad representaron 53% de los nuevos casos detectados de VIH en 2012, por lo que a pesar de que una notable mayoría conoce los beneficios del uso del condón, casi la mitad de ellos no lo utiliza durante sus relaciones sexuales porque no se perciben en riesgo de adquirir el virus.



Fotografía: Antonio Vázquez Hernández/CDHDF.

Hace algunos años un estudio ejemplificaba muy bien el concepto *percepción de riesgo*: al realizar una encuesta aleatoriamente, 84% de las personas encuestadas respondieron que el VIH era un riesgo para algunos grupos, 70% afirmo que también representaba un riesgo para la sociedad, pero sólo 40% contestó que lo consideraba un riesgo para sí mismas.¹

En el caso de las y los adolescentes y jóvenes, la información que encontramos en nuestro país puede darnos un panorama más claro de por dónde empezar. Por una parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012² reporta que 23% de los adolescentes entre 12 y 19 años de edad han iniciado su vida sexual activa, de los cuales 70% utilizó condón masculino durante su primera relación sexual y 61% en la última. En el caso de las y los jóvenes de 20 a 29 años que han iniciado su vida sexual activa, 58% utilizó este mismo método de prevención en su primera relación sexual y 43% durante la última.

En la misma línea, aunque con datos menos desagregados, la más reciente Encuesta Nacional de Valores en Juventud de 2012³ refiere que entre las y los jóvenes 57.7% han iniciado su vida sexual activa, y que 81% lo hizo antes de los 20 años. De este grupo de población sexualmente activa, 66% utiliza algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, sin embargo, la encuesta no detalla la percepción sobre el uso de condón masculino, lo cual sí se señaló en su reporte de 2010, que indicaba que por lo menos

97.5% de las personas encuestadas consideraban el uso del condón como un método efectivo para la prevención de ETS, incluido el VIH. Finalmente, el mismo reporte de hace tres años señalaba que 92% de las y los jóvenes reportaban tener conocimientos sobre prevención de las ETS.

Ahora bien, del análisis de los datos obtenidos por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (Censida), las y los jóvenes de entre 15 y 29 años de edad representan 53% de los nuevos casos detectados del VIH tan sólo durante 2012,⁴ por lo que a pesar de que la mayoría conoce de los beneficios del uso del condón, casi la mitad no lo utiliza durante sus relaciones sexuales porque no se percibe en riesgo de contraer el virus.

Los datos pueden ser imparciales e incluso no mostrar todas las perspectivas del problema. Si bien es cierto que el sexo encabeza la lista de los 10 temas preferidos para hablar a todas horas por los jóvenes, mi experiencia personal en la impartición de talleres, conferencias y hablando con mis pares en México me permite afirmar que la información sobre sexualidad y VIH no será la más adecuada –esto aun cuando se ha logrado que la gran mayoría haya escuchado hablar sobre el tema– mientras el sentido de la prevención del VIH se reduzca a la abstinencia y al uso del condón –sin que esto implique que se conozca su uso adecuado–, y se dejen de lado otros enfoques de prevención del virus que han demostrado tener mayor efectividad.

Alguna vez escuché que, para quienes nacimos a partir de la década de los ochenta, teníamos que concebir el sexo envuelto en látex y rodeado de la paranoia de un virus que representa una amenaza al placer. Aunque osada, la idea anterior es más recurrente de lo que creemos, tanto por el estigma que al inicio de la epidemia se adjudicaba a ciertas prácticas y poblaciones, como de aquél que hoy señala y condena a quienes han adquirido el virus. En este sentido, las razones del acotado conocimiento y empoderamiento que las y los jóvenes tienen respecto del VIH y de cómo prevenirlo son muchas y muy diversas.

Las razones de índole personal apelan a cuestiones de autoestima e interés por apropiarse de la información, sin embargo, aquellas que nos toca identificar y exigir como sociedad –y que los gobiernos garanticen– yacen en problemas estructurales como los siguientes:

- La falta de una educación de calidad, laica, científica y basada en los derechos humanos, cuyo acceso posibilitaría tener jóvenes mejor preparados, participativos y empoderados con los cambios que requiere su entorno;
- las inequidades de género, que propician contextos donde se vulneran los derechos de las mujeres y las hace más susceptibles a adquirir el VIH;
- la discriminación en todas sus formas, que a través de la homofobia y el estigma asociado a personas que viven con VIH replica modelos negativos y frena los esfuerzos de prevención del VIH, y
- la falta de acceso a un empleo decente, cuya ausencia fomenta la migración al tiempo que desincentiva la participación de los jóvenes en las problemáticas del país, entre otros.

Esfuerzos como la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” representan un ímpetu de voluntad política por proveer educación integral en sexualidad a partir de edades muy tempranas, sin embargo, este ánimo no ha demostrado ser suficiente. En este sentido es necesario que en el ámbito nacional se incremente la difusión integral de los derechos sexuales y reproductivos, lo cual requiere que los poderes legislativos federales y locales, con soporte de los ejecutivos

correspondientes, se comprometan e impulsen la inclusión de la educación integral en sexualidad en la currícula de todos los niveles de educación, lo anterior desde una perspectiva de género y de derechos humanos.

Es necesario que en el ámbito nacional se incremente la difusión integral de los derechos sexuales y reproductivos, esfuerzo que requiere que los poderes legislativos federales y locales, con soporte de los ejecutivos correspondientes, se comprometan e impulsen la inclusión de la educación integral en sexualidad.

Acciones para la atención integral del VIH desde una perspectiva de juventud

En términos de las necesidades específicas de la adolescencia y juventud con respecto al acceso a servicios especializados de diagnóstico, tratamiento y atención del VIH y otras ETS, existen algunos vacíos en los estándares y guías que deben ser subsanados dentro de todo el sistema nacional de salud con apoyo de la sociedad civil organizada. Entre los principales mencionaré los siguientes:

- Revisión y modificación de la NOM-010-SSA2-2010 con respecto al acceso a la prueba de detección del VIH a adolescentes menores de 18 años de edad. Aunque es un esfuerzo en el que diversos grupos y organizaciones de la sociedad civil (osc) hemos incidido desde hace varios años, es imperante que los legisladores y tomadores de decisión, considerando las estadísticas de la edad del inicio de la vida sexual, de los índices de nuevas infecciones en este sector poblacional y de las barreras emocionales y administrativas para recibir un diagnóstico, modifiquen el apartado 6.4.2 que dispone del acompañamiento del padre o tutor para la entrega del diagnóstico a la prueba de detección del VIH y, en su caso, se garantice el acompaña-

miento de personal capacitado para ofrecer un diagnóstico reactivo y facilitar el subsecuente proceso de atención médica y psicológica de la o el adolescente.

- Generar estrategias dirigidas a la detección temprana del VIH entre jóvenes, las cuales inicien con el involucramiento social y cultural de la atención a la salud en el que estén claramente identificados las y los jóvenes. Lo anterior en virtud de que muchas personas que llegan a realizarse por primera vez la prueba del VIH

están en etapas muy avanzadas de la infección y con las defensas muy bajas.

- Ampliar la difusión y distribución del condón femenino e incorporar la perspectiva de juventud en la eventual implementación de las nuevas estrategias de prevención como lo es el tratamiento preventivo. En este sentido, es de vital trascendencia que los jóvenes de poblaciones clave como trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables, transgénero y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) participen



en espacios relacionados con las nuevas estrategias de prevención del VIH.

- Incluir la participación de voces jóvenes en el diseño e implementación de las actuales guías de tratamiento antirretroviral en nuestro país, de modo que expresen sus necesidades específicas. Ejemplo de lo anterior radica en el hecho de que no hay información pública y focalizada sobre los esquemas y efectos del tratamiento y de las opciones para lograr una óptima adherencia en jóvenes. Aunque es destacable que el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (Conasida)⁵ contemple hoy vocalías que nos representen como grupo, es importante que los espacios de toma de decisión en la respuesta incorporen la perspectiva de juventud.
- Los servicios de atención a la salud deben ser amigables y accesibles para la juventud, es decir, que el sistema de salud en el país, en específico los servicios especializados de atención al VIH y ETS, incorpore e implemente horarios, información, tratamientos y procesos accesibles y disponibles para las y los adolescentes y jóvenes. Asimismo, que brinde capacitación al personal médico y administrativo de los hospitales y centros de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos y derechos de las personas con VIH, lo anterior a partir de una perspectiva de juventud y género.
- Garantizar que las y los jóvenes con VIH que carezcan seguridad social, tengan cobertura, acceso y disponibilidad de la atención y tratamiento a co-infecciones causadas por el VIH o sida, ETS y enfermedades oportunistas asociadas a la infección por VIH.
 - Mitigar el estigma y la discriminación hacia las personas jóvenes con VIH, aunque con igual énfasis en la discriminación por género, orientación sexual, y las diferentes identidades de

género que, en conjunto, representan obstáculos en el alcance de los objetivos de prevención de nuevas infecciones y en brindar atención médica de calidad con enfoque de derechos humanos.

Como reflexión final, referiré los numerosos movimientos, redes, colectivos y organizaciones de jóvenes que están en contacto directo con las comunidades y poblaciones, escuchando y recolectando sus necesidades y opiniones; así como quienes incidimos en las políticas públicas buscando propiciar cambios estructurales que coadyuven en una respuesta atenta a las juventudes.

El VIH es un tema multisectorial e interdisciplinario, pero cualquiera que sea el abordaje sobre éste, debe siempre estar presente la perspectiva de juventud, y estar sustentada desde un enfoque de respeto a los derechos humanos.

NOTAS

- 1 Michel Morin, "Entre representaciones y prácticas: el sida, la prevención y los jóvenes", en Jean-Claude Abric (dir.), *Prácticas sociales y representaciones*, trad. de José Dacosta Chevrel y Fátima Flora Palacios, México, Ediciones Coyoacán (Filosofía y cultura contemporánea, núm. 16), 2001.
- 2 Para conocer la encuesta completa véase <<http://ensanut.insp.mx/>>, página consultada el 1 de enero de 2014.
- 3 Para conocer la encuesta completa véase <http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ_2012.pdf>, página consultada el 1 de enero de 2014.
- 4 Censida, *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/Sida en México. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 31 de marzo de 2012*, México, Censida, 2013.
- 5 El Conasida es una instancia permanente de coordinación de los sectores público, social y privado para promover y apoyar las acciones de prevención y control del virus de la inmunodeficiencia humana, del síndrome de la inmunodeficiencia humana, así como de otras infecciones de transmisión sexual.

Alguna vez se dijo que quienes nacimos en la década de 1980 teníamos que concebir el sexo envuelto en látex y rodeado de la paranoia de un virus que representaba una amenaza al placer. Aunque osada, la idea anterior es más recurrente de lo que creemos, tanto por el estigma que al inicio de la epidemia se adjudicaba a ciertas prácticas y poblaciones, como de aquel otro que hoy señala y condena a quienes han adquirido el VIH.





Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.



Mitos y realidades sobre los niños y las niñas con VIH

OLIVIA MALDONADO VELASCO* Y SOCORRO GARCÍA ESTRADA**

*Directora general de La Casa de la Sal, A. C., y licenciada en medicina general por la Universidad Nacional Autónoma de México con estudios en mercadotecnia y psicoterapia Gestalt.

**Colaboradora de La Casa de la Sal, A. C., donde ha fundado la Clínica Psicológica y la Escuela para Padres, ha coordinado las áreas de Enlaces Hospitalarios, así como de Grupos de Autoapoyo en dicha asociación.

Cuando se habla del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) la mayoría de las veces se remite de inmediato a las personas adultas, siendo las niñas, los niños y adolescentes los menos visibles en esta problemática social y de salud. La alerta surge al mirar las cifras de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las que se evidencia que comparativamente mientras la cantidad de muertes vinculadas con la enfermedad en la población general se redujo 30% durante los últimos siete años, en ese mismo periodo la cifra aumentó 50% entre niños y adolescentes. Incontables son las historias de familias con integrantes que a temprana edad han sido infectados de VIH y que luchan todos los días por alcanzar una vida digna y libre de estigmas, en la que sus derechos se garanticen sin cortapisas. Aquí les presentamos una de ellas.

Karla era una mujer heterosexual, casada, que esperaba su segundo hijo. Ella dio por hecho que si no había habido ningún problema con su primer embarazo, tampoco lo habría con el segundo. A las pocas semanas de que nació Juan, su segundo bebé, comenzó a tener problemas en las vías respiratorias que pusieron en riesgo su vida, en ese momento fue diagnosticado con VIH.

Al realizarse Karla y su esposo las pruebas correspondientes para la detección del VIH, ambos resultaron ser seropositivos. La noticia produjo un gran impacto y no comprendían los resultados del diagnóstico ni cómo pudo sucederles algo así.

Esta escena se repite diariamente en las clínicas y hospitales, y es así como muchas mujeres se dan cuenta de que han adquirido el VIH. Hoy se sabe que con respecto a la transmisión vertical,¹ “es posible reducir a 2% el riesgo de transmisión del virus de una mujer con VIH al producto por medio de modernas terapias que se utilizan en estos casos. Por ello, es indispensable ofrecer a todas las mujeres embarazadas la prueba de detección de anticuerpos al VIH, y en caso de que se confirme que tienen el virus, administrar la terapia más apropiada.”² Para Karla es muy difícil aceptar que tres de los cuatro miembros de su familia son seropositivos y la manera cómo esto afectará la calidad de sus vidas. El impacto no es sólo en la salud, sino también a nivel emocional, social, económico, laboral y en su relación de pareja y de familia.

Muchos son los cuestionamientos, surgen dudas y miedos en torno al diagnóstico. En el mejor de los casos, si tienen servicio médico recibirán información del VIH y los respectivos medicamentos. Pero en el día a día surgen retos y desafíos, mitos y tabúes que los agobian: ¿qué cuidados deberán tener con el hijo mayor?, ¿cómo deberá ser su vida sexual de pareja?, ¿a quién revelarle el diagnóstico y cómo hacerlo?, ¿cómo hablar del tema con su hijo mayor?, etcétera. De ahí la importancia de contar con el apoyo y respaldo de organizaciones de la sociedad civil como La Casa de la Sal, que desde hace 27 años se ha especializado en la atención integral de niños, niñas, adolescentes y adultos con VIH/sida en contexto familiar y de pareja.

Karla y su esposo acuden a la Clínica Psicológica de dicha asociación, donde reciben el acom-

pañamiento de una psicóloga para apoyarlos en el proceso de aceptación de su diagnóstico, y donde también encuentran respuesta a muchas de sus dudas y cuestionamientos.

El proceso de acompañamiento psicológico es muy importante, ya que mediante éste se logra que las personas puedan comprender y aceptar su situación y con ello cortar la cadena de transmisión, evitar reproducir el estigma y la discriminación –los cuales resultan más dañinos que el propio virus– y ser capaces de explicarles a sus hijos que la enfermedad no está por encima de su dignidad humana. A partir de este proceso, en gran medida desarrollarán herramientas y estrategias que generen redes de apoyo sociales para enfrentar la discriminación de la que pueden ser víctimas en los diferentes ámbitos de su vida.

Además de brindarles información sobre el VIH, es muy importante empoderarlos para que sean defensores de sus propios derechos y asuman una actitud activa, dinámica y comprometida en un proceso responsable de autocuidado de la salud física, mental y social, ya que “los derechos humanos han sido fundamentales en la respuesta contra la epidemia del VIH/sida.”³

El que conozcan sus derechos humanos, el cortar la cadena epidemiológica de transmisión y la adherencia al tratamiento representan pilares fundamentales en el acompañamiento que se brinda en La Casa de la Sal, A. C., a través de los servicios de Psicoterapia, Escuela para Padres, Talleres de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, Grupos de Autoapoyo, Campamentos, Jornadas de Conferencias, etc. En estos diferentes espacios cada miembro de la familia, sin importar su edad, orientación sexual y diagnóstico, encuentra respuestas a sus dudas y reciben el acompañamiento que necesitan.

En el caso de la familia que referimos, Juan compartirá la vida con su hermano mayor, sin embargo, junto con su familia requerirá fortalecer su cuidado con visitas mensuales al médico pediatra infectólogo, tomando medicamento diariamente dos veces al día, y con estudios de sangre cada cuatro meses. Karla, su madre, deberá contar con asesoría nutricional, ya que el desarrollo en la infancia de Juan será determinante para que tenga una adolescencia sana y cuente con un sistema inmunológico fortalecido.



Fotografía: Marcopolo Hernández/Concurso Rostros de la Discriminación 2013.

Explicar a un niño, niña o adolescente que es portador del virus de inmunodeficiencia humana es una fina y delicada labor que no es sencilla, pues la noticia debe incluir información sobre el VIH, e implica un acompañamiento y apoyo psicológico que contribuya a generar una esperanza realista sobre su diagnóstico, con expectativas y calidad de vida a largo plazo.

Al igual que su hermano mayor, Juan deberá asistir a la escuela, aunque su incorporación no será tan sencilla como la de él debido al estigma y la discriminación a la que será sujeto desde el momento en que se informe a las autoridades escolares –a través de los certificados médicos y la ficha de datos generales que al inicio de cada ciclo escolar solicitan– de su condición serológica de VIH, o por las constantes faltas al asistir a las citas médicas de seguimiento, que despertarán dudas en profesores y alumnos.

La experiencia que tenemos en La Casa de la Sal, A. C., en cuanto a los niños y niñas con VIH, es que la ignorancia y la desinformación son las que hacen que los directivos, maestros y padres de familia presenten resistencias o incluso rechazo hacia los niños y sus familiares, pues temen por la seguridad de sus hijos, siendo esto un miedo irracional debido a que científicamente está comprobado que las vías de transmisión requieren condiciones específicas para que representen un peligro real para la comunidad escolar.

Desafortunadamente falta mucha información, pues todavía se llega a pensar que por el simple hecho de tomar del mismo vaso, utilizar algún cubierto, o darle la mano a una persona con VIH/sida, se puede adquirir el virus.

En un esfuerzo para informar y sensibilizar a los profesores sobre el tema, hemos diseñado una Guía del profesor para la atención de niños con VIH en contexto escolar. Asimismo, impartimos un taller en las escuelas que así nos lo solicitan

y en el que se proporciona información científica para romper los mitos y tabúes en torno al diagnóstico, con ellos se busca que exista un acercamiento del profesorado a la cotidianidad de los niños y niñas que tienen esta condición y que les permita descubrir la importancia de su apoyo y motivación para quitar los obstáculos sociales y discriminatorios a los que se enfrentan.

En muchos casos, los padres de los niños y niñas con VIH/sida son despedidos de sus trabajos al enterarse de su diagnóstico, por lo que sus hijos deben afrontar, además de la enfermedad sistémica, la enfermedad social: el maltrato, la discriminación y el señalamiento de los demás, incluso de miembros de su propia familia.

Por lo que respecta al desarrollo de Juan, cuando él llegue a la adolescencia se preguntará si puede tener una pareja, si acaso podrá concebir hijos, tal vez en varias ocasiones habrá escuchado de otras personas un rotundo “¡no!, porque tienes VIH”. La realidad es que Juan podrá tener hijos como cualquier persona ya que él y su pareja sabrán cómo cuidarse con el uso del condón, y que ambos planeando el embarazo y llevando a cabo los cuidados necesarios podrán tener hijos seronegativos.

En el caso de la notificación del diagnóstico de las y los niños con VIH existe un manejo distinto al de los adultos. Lo ideal es que los padres de Juan le hayan proporcionado información de acuerdo con su edad e inquietudes. Recordemos que por tratarse de personas menores de edad



Fotografía: Antonio Vázquez Hernández/CDHDF.

Además de brindar información sobre el VIH, es muy importante empoderar a las personas que viven con él para que sean defensoras de sus propios derechos y asuman una actitud activa, dinámica y comprometida en un proceso responsable de autocuidado de la salud física, mental y social.

los médicos deben tener autorización para que lo notifiquen a las niñas y los niños, sin embargo, es muy común que los padres consideren que no es conveniente y dejen que transcurra el tiempo hasta que en ocasiones llegan a la adolescencia desconociendo –por lo menos formalmente– el nombre de su diagnóstico y con una serie de “verdades a medias” o “mentiras piadosas” –recibidas a lo largo de los años– respecto del motivo de sus constantes visitas al hospital y de los medicamentos que toman diariamente.⁴

En efecto, explicar a un niño, niña o adolescente que es portador del virus de inmunodeficiencia humana es una fina y delicada labor que no es sencilla, pues la noticia debe estar acompañada de información sobre el VIH. Implica un acompañamiento y apoyo psicológico que contribuya a generar en la persona menor de edad una esperanza de vida realista sobre su diagnóstico, con expectativa y calidad de vida a largo plazo. Parte fundamental de este proceso es favorecer en el paciente la visión y compromiso activo en su proceso de salud-enfermedad, y que actualmente existen muchas posibilidades y alternativas de atención integral.

El taller Notificación vincular o cómo hablar con los niños y niñas y adolescentes de su diagnóstico de VIH, que hemos desarrollado en La Casa de la Sal, A. C., y que se imparte en las Escuelas para Padres que coordinamos, permite que el personal de salud y los padres de familia descubran herramientas y desarrollen habilidades para responder las principales dudas que la hija o el hijo puedan plantearles y que, a la vez, favorezca la aceptación del diagnóstico, la adherencia al tratamiento y la prevención de la discriminación en sus vidas.

Es importante destacar que regularmente el VIH en niños y niñas es transmitido vía perinatal, y en los adolescentes por vía sexual debido a que no usan condón en su primera relación sexual ni en las subsecuentes. Sobre esta situación el director del Departamento de VIH/Sida de la OMS, Gottfried Hirnschall, refiere: “los adolescentes afrontan presiones sociales y emocionales difíciles, y a menudo confusas, mientras pasan de niños a adultos”, y “precisan servicios médicos de prevención de VIH adaptados a su situación”.⁵

Es una realidad que los adolescentes de 15 años de edad son considerados los de mayor vulnerabilidad para adquirir el VIH, ya que una séptima parte de las nuevas infecciones por este virus en todo el mundo se producen durante la adolescencia y a menudo las personas afectadas no conocen su problema. Hoy las cifras nos hablan de un incremento de 40% en los casos en jóvenes infectados de entre 15 y 19 años.⁶ La OMS también ha informado que la edad promedio de los adolescentes infectados ronda entre 10 y 19 años, y que comparativamente mientras la cantidad de muertes vinculadas con la enfermedad en la población general se redujo en 30% durante los últimos siete años, la cifra aumentó 50% entre los niños y jóvenes de ese mismo rango de edad.⁷

De ahí la imperiosa necesidad de que se desarrollen nuevas y más efectivas estrategias de intervención para adolescentes con el objetivo de reforzar la prevención primaria del VIH, así como la prevención secundaria en aquellos casos que sean seropositivos, por medio de talleres, campamentos, *rallys*, ferias, campañas, trabajo de pares, etc., con temas diversos como sexualidad y género, compromiso y vida en pareja, derechos sexuales de los y las adolescentes, negociación

del uso del condón, prevención de la violencia intrafamiliar y en pareja, entre otros.

Karla nuevamente ha tomado las riendas de su vida y de su familia. Ha aprendido a defenderse de la discriminación, a llevar un estilo de vida saludable, ha alcanzado carga viral indetectable, además sus hijos van a la escuela y disfrutan de una vida armoniosa en familia. Aún así, Karla siempre habla de la trascendencia de la prevención primaria y que las mujeres sepan la importancia de quererse, cuidarse y aprender, sin pena, a negociar el uso del condón.

Ella descubrió que hay organizaciones civiles con trabajo en VIH, como La Casa de la Sal, que brindan apoyo profesional y ético, y que aunado a la atención médica le permiten compartir una frase que constantemente se repite en el grupo de Autoapoyo y Escuela para Padres a los que Karla asiste: “¡A nadie le deseo que viva con lo que yo vivo, pero a todos les deseo que vivan como yo vivo!”

NOTAS

- 1 Conocida también como *transmisión materno-infantil*, alude a la infección u otra enfermedad (en este caso de VIH) que transmite la madre a su hijo inmediatamente antes y después del parto y durante el periodo perinatal.
- 2 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Los derechos humanos de las personas que viven con VIH o sida*, México, CNDH, mayo de 2012.
- 3 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Mujeres, embarazo y VIH*, México, CNDH, mayo de 2012.
- 4 María del Pilar Torres Pereda (ed.), *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el sida. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*, México, Censida/Inmujeres/INSP (Serie Ángulos del SIDA, vol. 10), 2010.
- 5 CNN México, “Las muertes de adolescentes con VIH en el mundo aumentan 50% en siete años”, 25 de noviembre de 2013, disponible en <<http://mexico.cnn.com/salud/2013/11/25/las-muertes-de-adolescentes-con-vih-en-el-mundo-aumentan-50-en-siete-anos>>, página consultada el 10 de enero de 2014.
- 6 OMS, Nota descriptiva núm. 360, VIH/Sida, octubre de 2013, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>>, página consultada el 26 de diciembre de 2013.

⁷ *Idem*.



Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH, una agenda pendiente

EUGENIA LÓPEZ URIBE*, TAMIL KENDALL** Y GABRIELA GARCÍA PATIÑO***

* Directora ejecutiva de Balance, A. C., maestra en estudios políticos y sociales, y licenciada en sociología por la UNAM.

**Asesora sobre VIH en Balance, A. C., y doctora en estudios interdisciplinarios (antropología y ciencias de la salud) por la Universidad de Columbia Británica.

*** Es asistente en el área de Mujeres y VIH de Balance, A. C., y licenciada en psicología por la UNAM.

La normatividad internacional en materia de derechos humanos reconoce y protege las garantías de las mujeres portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y obliga a los Estados Parte –entre los que se encuentra nuestro país– a brindar atención médica e información sobre métodos eficaces de prevención, detección y tratamiento. Sin embargo, en la actualidad los avances en materia legislativa relacionados con los derechos de las mujeres descartan el aspecto anterior, lo cual evidencia que tanto en México como en otros países existen graves rezagos en el cumplimiento de la incorporación del tema de VIH en una agenda de salud sexual y reproductiva integral.

Nuestra nación enfrenta una epidemia de VIH concentrada entre hombres que tienen sexo con hombres, personas que ejercen el trabajo sexual y usuarias de drogas inyectables. Sin embargo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)¹ estima que 26% de quienes viven con VIH en México son mujeres, las cuales en su mayoría han adquirido el virus por coito heterosexual.

El Estado mexicano ha firmado la Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida –que fue aprobada por la Organización de las Naciones Unidas en 2011–, con ello se ha comprometido a que los recursos financieros para la prevención del virus se enfoquen en las poblaciones vulnerables en la misma medida en la que se presentan nuevas infecciones, además a asegurar que la respuesta nacional considere las necesidades específicas de mujeres y niñas, incluyendo las que viven con VIH, a lo largo de su ciclo de vida.

Este compromiso se une a la Recomendación núm. 15 de la Convención para Eliminar Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que habla de la necesidad de evitar la discriminación contra las mujeres en las respuestas nacionales sobre VIH.

Por otro lado, la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) –en donde por primera vez el mundo se comprometió al acceso universal a los derechos sexuales y reproductivos– define en su párrafo 7.6 que:

la atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debe abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y aseso-

ramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable.

Estos temas forman parte del Llamado para la Acción de Glion² sobre planificación familiar y prevención de VIH en mujeres, niñas y niños, lanzado en Glion, Suiza, en 2004 y cuya finalidad es que:

- a) los servicios de atención primaria incorporen información sobre prevención de VIH en la consejería que ofrecen a mujeres y jóvenes sobre anticoncepción, y que indaguen sobre las prácticas de riesgo y les ofrezcan la prueba de VIH;
- b) los diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (ITS) estén acompañados de información sobre prevención del VIH;
- c) los condones femeninos y masculinos estén disponibles en los servicios y acompañados de información no sólo para jóvenes, sino para las personas unidas o en relaciones estables;
- d) las mujeres aumenten su percepción del riesgo de adquirir el VIH y que el acceso a la información les brinde el poder de prevenir el riesgo de infección, y
- e) los servicios especializados en VIH ofrezcan consejería en torno a: los anticonceptivos; la causal de salud para practicarse un aborto, en los casos en los que esté disponible en el país; las opciones de inseminación entre parejas serodiscordantes;³ el tratamiento antirretroviral adecuado durante el embarazo; la posibilidad de elegir el parto vaginal si la carga viral está indetectable; las alternativas de alimentación infantil, así como el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de otras ITS, incluyendo el virus del papiloma humano.

Esas demandas retoman el espíritu de las conferencias sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1964 y de la Mujer en Beijing en 1995, ya que se enfocan en que las mujeres con VIH accedan a la información y los servicios que les permita tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva, libres de discriminación y en un ambiente propicio para el ejercicio de los derechos humanos.



Fotografías: Alejandro Cuevas/CDHDF.

Sin embargo, cuando hacemos una revisión de la normatividad de nuestro país podemos identificar que los avances que existen, tales como las legislaciones para erradicar la violencia contra las mujeres, la lucha contra los abortos inseguros, la disminución de la demanda insatisfecha de anticoncepción y los programas de salud sexual y reproductiva, no consideran el tema del VIH.

De la misma manera y siguiendo la misma lógica vertical, encontramos que los programas y políticas de VIH de la región no incorporan la perspectiva de género ni las recomendaciones a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que son atendidas por ellos.

En ese sentido Balance, A. C., desarrolló una investigación analizando el contenido de los planes estratégicos de VIH y salud reproductiva, así como la normatividad relevante de nueve países: Bolivia (2006-2010), Colombia (2008-2011), El Salvador (2005-2010), Guatemala (2006-2010), Honduras (2008-2012), México (2007-2012), Nicaragua (2006-2010), Paraguay (2008-2012), y Perú (2007-2011); además realizó entrevistas a quienes toman las decisiones y a líderes de la sociedad civil.⁴ La investigación se realizó de septiembre de 2009 a marzo de 2011 y tuvo como base los cuatro pilares de Glion. A continuación se describen los principales hallazgos de ésta.

1) Prevención de la transmisión del VIH en mujeres
A pesar de que la mayoría de los programas estratégicos nacionales acerca de VIH mencionan la perspectiva de género, no existen políticas de

Si se hace una revisión a la normatividad de nuestro país se puede identificar que los avances que se tienen tales como las legislaciones para erradicar la violencia contra las mujeres, la lucha contra los abortos inseguros, la disminución de la demanda insatisfecha de anticoncepción y los programas de salud sexual y reproductiva no consideran el tema de VIH.

prevención sobre el virus que estén diferenciadas por género en las poblaciones clave, ni enfocadas a mujeres –a excepción de trabajadoras sexuales y mujeres embarazadas. Esta aproximación refuerza la visión discriminatoria hacia las mujeres como vector de la enfermedad y les quita el poder para cuidar de su salud, dejando en otros la responsabilidad de ese cuidado. Por otro lado, dentro de las estrategias de prevención perinatal del VIH, los países se concentran en las mujeres en edad fértil, dejando de lado las necesidades de las mujeres a lo largo de su ciclo de vida y de acuerdo con su diversidad.

Conforme a la investigación, ningún país contempla realizar acciones específicas para la prevención primaria del VIH en mujeres con



Fotografía: Alejandro Cuevas/CDHDF.



Fotografía: Archivo CDHDF.

En un estudio realizado en nueve países de América Latina se observó que ninguno contempla acciones específicas para prevención primaria del VIH en mujeres con pareja estable, ni en aquellas que sufren violencia de género, a pesar de que los resultados de investigaciones internacionales señalan claramente la relación entre esas dos condiciones y la infección por VIH.

pareja estable, ni en aquellas que sufren violencia de género, esto a pesar de que resultados de investigaciones internacionales señalan claramente la relación entre esas dos condiciones y la infección por VIH.⁵

2) Prevención de la transmisión vertical del VIH. Todos los programas estratégicos nacionales de VIH proponen lograr 100% de la cobertura en la prevención de la transmisión vertical del virus.⁶ Al respecto, entre 2007 y 2009 los países estudiados hicieron progresos, sin embargo, el rango bajo de las estimaciones de cobertura de ONUSIDA de 2010 indican que más de la mitad de las mujeres embarazadas con VIH siguen sin tener acceso a los antirretrovirales.⁷

La consulta realizada a especialistas sobre el tema indica que las mujeres embarazadas que tienen un diagnóstico positivo confirmado reciben tratamiento para evitar el contagio a sus hijos, lo que revela que el que no se tenga acceso a la prueba de VIH durante el embarazo se convierte en un obstáculo para prevenir la transmisión perinatal del virus. Todos los países estudiados contemplan la oferta de la prueba a mujeres embarazadas y la mitad de ellos hacen que ésta sea obligatoria para las y los proveedores de servicios.

Sin embargo, en la práctica, la centralización de los servicios en donde se realiza la prueba de detección del VIH, el desabasto de pruebas rápidas y los reactivos, así como las cuotas de recuperación de dichos servicios, son barreras que limitan el acceso efectivo a las pruebas durante el embarazo y en general para la salud de las mujeres y sus hijas e hijos. La escasa información acerca de la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y la baja percepción de riesgo por parte de las y los médicos –y de las propias mujeres–, son otros factores que limitan el acceso a la prueba.

En la práctica hace falta promover un ambiente que propicie que las mujeres tomen decisiones informadas y que incorporen medidas para la prevención de la transmisión vertical como son: el acceso a la prueba de VIH, el tratamiento profiláctico durante el embarazo, la cesárea cuando la carga viral es mayor a mil copias, y el acceso garantizado y gratuito a los sustitutos de la leche materna. Es alarmante que se siga ne-

gando la cesárea a las mujeres con VIH por parte de los servicios de salud, lo que pone en riesgo la salud del bebé.

- 3) Prevención de embarazos no deseados y,
- 4) atención a la salud integral de las mujeres con VIH y sus familias.

Aunque la mitad de los países mencionan la consejería en planificación familiar a mujeres con VIH en su normatividad, sólo Nicaragua contempla el uso de anticonceptivos para las mujeres que viven con el virus como un indicador de calidad en su Plan Nacional Estratégico de VIH. De acuerdo con una consulta a expertos en la materia, en la práctica ningún país ofrece consejería integral en planificación familiar como parte de la atención relativa al VIH.

Las actitudes discriminatorias del personal de salud, la escasez de información y orientación para la fertilización⁸ y el embarazo seguro, así como la falta de servicios de reproducción asistida y de apoyo para la adopción, niegan el derecho a la maternidad de las mujeres con VIH.

Conclusiones

Existen rezagos importantes en el cumplimiento de las metas nacionales e internacionales y en la incorporación del VIH en una agenda de salud sexual y reproductiva integral. El estigma y la discriminación, así como la negación de la vida sexual de las mujeres con VIH, son factores que siguen contribuyendo a la violación de sus derechos sexuales, al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de las y los hijos, y vulnera la salud de las mujeres seropositivas.

Las actitudes discriminatorias del personal de salud, la falta de información y orientación para la fertilización y el embarazo seguro, así como la carencia de servicios de reproducción asistida y de apoyo para la adopción, niegan el derecho a la maternidad de las mujeres con VIH.

rights”, en *Global Health Governance*, vol. 4, núm., 1, 2010, disponible en <http://ghgj.org/Kendall%20and%20Lopez_final.pdf>, página consultada el 23 de diciembre de 2013.

- 5 K. Devries *et al.*, *Preventing HIV by preventing violence: global prevalence of intimate partner violence and childhood sexual abuse*, AIDS 2010, Vienna, 2012; K. L. Dunkle *et al.*, “Gender based violence, relationship power, and risk of infection in women attending antenatal clinics in South Africa”, en *The Lancet*, núm. 363, 2004, pp. 1410-1411; J. G. Silverman *et al.*, *Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women*, JAMA, 2008, pp. 703-710.
- 6 La *trasmisión vertical*, en este caso de VIH, se da cuando una madre seropositiva transmite el virus de inmunodeficiencia humana a su hija o hijo durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento.
- 7 UNAIDS, *ibidem*.
- 8 Por *escasez de información y orientación para la fertilización* debe entenderse que no se les explica que si la carga viral de la mujer es indetectable hay menor probabilidad de transmisión al producto y a la pareja; que la pareja serodiscordante puede tomar profilaxis pre exposición para reducir la probabilidad de transmisión; que puede realizarse una inseminación casera (con una jeringa médica); y que en algunos casos se requiere el cambio de esquema ARV antes del embarazo.

NOTAS

- 1 UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010, Annex 1. HIV and AIDS Estimates and Data, 2009 and 2010*, Geneve, UNAIDS, 2010.
- 2 World Health Organization, *Global consultation on strengthening the linkages between reproductive health and HIV/AIDS: family planning and HIV/AIDS in women and children*, WHO, 2006.
- 3 Término utilizado para referir que en una pareja uno de sus integrantes es seropositivo y el otro no.
- 4 Para un análisis más detallado del contexto político y normativo véase T. Kendall y E. López-Urbe, “Improving the HIV response for women in Latin America: Barriers to integrated advocacy for sexual and reproductive health and





Salud, dignidad y prevención positivas: enfoque de derechos humanos para atender y prevenir el VIH

ANUAR ISMAEL LUNA CADENA*

*Consultor independiente, especializado en temas como VIH y sida, salud sexual, derechos reproductivos y orientación sexual, estigma, discriminación y derechos humanos. Es consultor del Centro Regional de Asistencia Técnica en Lima, Perú, de la International HIV/AIDS Alliance e integrante del Consejo de Directores de la Red Global de Personas que Viven con VIH (GNP+).

Empoderar a las personas que viven con VIH a través de brindarles información que les permita conocer sus derechos es de suma importancia en la implementación de una estrategia de prevención. Salud, dignidad y prevención positiva (SDPP) nace con el objetivo de visualizar enfoques que se tenían olvidados en las estrategias de prevención del virus, y desde una perspectiva de los derechos humanos busca crear conciencia sobre la importancia de tener un ambiente favorable que contribuya a reducir las infecciones.

En 2008 un grupo de activistas de todo el mundo se reunieron en México durante la Conferencia Internacional sobre el Sida para discutir la agenda global de las personas que viven con VIH. En esta reunión un tema que causó especial controversia fue el del concepto *prevención positiva*.

La prevención positiva es un enfoque que sitúa a quienes tienen VIH en un lugar clave para la prevención de nuevas infecciones por este virus, asignándoles una corresponsabilidad con las personas sin VIH que no se tenía anteriormente, pues sólo se le adjudicaba la responsabilidad a quien vivía con el virus. A partir de esta nueva óptica se reconoce el principio de que en la prevención de nuevas infecciones dicha responsabilidad debe ser compartida.

Otro tema de particular interés para las y los activistas fue el de los posibles efectos en las políticas públicas con las nuevas evidencias científicas que demuestran contundentemente que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable y libres de infecciones de transmisión sexual por más de seis meses pueden reducir considerablemente la posibilidad de transmitir el VIH a las y los demás.

Entre otros, este hecho científico es la columna vertebral de los nuevos enfoques de prevención, en los que se combinan aspectos estructurales tales como los entornos legales, la calidad de los servicios de salud y la respuesta comunitaria con acciones relacionadas con el cambio de comportamientos, el uso de condones masculinos y femeninos, la promoción y la aplicación de la



Fotografía: Club de Fotos Panamá.

prueba del VIH, así como el uso de tratamiento antirretroviral como prevención de nuevas infecciones.

En este contexto surge el enfoque de SDPP, que integra la atención, el apoyo y los cuidados con la protección y promoción de los derechos humanos, enfatizando el rol de las personas con VIH en la prevención de nuevas infecciones. Este enfoque incluye el mejoramiento y conservación de la dignidad de quienes viven con VIH, y su propósito es acrecentar la salud física, mental, emocional y sexual, creando ambientes favorables que contribuyan a reducir las infecciones por este virus.

Para lograr la integralidad del enfoque se identificaron siete pilares clave con el fin de tener una respuesta holística, colocando a las personas

con VIH en el centro de ésta. Los pilares son: empoderamiento, equidad de género, acceso a servicios de salud, derechos humanos, prevención de nuevas infecciones, salud sexual y derechos reproductivos, y acceso a apoyos sociales y económicos. Un octavo componente consiste en la implementación de los siete pilares, tanto a nivel comunitario como en los servicios dirigidos a personas con VIH.

El enfoque se sustenta en los siguientes principios clave:

- *Mayor involucramiento de las personas con VIH.* Las personas que viven con VIH son líderes en el diseño, programación, implementación, investigación, monitoreo y evaluación de programas y políticas que les afectan. Si sus necesidades de

salud, dignidad y prevención son atendidas de manera adecuada, en consecuencia estarán involucradas de forma importante en todos los aspectos de las políticas y programas que les atañen.

- *Derechos humanos.* Un enfoque con perspectiva en derechos humanos es la base. Toda persona con VIH requiere políticas y programas que no la violenten, manejen, controlen, abusen ni criminalicen. El enfoque requiere de un marco de trabajo de derechos humanos apoyado por leyes protectoras para garantizar la no discriminación, reducir el estigma, proporcionar acceso a la justicia y cambiar normas de género dañinas. Tales políticas y programas deben permitir a las personas con VIH protegerse a sí mismas y a otros, no a través del miedo sino del empoderamiento y de la dignidad.

- *Responsabilidad compartida.* La prevención de nuevas infecciones de VIH es responsabilidad compartida de todos sin importar el estatus del virus. El enfoque rechaza la noción de que quienes viven

con VIH son las y los únicos responsables de la salud de las personas con las que interactúan; también reconoce y aborda el estigma relacionado con el virus y otros determinantes sociales de salud que impactan la vulnerabilidad de quienes tienen dicha enfermedad, y promueve políticas y programas de apoyo que ayudan a empoderar a individuos para que tomen la responsabilidad de su propia salud y bienestar. Al hacerlo, esto tendrá un impacto benéfico para las parejas, familias y comunidades.

Los pilares del enfoque

A continuación se destacan los elementos clave de cada pilar que integra el enfoque SDPP.

1) El empoderamiento

La naturaleza fundamental del enfoque subyace en el empoderamiento de las personas para que sean conductoras del cambio y capaces de tomar

decisiones informadas sobre su salud, apoyen a la de sus seres queridos, así como contribuyan activa y constructivamente a la respuesta nacional al VIH y hagan posible el cambio social, cultural y económico en sus comunidades.

Expresa también el involucramiento significativo de las personas con VIH a través de sus organizaciones y de sus redes como un elemento fundamental para que se conviertan en líderes generadores del cambio y puedan participar en la toma de decisiones para obtener mejores resultados en su propia salud.

2) La equidad de género

El enfoque reconoce que este pilar es un aspecto estructural que debe estar presente en la vida social en su conjunto. La equidad de género se refiere a la igualdad para mujeres y hombres de todas las orientaciones e identidades sexuales. En el caso de las mujeres en particular, estas desigualdades contribuyen a incrementar el riesgo de contraer el VIH; sin embargo, la desigualdad basada en el género también ocurre en las poblaciones de hombres gay, mujeres transgénero, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables, esto en cuanto a las personas que ya viven con VIH.

3) La promoción y el acceso a la salud

Este enfoque tiene el objetivo de mejorar los resultados en salud para las personas con VIH, a través de una combinación de acciones en los servicios y en las políticas que aborden tanto la ampliación del número de personas que tengan acceso a la atención médica, así como la calidad de los servicios que son proporcionados. Los servicios y programas que ofrecen terapia antirretroviral (TAR) deben estar acompañados de monitoreo clínico regular y de calidad, así como de apoyo para adherirse al tratamiento.

El acceso a la TAR también debe complementarse con orientación acerca del tratamiento para que la persona se empodere y decida cuándo y cómo acceder a éste y la manera para manejar los efectos secundarios. La TAR no es el único tratamiento que necesitan quienes viven con VIH. La tuberculosis (TB), por ejemplo, sigue siendo una de las razones principales de muerte, por lo que su diagnóstico y tratamiento deben ser proporcionados. Existen diversas infecciones oportu-

nistas que también es preciso sean diagnosticadas y tratadas. En el caso de las personas usuarias de drogas inyectables las barreras legales para proporcionar terapia de sustitución deben ser superadas. Por último, la TAR trae consigo efectos secundarios que necesitan ser manejados y atendidos.

La promoción y el acceso a la salud para personas con VIH deben ser de calidad y sostenible. Es importante que se tomen decisiones que garanticen que el otorgamiento de la TAR sea sustentable, que los antirretrovirales cuenten con los más altos estándares de calidad y que el abasto de medicamentos sea manejado eficientemente y siempre haya disponibilidad. Los sistemas de provisión y distribución de la TAR deben ser eficientes y efectivos.

El enfoque SDPP rechaza la noción de que las personas que viven con VIH son las únicas responsables de la salud de las personas con las que interactúan; reconoce y aborda el estigma relacionado con el virus y otros determinantes sociales de salud que impactan la vulnerabilidad de quienes tienen dicha enfermedad.

Se debe contar con una política nacional que permita obtener los mejores costos de los medicamentos para garantizar el acceso a largo plazo. Abordar las violaciones a los derechos humanos en cuanto al acceso a los servicios, las oportunidades continuas de capacitación para proveedores de la salud y reducir el estigma son factores que deben estar presentes en todas las directrices nacionales.

4) Derechos humanos

El estigma, la discriminación y las violaciones a otros derechos humanos de las personas con VIH han sido barreras significativas en el acceso universal al tratamiento, la prevención, los cuidados y el apoyo. El enfoque SDPP requiere de acciones específicas para el respeto y promoción de los derechos. Las acciones para el componente del enfoque de derechos humanos están basadas en

las experiencias de violaciones a los derechos, debido a la superposición de los factores desencadenantes como la desigualdad de género, la criminalización del uso de drogas, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual y la imposibilidad para acceder a servicios tales como la terapia de sustitución.

Las reformas legislativas y políticas –y su respectiva aplicación– deben garantizar la protección a los derechos humanos de las personas con VIH. La criminalización de la transmisión intencional y dolosa de este virus plantea una situación compleja. Más aun, las leyes que criminalizan la exposición y transmisión van en contra de la responsabilidad compartida y del autoempoderamiento para la propia salud.

Si bien en México no se conocen casos de personas procesadas legalmente por transmitir el VIH de manera intencional o dolosa, en muchos de los códigos penales estatales existen artículos que penalizan la transmisión de enfermedades graves. Las leyes que restringen a las personas con VIH la posibilidad de viajar, o de tener residencia y estancia debido a su enfermedad también son violatorias de los derechos humanos.

El acceso al tratamiento, prevención, cuidados y apoyo a las personas con VIH debe ser un derecho humano universal.

Asimismo, es un derecho de quienes viven con VIH el mantener su estatus como confidencial, o de hacer la revelación de éste con quienes deseen compartirlo, así como el lugar y la forma para hacerlo.

Hay quienes piensan que un derecho de las personas que no tienen VIH es conocer el estatus de VIH de su o sus parejas sexuales, por considerarlo como una medida para frenar la epidemia. Esta afirmación es equivocada pues, por el contrario, lo que provoca es un mayor temor a practicarse la prueba, derivando en el ocultamiento y, por lo tanto, en un mayor riesgo de transmisión.

El cambio social debe estar apoyado en el empoderamiento de las personas que viven con VIH para que conozcan sus derechos y sean capaces de confrontar el estigma y la discriminación que surjan en sus comunidades, y también exigir la debida reparación del daño en caso de violaciones a sus derechos humanos en el lugar de trabajo, instituciones educativas, comunidades y servicios de salud.

Las violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH deben ser monitoreadas y abordadas apropiadamente por medio de mecanismos de corrección a través de la recopilación de evidencias y de investigaciones sobre acciones comunitarias participativas.

5) Prevención de nuevas infecciones

El trabajo en *prevención positiva*, *prevención con positivos* o *prevención secundaria* se enfoca principalmente en prevenir que surjan nuevas infecciones de VIH a través del involucramiento de las personas con dicho virus para evitar la transmisión de éste a sus parejas sexuales, a menudo de manera aislada o en ausencia de otros esfuerzos

La salud sexual y los derechos reproductivos deben ser reconocidos y ejercidos por todas las personas, sin importar el estatus de VIH, por ello deben crearse las condiciones para que quienes viven con el virus y sus parejas sean libres de tomar decisiones informadas sobre sexualidad y planificación familiar.



Fotografía: Alejandro Cuevas/CDHDF.

de prevención que promuevan la responsabilidad compartida de la transmisión y exposición.

La prevención de nuevas infecciones dentro del enfoque proporciona un acercamiento más holístico, pues articula necesidades más amplias de prevención de las personas que viven con VIH: apoyar a parejas serodiscordantes;¹ prevenir dentro del contexto del tratamiento y en el marco de las leyes que penalizan la transmisión del VIH (específicamente en el contexto de enfermedades graves transmisibles), educar sobre prevención no sólo a la población VIH negativa, y ofrecer acceso a tecnologías de prevención y al tratamiento. En otras palabras, en el enfoque la prevención de nuevas infecciones comienza con una perspectiva de bienestar de las personas con VIH donde la prevención de nuevas infecciones es sólo una de las metas y no la única meta y punto de partida.

6) Salud sexual y derechos reproductivos

La salud sexual y derechos reproductivos deben ser reconocidos y ejercidos por todas las personas, sin importar el estatus de VIH. Después del diagnóstico las personas con VIH siguen teniendo las mismas necesidades y deseos de intimidad, actividad sexual, de relacionarse con su familia y su comunidad. El enfoque busca crear las condiciones para que las personas con VIH y sus parejas sean libres de tomar decisiones informadas sobre cómo ser sexualmente activas, satisfacer sus deseos sexuales, y qué hacer si desean o no concebir y disfrutar de una familia.

7) El apoyo social y económico

Para las personas con VIH el aspecto del apoyo social y económico dentro del enfoque es quizás lo más difícil de abordar, pues se requiere de políticas de colaboración de los sistemas nacionales económicos, sociales y de protección más amplios, pone a prueba las fortalezas y capacidades de los sistemas encargados de proporcionar seguridad, ya sea social, en salud, alimentos o empleo.

A pesar de ello, es quizás el componente del enfoque de Salud, dignidad y prevención positivas que crea el enlace más directo para garantizar que las personas con VIH sean capaces de participar total y significativamente en el empoderamiento económico y social de sus comunidades. Hasta hoy, la protección social para quienes

viven con VIH se ha limitado a transferencias de dinero en efectivo y apoyo a sus hogares para garantizar el acceso a la educación de los niños que dependen de ellas.

Ante dicho escenario, el apoyo para personas con VIH es difícil de alcanzar. Es necesario que quienes estén afectados por este virus y que sean cabeza de familia estén conscientes de la importancia de este enfoque. El apoyo para las personas que tienen VIH también debe surgir de sus familias y comunidades, así como de las personas que les proporcionan cuidados.

Conclusión

Finalmente, es importante destacar que para lograr que el enfoque de Salud, dignidad y prevención positivas sea puesto en marcha, los grupos de personas que viven con VIH, las organizaciones que les brindan servicios y las áreas de salud gubernamentales en todos sus niveles deben conocer esta nueva óptica y reconocer la importancia de poder integrar sus componentes en los servicios que ofrecen a las personas con VIH.

México es pionero en el abordaje de este nuevo enfoque, por lo que como país tenemos la gran oportunidad de poder comenzar a difundirlo para alcanzar mejoras en la calidad de vida de las personas con VIH, la defensa de sus derechos, garantizar su acceso universal a los servicios de salud y lograr disminuir nuevas infecciones por dicho virus.

Bibliografía

Global Network of People Living with HIV/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Positive Health, Dignity and Prevention, a Policy Framework*, GNP+/UNAIDS, January, 2011.

_____, *Positive Health, Dignity and Prevention: Operational Guidelines*, GNP+/UNAIDS, December, 2013.

NOTA

- 1 N. del E.: Las parejas serodiscordantes son aquellas en las cuales sus miembros presentan diferente estado serológico con respecto al VIH/sida, es decir, uno es seropositivo y el otro es seronegativo.





Panorama mundial de la epidemia del VIH*

*Síntesis del Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida/2012. Resultados, elaborada por Elia Almanza Amaro y Karen Trejo Flores, colaboradoras de Dfensor.

En los últimos 10 años el panorama de las epidemias nacionales del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha presentado una variación drástica y favorable en la mayoría de los países, en particular en África subsahariana. Las naciones están logrando avances históricos para poner fin a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), muestra de ello es que en 2011 se registraron en el mundo 700 000 casos menos de nuevas infecciones por VIH que en 2001, de acuerdo con el *Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida/2012*.¹

Los datos más recientes indican en dicho informe que se ha logrado una reducción de 50% en la tasa de nuevas infecciones por el VIH (incidencia del virus) en 25 países de ingresos bajos y medianos entre el periodo 2001-2011. Más de la mitad de esas naciones se encuentran en África subsahariana, donde se registra la mayoría de las nuevas infecciones por VIH. En otros nueve países la tasa de nuevas infecciones por este virus disminuyó de forma considerable, por lo menos un tercio entre 2001 y 2011.

Las disminuciones nacionales en la incidencia del VIH en grupos de población demuestran que las inversiones sostenidas y un mayor liderazgo político para la respuesta al sida están dando sus frutos. En particular, países con una ampliación concurrente de los programas de prevención y tratamiento del VIH están mostrando un descenso a niveles sin precedentes de las nuevas infecciones por este virus.

La prevención induce al cambio de comportamiento y el tratamiento disminuye la carga vírica de una persona, así ambos reducen la posibilidad

de transmisión del VIH. La desaceleración histórica indica que los programas de prevención y tratamiento del virus están llegando con éxito a las personas que los necesitan.

En África meridional donde la mayoría de los países tienen grandes poblaciones que viven con VIH o una alta prevalencia del virus, el número de personas que lo contrae ha registrado una marcada disminución. En Malawi, entre 2001 y 2011, la tasa de nuevas infecciones por VIH bajó 73%; en Botswana, 71%; en Namibia, 68%; en Zambia, 58%; y en Zimbabwe, 50%. En Sudáfrica, país que registra el mayor número de infecciones por el VIH, éstas se redujeron en 41%. En Swazilandia, donde se observa la prevalencia del VIH más alta del mundo, las nuevas infecciones disminuyeron 37 por ciento.

En África occidental y central, Ghana encabezó la lista con una reducción de 66%, seguida por Burkina Faso con 60% y Djibouti con 58%. La República Centroafricana, Gabón, Rwanda y Togo lograron considerables descensos que superaron 50%. Otros países que registraron importantes



Fotografía: ONUSIDA Latina.

disminuciones en la región son Burundi, Camerún, Malí y Sierra Leona, en los que la baja fue superior a un tercio. Etiopía logró una reducción de 90% en la tasa de nuevas infecciones por el VIH en la última década. Pese a la disminución de 25% en África subsahariana, en 2011 la región concentró 72% del total de las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial.

La región que presentó los descensos más marcados en el número de nuevas infecciones por el VIH es el Caribe, donde se registró una merma de más de 42%. En Surinam la tasa de nuevas infecciones por el VIH disminuyó 86% y en la República Dominicana, 73%. Se observó un descenso de más de 50% en Bahamas, Barbados, Belice y Haití. En Jamaica y Trinidad y Tobago las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron más de un tercio. Al respecto, en América Latina el número de éstas se ha mantenido estable.

En Asia y Oceanía, Nepal redujo drásticamente las nuevas infecciones por el VIH en 91% y Camboya, 88%. Cuatro países que concentran un elevado número de personas que viven con el VIH en la región –India, Myanmar, Papua Nueva Guinea y Tailandia– redujeron las nuevas infecciones por VIH en más de 50%. En Malasia, las nuevas infecciones descendieron 34%. Sin embargo, la epidemia creció de modo considerable en Bangladesh, Indonesia, Filipinas y Sri Lanka.

A pesar de las noticias alentadoras, las epidemias nacionales siguen extendiéndose en muchas regiones del mundo. Estos países tienen la oportunidad de redoblar la energía y atención.

En Oriente Medio y el norte de África, el número de personas que se infectaron por el VIH aumentó 35% entre 2001 y 2011, y la tasa de nuevas infecciones por dicho virus sigue creciendo en Europa oriental y Asia central. En Georgia, Kazajstán, Kirguistán y la República de Moldavia la tasa de nuevas infecciones por VIH aumentó más de 25%. En la Federación de Rusia la cifra anual de nuevas infecciones se ha elevado drásticamente en los últimos años, según lo indica un incremento en los casos notificados de nuevos diagnósticos del VIH, de menos de 40 000 en 2006 a más de 60 000 en 2011.

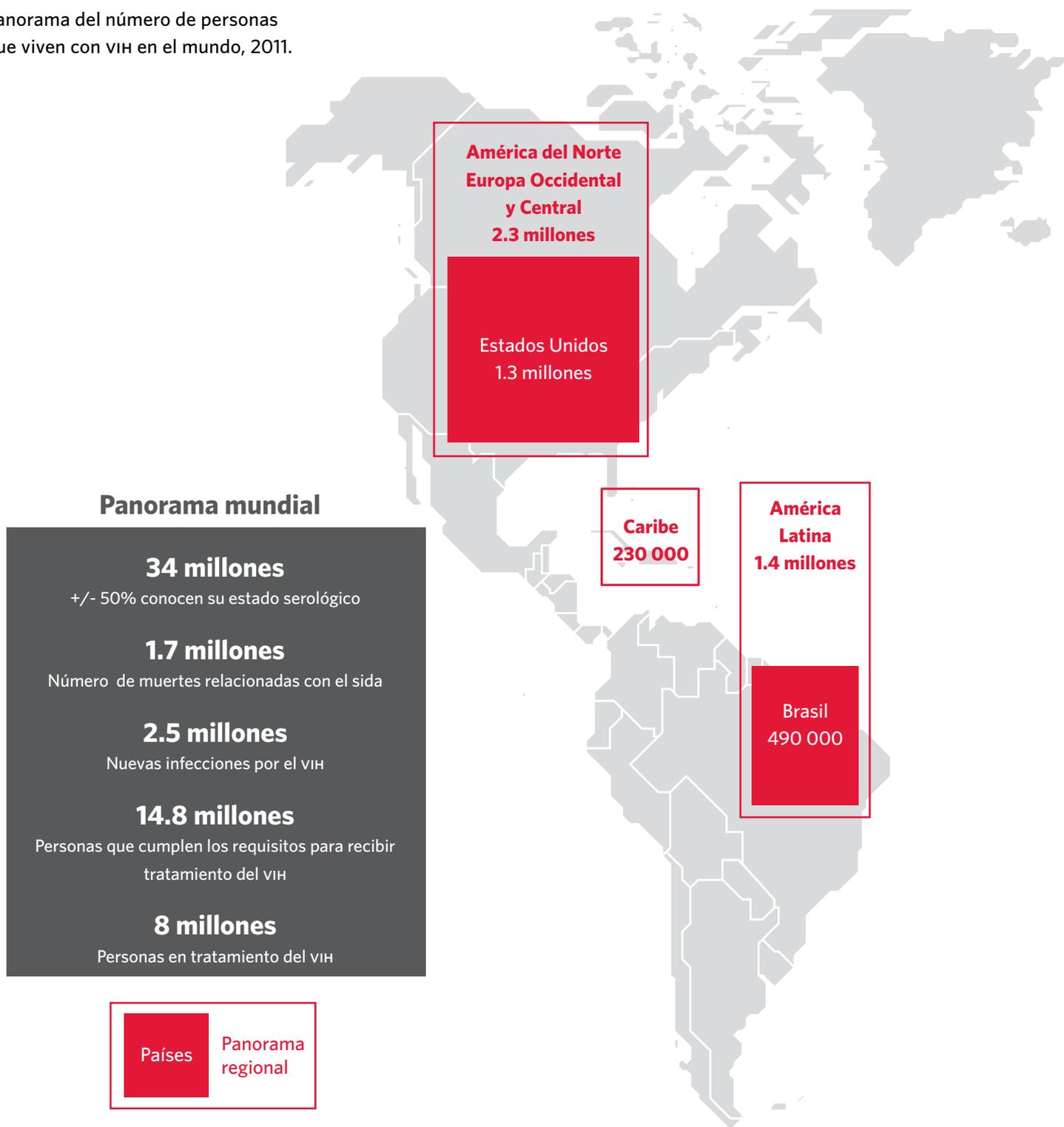
El camino a recorrer desde las 2.5 millones de nuevas infecciones por el VIH –la cifra registrada en 2011– hasta llegar a cero nuevas infecciones por dicho virus es largo, y se requiere un esfuerzo considerable para acelerar los nuevos programas de prevención en torno a éste. Sin embargo, las tendencias nacionales positivas en su mayoría indican de forma convincente que, con programas ampliados y sostenidos de prevención y tratamiento del VIH, que estén fundamentados en pruebas y lleguen a las personas en mayor situación de riesgo y necesidad, es posible lograr rápidas disminuciones.

NOTA

- 1 Para conocer el documento completo véase ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida/2012. Resultados*, ONUSIDA, Ginebra, 2012, disponible en <<http://bit.ly/1lNe488>>, página consultada el 15 de enero de 2014.

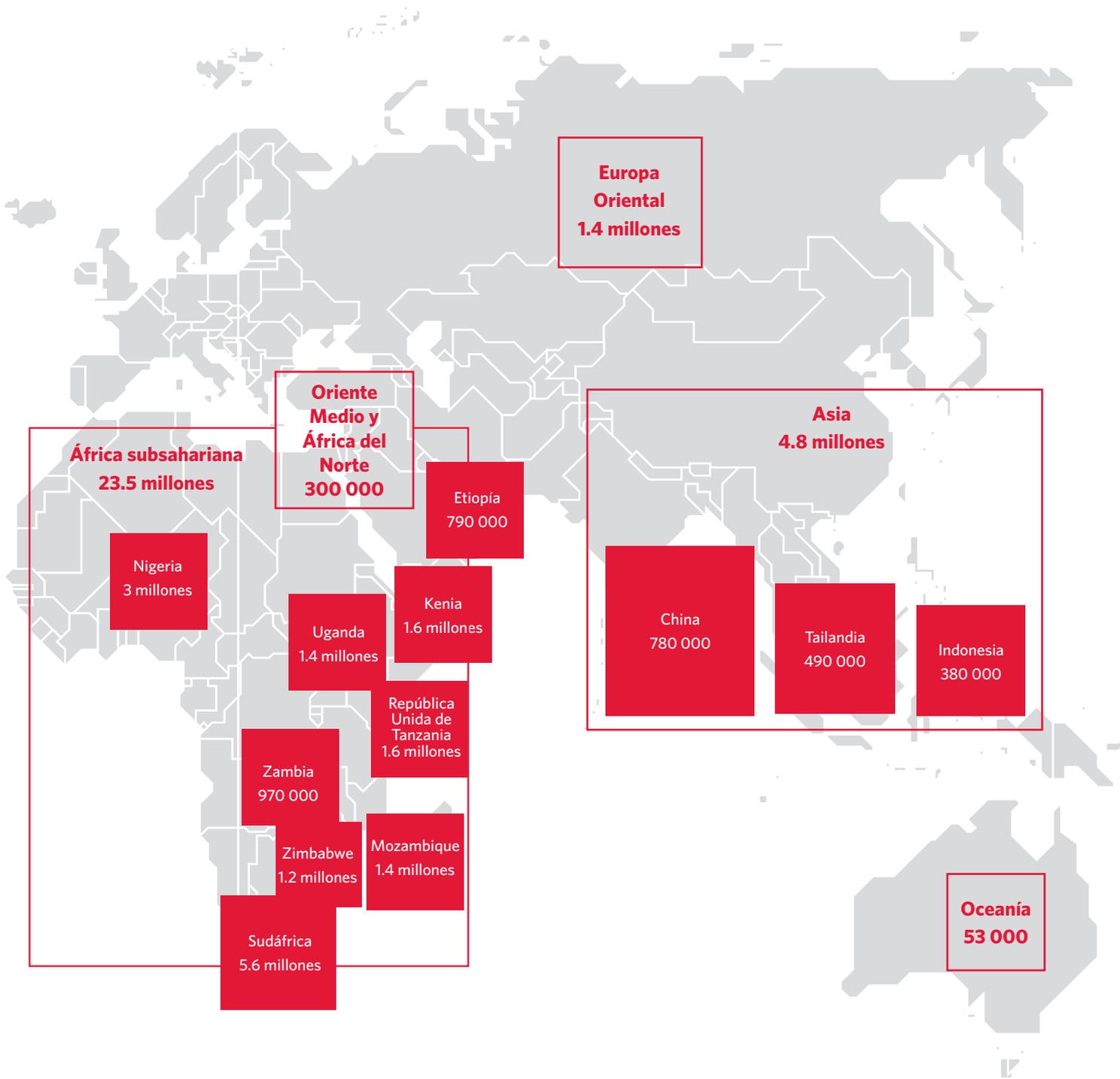
Reseña*

Panorama del número de personas que viven con VIH en el mundo, 2011.



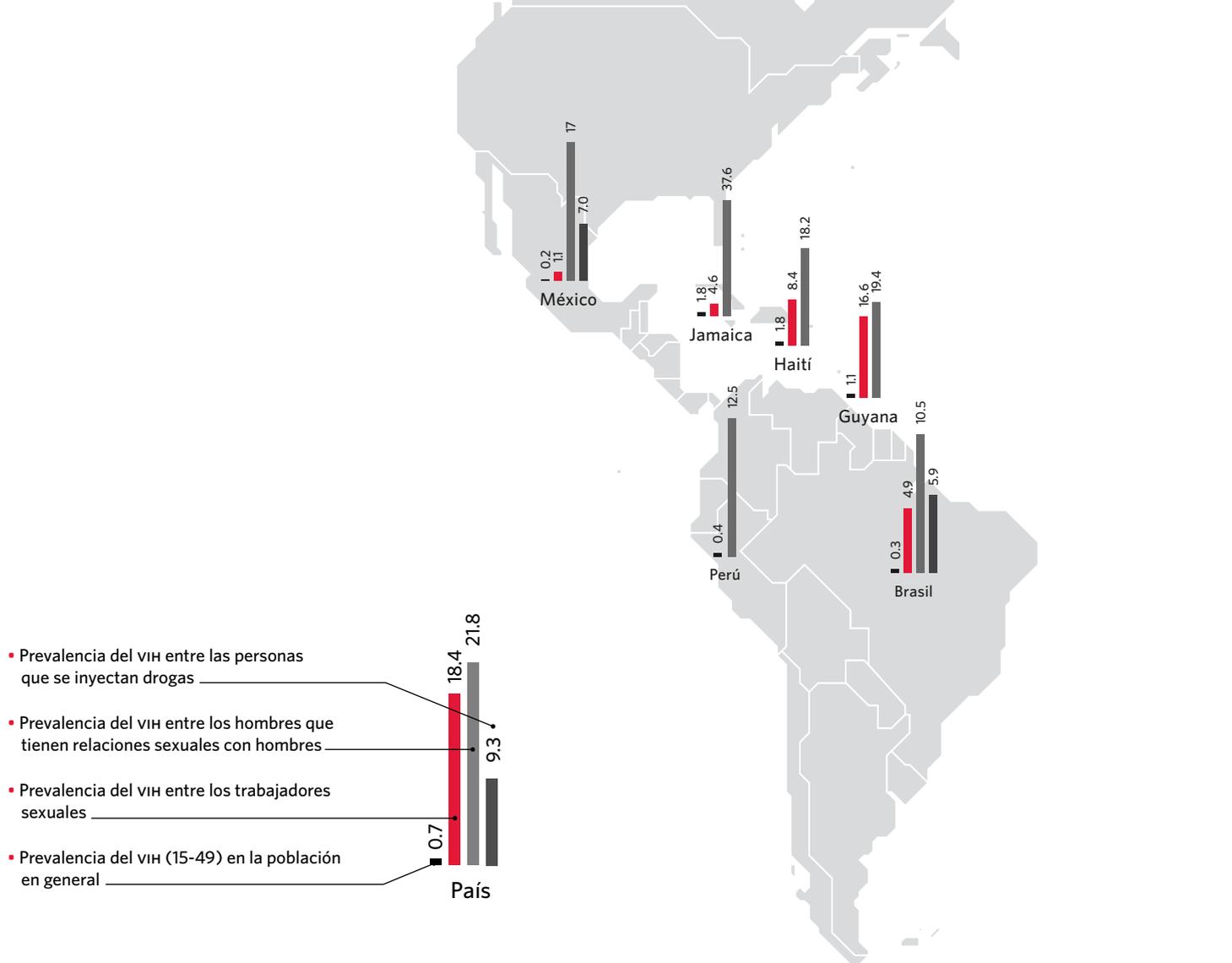
*Fuente: Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida/2012. Resultados, disponible en <<http://bit.ly/1INe488>>.

Infografía: Leonardo Vázquez Conde.



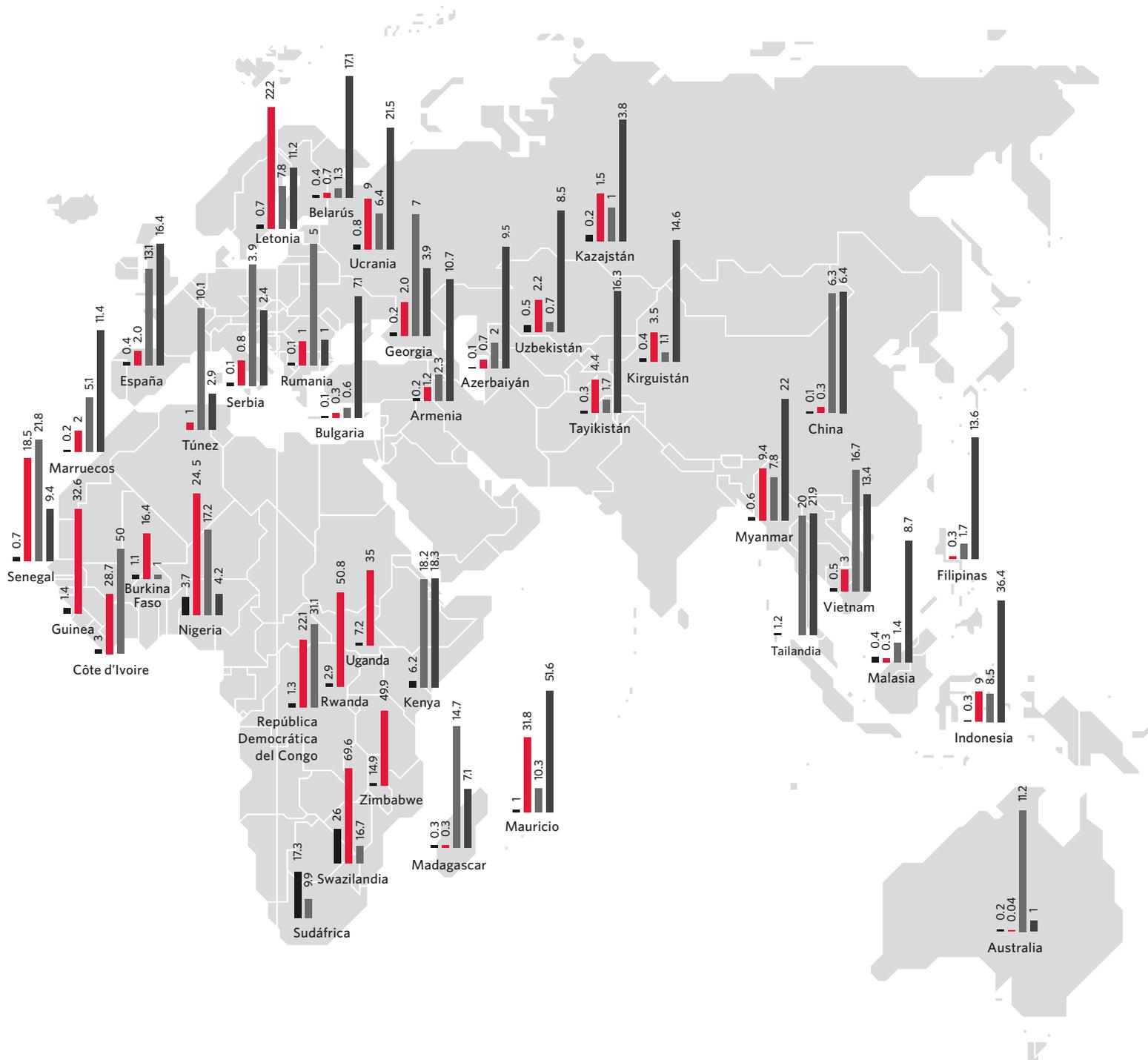
Prevalencia del VIH en adultos y poblaciones clave*

El VIH afecta de forma desproporcionada a los trabajadores sexuales, a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y a las personas que se inyectan drogas en todo el mundo.



*Fuente: Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida/2012. Resultados, disponible en <<http://bit.ly/1INe488>>.

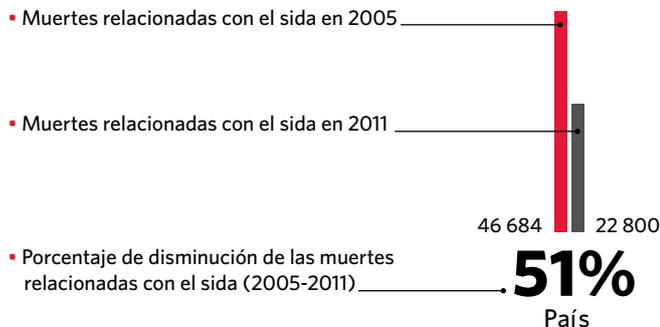
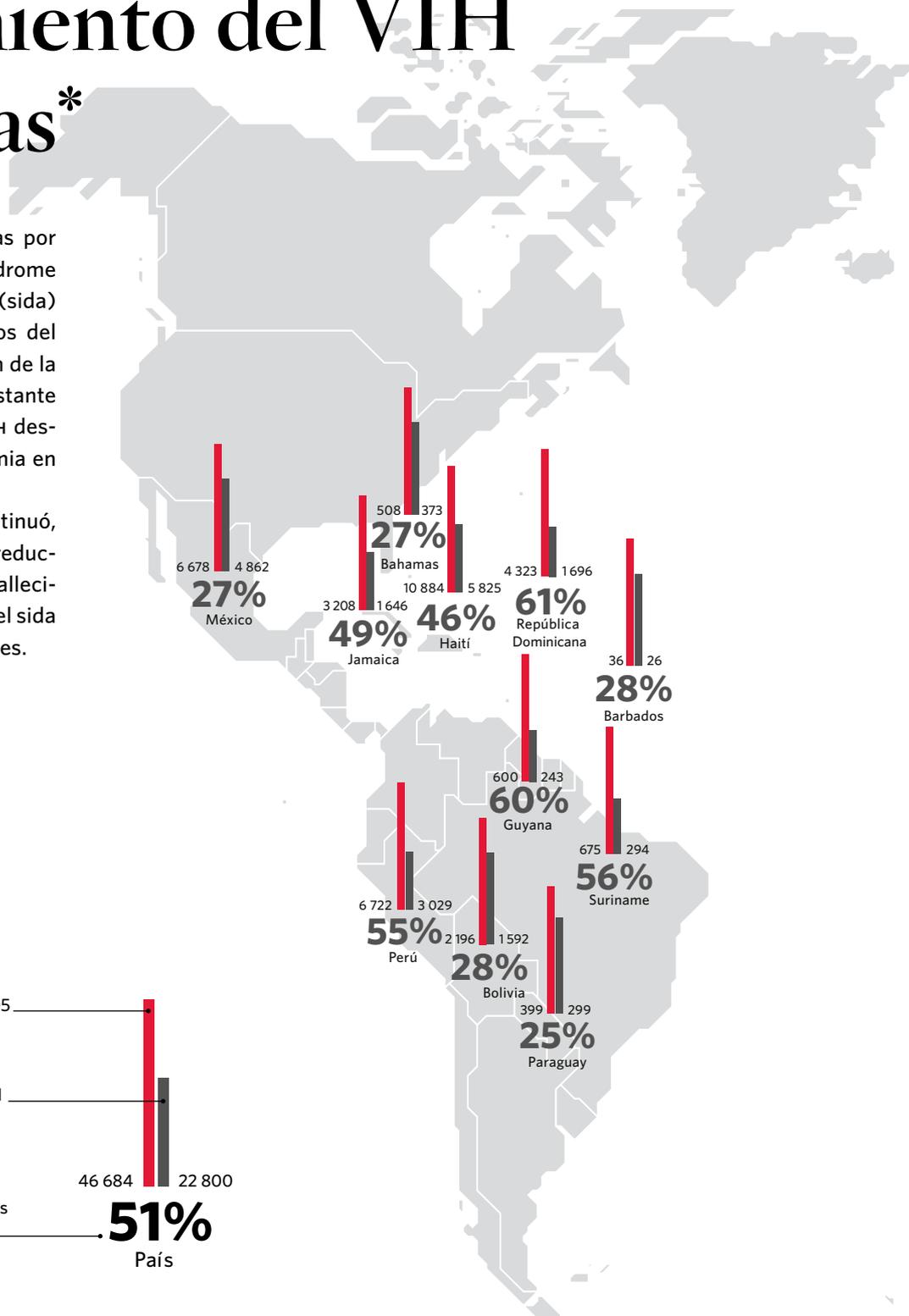
Infografía: Leonardo Vázquez Conde.



Mostrar resultados: el tratamiento del VIH salva vidas*

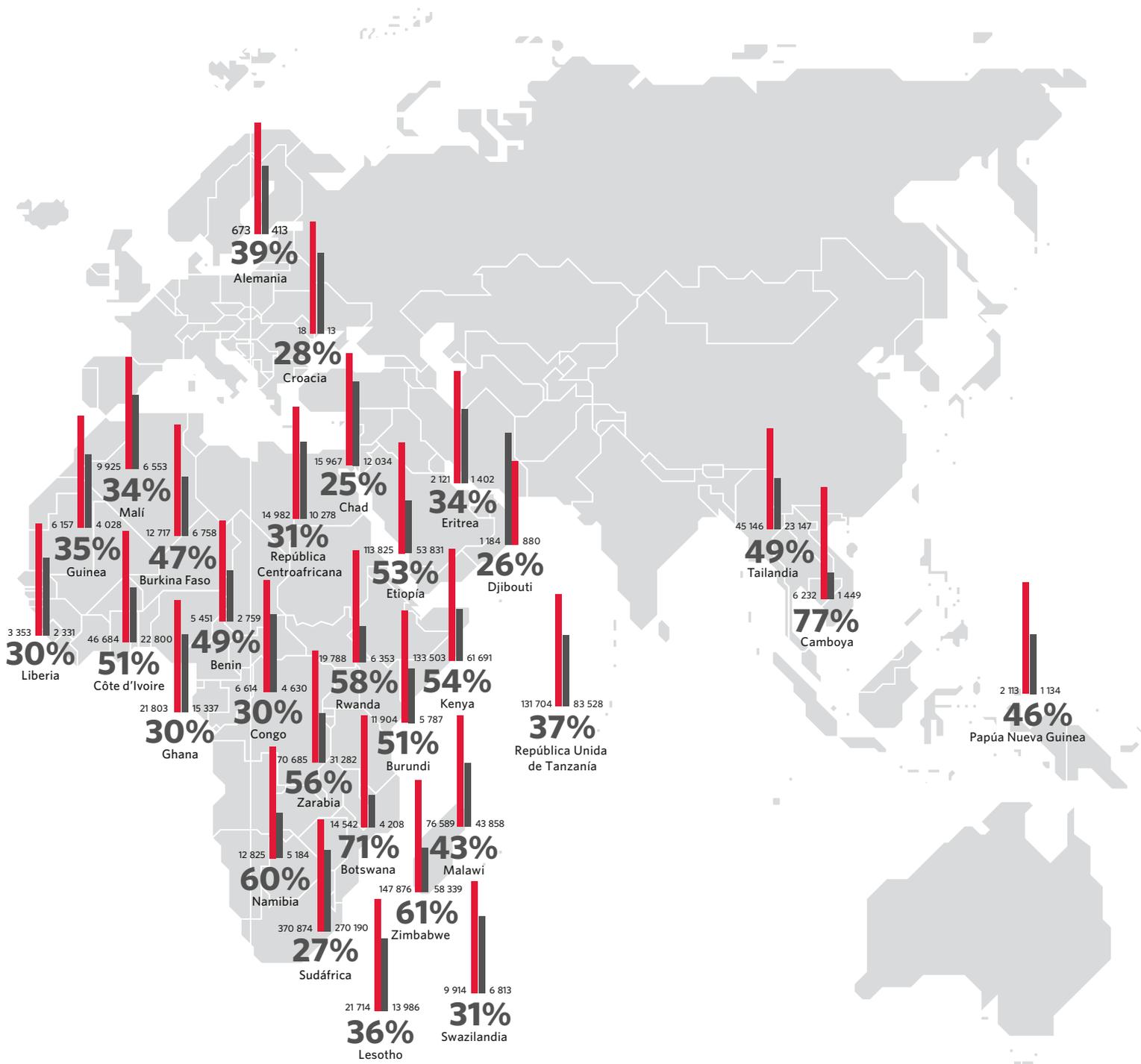
El número de personas fallecidas por causas relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) comenzó a disminuir a mediados del año 2000 gracias a la ampliación de la terapia antirretrovírica y al constante descenso en la incidencia del VIH desde el punto máximo de la epidemia en 1997.

En 2011 esta disminución continuó, y las pruebas mostraron que la reducción en el número de personas fallecidas por causas relacionadas con el sida se está acelerando en varios países.



*Fuente: Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida/2012. Resultados, disponible en <<http://bit.ly/1INe488>>.

Infografía: Leonardo Vázquez Conde.



La epidemia del VIH en México*

*Síntesis del Informe nacional de avances en la lucha contra el sida, México 2012, elaborada por Elia Almanza Amaro y Karen Trejo Flores, colaboradoras de Dfensor.

En el informe más reciente de la Secretaría de Salud (SSA) y del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (Censida) se muestra un panorama general de los avances en la respuesta de México a la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), conforme a los compromisos internacionales adoptados por el país en la Declaración Política sobre el VIH y el Sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida, aprobada por los Estados miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de junio de 2011. A continuación se presenta una síntesis.¹

Situación nacional de la epidemia del VIH

La epidemia del VIH en México se clasifica como *concentrada* debido a que no se ha establecido en la población en general; pero se mantiene en grupos clave como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas que usan drogas inyectables (UDI); así como hombres trabajadores sexuales (HTS) y en menor medida en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) y personas privadas de la libertad (PPL).

El modelo Spectrum 4.47 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) estimó que en 2011 la prevalencia de infección por el VIH en la población adulta de 15 a 49 años de edad estaba entre 0.24-0.30%, considerando el límite superior del análisis de plausibilidad que ofrece el modelo, siendo 0.24% el estimador puntual.² La tendencia de este indicador muestra que la prevalencia ha disminuido durante los últimos años.³ Según este modelo, para 2011 vivían en el país entre 169 443 y 213 363, según el límite superior del análisis de

plausibilidad, en donde el estimador puntual son 169 443 adultos y niños.

En las poblaciones clave la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido históricamente por encima de 5% en HSH, UDI y HTS. Para 2011, datos observacionales indican que la prevalencia de VIH en los HSH era de 16.99%, en los HTS de 18.24%, en los UDI de 7.0% y en las MTS de 0.63 por ciento.

Distribución por género y edad

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país y hasta el 31 de diciembre del 2011 se han contabilizado en el Registro Nacional de Casos de Sida un total de 153 109 casos acumulados de sida, de los cuales 82% son hombres y 18% son mujeres, es decir, existe una razón hombre/mujer de 4.6 hombres con sida por una mujer con sida. Si consideramos el posible factor de subregistro, especialmente en los últimos cinco años; y que puede estar más acentuado en los últimos tres, podríamos decir que durante los últimos nueve años la

razón hombre/mujer se ha mantenido alrededor de cuatro hombres con sida por una mujer con sida por cada año.

Con respecto a la edad, el grupo de 30-34 años es el que tiene mayor porcentaje de casos de sida (19.8%), seguido del grupo de 25-29 años de edad (18.2%). En tercer lugar de importancia aparece el grupo 35-39 años de edad con 16.4% de los casos de sida diagnosticados.

La tendencia histórica de la epidemia muestra que desde 1997 la proporción de casos de sida se ha mantenido similar entre los grupos de personas menores de 15 años de edad, de 15 a 24 años, de 35 a 49 años; y mayores de 50 años, siendo las poblaciones comprendidas entre los 25 y los 49 años de edad las más afectadas.

Vías de transmisión

La epidemia del VIH en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más de 90% de los casos acumulados de sida. De manera particular, la epidemia en varones adultos (de 15 y más años de edad) está fundamentalmente asociada a la transmisión sexual, ya sea en varones homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

Si analizamos los casos de sida en hombres, en los primeros años de la epidemia los casos en homosexuales y bisexuales llegaron a representar

más de 90% del total de casos, a finales de la década actual continúan representando alrededor de 50%. Esto sin considerar que en este análisis se excluyeron los casos de sida en donde la categoría de transmisión es *desconocida*, por lo que ese porcentaje podría estar subestimado (en uno de cada tres casos no se registró la categoría de transmisión). También resulta importante resaltar la desaparición de los casos de sida asociados a la transfusión sanguínea. Cabe precisar que aunque el sector poblacional de los UDI reporta prevalencias de VIH mayores a 5%, los casos de sida en esta población representan bajo porcentaje del total de los casos de sida en el país. Los casos de transmisión vertical también representan un muy bajo porcentaje.

La epidemia del sida en mujeres adultas (de 15 y más años de edad), también es dominada por la transmisión sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa casi 98% del total de casos registrados en 2011, aunque cabe destacar que muchos hombres que tienen sexo con otros hombres no se asumen como HSH y que sus parejas sexuales femeninas desconocen este comportamiento de su pareja masculina, en tanto que los casos de sida perinatales y en usuarias de drogas inyectadas ocupan el porcentaje restante.

Al igual que la epidemia en varones, los casos de sida en mujeres asociados a la transfusión



sanguínea –que llegaron a representar más de 80% de los casos al inicio de la epidemia– también han desaparecido como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir, así como por la prohibición de la comercialización de ésta, aplicada en nuestro país exitosamente en los primeros años de la epidemia.

Mortalidad

Cabe precisar que durante los últimos años, los esfuerzos de México en materia de acceso universal al tratamiento antirretroviral y de atención integral, combinados con estrategias preventivas y del combate al estigma, la discriminación y la homofobia, han comenzado a rendir frutos, lo cual se manifiesta en la reducción de la mortalidad asociada al sida en el país en 7.8% de 2008 a 2010, pasando de una tasa de 4.9 muertes por cada 100 mil a 4.5 defunciones por cada 100 mil.

La respuesta política y programática al VIH en México

Los primeros casos de sida que se reportaron en México fueron en 1983, año en que se conocía poco de la infección y todavía no existían manuales estandarizados para apoyar la identificación de los casos.⁴ Tras más de 30 años desde el inicio de la epidemia en nuestro país, los factores que se asociaban a ésta han evolucionado, así como las políticas y acciones para responder a la misma con base en el contexto epidemiológico y social.

Las aportaciones del sector gubernamental, en sinergia con las acciones de la sociedad civil organizada, han permitido ir consolidando la estructura y los ejes de operación claves en la respuesta al VIH en nuestro país. Cabe recordar que en 1986 se instituyó el Comité Nacional para la Prevención del Sida; y dos años después se convirtió en el Consejo Nacional, con participa-



Fotografía: Archivo CDHDF.



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

Desde el inicio de la epidemia en México hasta el 31 de diciembre de 2011 se han contabilizado en el Registro Nacional de Casos de Sida un total de 153 109 casos acumulados de sida, de los cuales 82% son hombres y 18% son mujeres, es decir, existe una razón hombre/mujer de 4.6 hombres con sida por una mujer con sida.

ción multisectorial. Así, en diciembre de 2011 se cumplieron 23 años de la puesta en marcha del entonces Conasida –hoy denominado Censida– tiempo en el cual se ha consolidado una respuesta amplia y transversal a la epidemia en México.

Por otra parte, el proceso de descentralización de los servicios de salud trajo consigo un reto mayor: los programas para la prevención y el control del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) de la Secretaría de Salud recayeron bajo la responsabilidad de cada una de las 32 entidades federativas.⁵

Los resultados de las continuas acciones desarrolladas hasta nuestros días han propiciado una cierta estabilidad en el curso de la epidemia. En materia de prevención, las primeras acciones que resultaron en la contención de la epidemia se dirigieron al control de la transmisión por transfusión sanguínea y a la prevención en mujeres trabajadoras sexuales. Paulatinamente y ante las evidencias de la concentración de la infección en hombres que tienen sexo con hombres, así como en el importante crecimiento de casos de la epidemia en usuarios de drogas inyectables, se reformuló la estrategia para alcanzar a estos grupos con el objetivo de focalizar la prevención en poblaciones clave.

En materia de atención, cabe destacar que a finales de 2003 México alcanzó el acceso universal a tratamiento ARV a través de ofrecer tratamiento antirretroviral gratuito para las personas sin seguridad social que lo requieren a través del Fideicomiso de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular. Esta política comenzó a demostrar éxito ya que desde 2009, se nota el

impacto del acceso universal en la reducción de la mortalidad general por sida.

En el marco del Programa Nacional de Salud 1997-2001 se elaboró el primer modelo para la atención médica de pacientes con VIH/sida conocido como Servicio Especializado para la Atención del Sida –hoy Servicios de Atención Integral–, que consistía en la integración de un equipo de salud multidisciplinario cuyo objetivo era proporcionar atención ambulatoria e integral en los hospitales ya existentes en cada entidad federativa y pertenecientes a la Secretaría de Salud.

En 2003, dentro del Plan Maestro de Infraestructura de la Secretaría de Salud se incluyó en el proyecto Unidades de Especialidades Médicas (Unemes) la construcción de 56 centros ambulatorios con la finalidad de atender y prevenir el sida y las ITS, ampliar el acceso a la atención integral –incluyendo el tratamiento con antirretrovirales–, y realizar la prevención y la detección oportuna del VIH e ITS en la población que carece de seguridad social.

Su creación tuvo como propósito garantizar un trato adecuado, abatir las desigualdades en la atención médica y mejorar las condiciones de salud de las personas que viven con VIH/sida. Estas acciones formaron parte de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 que continúan en la presente administración.⁶

Además, a partir de 2009 se incluyó, de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH/sida, la determinación cuatrimestral de la carga viral y linfocitos CD4, así como la prueba de genotipo en caso necesario, en el protocolo de atención fi-

Al igual que en los hombres, la epidemia del sida en mujeres adultas de 15 y más años de edad también es dominada por la transmisión sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa casi 98% del total de casos registrados en 2011. Cabe destacar que muchos hombres que tienen sexo con otros hombres no se asumen como HSH frente a sus parejas sexuales femeninas.

nanciado por el Fondo de Gastos Catastróficos. Con ello, se logrará tener un mejor control de la eficacia del tratamiento antirretroviral y detectar oportunamente las necesidades de cambios.

Desde el Censida, y con colaboración de otras dependencias como el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR), entre otros, también se ha trabajado en diversas temáticas por demás trascendentes como la defensa de los derechos humanos, acciones para disminuir el estigma y la discriminación, planes con enfoque de género y apoyo a grupos de autoayuda. Dos avances sustanciales han sido el reconocimiento a las organizaciones de la sociedad civil (osc) por parte de las autoridades de salud, y la incorporación de su fortalecimiento en procesos de desarrollo institucional; así como el financiamiento a proyectos de prevención por parte del gobierno federal, a través del Censida, operados por las osc desde 2006 a la fecha.

En el área de monitoreo y evaluación se han realizado enormes esfuerzos para mejorar los sistemas de registro epidemiológico, también se ha ejecutado un importante número de estudios que abarcaron gran cantidad de puntos geográficos en el territorio nacional y un relevante número de poblaciones clave, sin descuidar la vigilan-

cia centinela que se nutre con las personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba de VIH. El análisis de la información obtenida recientemente y su comparación con la del pasado han permitido el hallazgo de los nuevos rastros que ha dejado la epidemia mexicana a su paso.

NOTAS

- 1 Para conocer el documento completo véase *Informe nacional de avances en la lucha contra el sida, México 2012*, México, Secretaría de Salud/Censida, 2012, documento disponible en <<http://bit.ly/1dtuDow>>, página consultada el 3 de enero de 2014.
- 2 N. del E.: "Un estimador es una regla que indica cómo calcular el valor de una estimación con base en mediciones que contiene una muestra. Si con la medición se calcula el valor del parámetro de la población se dice que esta es una estimación puntual." Roselin Santamaría.
- 3 Censida/ONUSIDA, 2011 *Estimación de VIH/Sida con Spectrum 4.47*, México, Censida/ONUSIDA, 2011.
- 4 Samuel Ponce de León *et al.*, "Los primeros cinco años de la epidemia de Sida en México: experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán", en *Los primeros cinco años de la epidemia de sida en México*, vol. 30, núm. 4, Salud Pública de México, 1998, pp. 544-554.
- 5 Censida, *Programa de Acción VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2001-2006*, México, Censida, 2002.
- 6 N. del E. Para actualizar esta información cabe destacar que en febrero de 2013, a inicios de la administración de Enrique Peña Nieto, integrantes de la academia y de las organizaciones de la sociedad civil le presentaron una nueva estrategia contra el VIH/sida en México, en la cual se establecen 15 puntos para actualizar la normatividad y las guías nacionales, de acuerdo con la nueva evidencia científica; incrementar la cobertura del tratamiento antirretroviral e iniciarlos de manera temprana; aumentar la cobertura de detección de VIH e ITS en los servicios de salud y en el ámbito comunitario, entre otras.

La sensibilización sobre el VIH a las y los adolescentes privados de su libertad

DANIEL SERRANO DE REJIL*

*Es director general de Interculturalidad, Salud y Derechos, A. C., (Insade), y vocal suplente en el Consejo Nacional para Prevención y Control del Sida (Conasida).

En el país hay cada año un promedio de casi 10 mil nuevos casos de personas con VIH. Una tercera parte de éstos afecta principalmente a hombres y mujeres de entre 15 y 29 años de edad, y la ciudad de México concentra a la mayoría. ¿Qué se está haciendo para atender esta situación? En este artículo se refiere una experiencia que combina esfuerzos particulares y gubernamentales en favor de la prevención del VIH a través de una estrategia de sensibilización sobre temas relacionados con la no discriminación y los derechos sexuales y reproductivos, la que se enfoca hacia un sector altamente vulnerable: las juventudes privadas de su libertad.

En el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida celebrada en la ciudad de México en 2008, ministros de Educación y Salud de 30 países de América Latina y del Caribe –incluido nuestro país–, firmaron la Declaración Ministerial “Prevenir con educación”, la cual busca dar respuesta a esta pandemia entre jóvenes y adolescentes de la región. Dicho compromiso del gobierno mexicano no abrió las puertas desde la sociedad civil para usar esta declaración como una herramienta de exigibilidad para fortalecer la respuesta nacional al VIH y al sida.

Y es que las cifras hablan por sí solas. A nivel internacional “de las seis mil personas que se infectan cada día, 40% son jóvenes de entre 15 y 24 años de edad”.¹ Hablando de cifras nacionales, nos encontramos que se reportan 166 370 casos acumulados de 1983 a 2013, donde 82.1% son hombres (136 570 casos) y 17.9% mujeres (29 800).²

En México existe “un promedio de 9 900 casos nuevos anuales, de los cuales 30% corresponde a la población joven de entre 15 y 29 años de edad”.³ El Distrito Federal ocupa el primer lugar en el número de casos, le siguen el Estado de México, Veracruz y Jalisco.



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

Hablar de VIH no es fácil porque implica referir comportamientos y prácticas sexuales donde muchas veces se cuenta con información sesgada, no fundamentada, con mitos y estereotipos. A esto se le suma una baja percepción de riesgo, donde aún se piensa “a mí no me va a pasar” o que el VIH sólo afecta a determinadas poblaciones.

Hablar de VIH no es fácil porque implica referir comportamientos y prácticas sexuales donde muchas veces se cuenta con información sesgada, no fundamentada, con mitos y estereotipos. A esto se le suma una baja percepción acerca del riesgo, pues aún se piensa “a mí no me va a pasar” o que el VIH sólo afecta a determinadas poblaciones.

Considerando que la evidencia nos ha enseñado que las estrategias de prevención deben ser focalizadas, desde Insade nos dimos a la tarea de incluir el tema de VIH dentro de nuestro eje de trabajo específico con mujeres y hombres jóvenes privados de la libertad. El objetivo de ello es sensibilizar sobre temas relacionados con la no discriminación y los derechos sexuales y reproductivos, así como brindar capacitación para el autoempleo en talleres específicos de cartonería, serigrafía y encuadernación.

Para cumplir tales objetivos en 2012 se implementaron, con el apoyo de la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes (DGTPA) –unidad administrativa adscrita a la Subsecretaría de Sistema Penitenciario de la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal–, talleres sobre el marco legal de la no discriminación en tres comunidades de adolescentes y un taller para la elaboración de alebrijes en otra de las comunidades.

Producto de lo anterior, el 14 de septiembre de 2012 se firmó un convenio de colaboración con la DGTPA⁴ para dar continuidad al trabajo en las comunidades de adolescentes, retomando un tema de suma importancia: la prevención del VIH. Se estableció que no sólo se les diera talleres de sensibilización a las y los jóvenes de las seis comunidades de adolescentes ubicadas en la ciudad de México, sino que también parte del personal operativo que trabaja con esta población se capacitara al respecto.

Fue así que, con el apoyo financiero de ViiV Healthcare, compañía independiente especializada en el tratamiento del VIH y división de GlaxoSmithKline México, se implementó el proyecto llamado “Y tú, ¿ya te la hiciste?: Estrategia integral de detección oportuna de VIH con menores de edad en conflicto con la ley de las comunidades de adolescentes de la ciudad de México”. Dicho proyecto tuvo como objetivo brindar a ese sector de la población las herra-

mientas necesarias sobre la prevención del VIH, informarles acerca del uso correcto de los condones masculino y femenino, así como sobre el acceso a los servicios de salud libre de discriminación.

Estas pláticas incluyeron resolver dudas sobre prácticas sexuales en contexto de riesgo. De igual manera se hizo necesario capacitar al personal técnico que trabaja directamente con esta población, ya que su labor es determinante para el cumplimiento de su medida y puede ser referente para brindar información oportuna sobre VIH a las y los jóvenes que ingresan a las comunidades.

A la par de las pláticas de sensibilización a las y los adolescentes y los talleres de capacitación al personal operativo, se elaboraron dos materiales informativos: un póster y un cuaderno sobre conceptos básicos, los cuales son materiales que complementan la información que se otorga.⁵ No se realizó el enfoque para aplicar pruebas rápidas de detección de VIH y canalización a los servicios de salud ya que la DGTPA se coordina con la Clínica Especializada Condesa para efectuar esa intervención.

Sabemos que el trabajo no debe enfocarse sólo en la ciudad de México, es por ello que en 2013 se amplió nuestra labor a Tlaxcala donde, gracias a la experiencia adquirida con la población joven en conflicto con la ley penal, comenzamos a trabajar en el Centro de Internamiento de Instrucción de Medidas para Adolescentes del Estado de Tlaxcala (CIIMAET) donde en una primera etapa, con el apoyo del Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol), impartimos talleres de capacitación para el autoempleo sobre cartonería, serigrafía y encuadernación; posteriormente desarrollamos un taller sobre no discriminación y se comercializaron las piezas que elaboró la población juvenil privada de su libertad, quienes recibieron el dinero de lo vendido.

En 2014 comenzaremos con talleres de prevención de VIH tanto para los jóvenes como para el personal que labora en el CIIMAET, implementando la misma metodología utilizada en las comunidades de adolescentes de la ciudad de México.

El impulso de esta labor se debe a que el VIH está afectando en su mayoría a las y los jóvenes, por lo que se debe dejar de pensar que las necesidades –incluso dentro de este sector– son iguales y comenzar a hablar de educación sexual a tem-



Fotografía: Archivo CDHDF.

Según registros, seis mil personas se infectan cada día de VIH en el mundo. A nivel nacional México ha acumulado poco más de 166 mil casos en los recientes 30 años, afectando 82% a hombres y 18% a mujeres.

El VIH está afectando en su mayoría a las y los jóvenes, por lo que debemos comenzar a hablar de educación sexual a temprana edad, y más que juzgar a las juventudes por sus prácticas sexuales tenemos que brindarles herramientas para prevenir, detectar y atender a tiempo el virus en beneficio de su calidad de vida.



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

prana edad, y más que juzgar a las juventudes por sus prácticas sexuales, es preciso brindarles herramientas para la prevención de cualquier infección de transmisión sexual –incluyendo el VIH–, y sensibilizarlos sobre la importancia de hacerse la prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana, de los beneficios de detectarlo a tiempo y de atenderse de forma oportuna en pro de su calidad de vida.

Las juventudes privadas de su libertad forman parte del mosaico diverso de jóvenes que viven en nuestro país, por lo que las estrategias deben ser focalizadas, ya que no es lo mismo informar sobre la prevención del VIH en contexto de encierro que en un contexto indígena, por ejemplo.

NOTAS

- 1 Leonardo Bastida Aguilar, “Registra México 9 mil 300 casos de VIH en último año”, en *Notiese*, 2 de diciembre de 2013, disponible en <<http://bit.ly/1acJkbs>>, página consultada el 20 de diciembre de 2013.
- 2 *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 30 de septiembre de 2013*, México, Secretaría de Salud-Censida, 2013, disponible en <<http://bit.ly/19i55vF>>, página consultada el 20 de diciembre de 2013.
- 3 Ruth Rodríguez, “Bajan la guardia frente al VIH-Sida”, en *El Universal*, 1 de diciembre de 2013, disponible en <<http://bit.ly/1bnDl6W>>, página consultada el 20 de diciembre de 2013.
- 4 Dicho Convenio se encuentra disponible en <<http://bit.ly/JVV0IF>>, página consultada el 23 de diciembre de 2013.
- 5 La información sobre la estrategia está disponible en <<http://bit.ly/1cXqN6J>>, página consultada el 20 de diciembre de 2013.



Orgullo, prejuicio y la normalidad del corazón

MARIO ALFREDO HERNÁNDEZ.* FOTOGRAFÍAS: YANKO BRIBIESCA. CENTRO CULTURAL HELÉNICO

*Doctor en filosofía moral y política por la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa.

En 1985 Larry Kramer escribió la obra de teatro *Un corazón normal* (*The Normal Heart*), acerca de un grupo de activistas enfrentados con los primeros años del VIH/sida en Nueva York, en un contexto de estigmatización hacia la población homosexual y las conductas sexuales. En este ensayo se reflexiona sobre esta obra, considerando que el VIH/sida es una metáfora acerca de lo que une y separa a un colectivo definido por la experiencia común de la discriminación referida a la orientación sexual, y enfrentado por sus posiciones diversas sobre la moralidad, el ejercicio de la sexualidad o la visibilidad como forma de responsabilidad política.

En 1972, Hannah Arendt afirmó que “cuando uno es atacado como judío, tiene que defenderse como judío”. Esta afirmación parecía contradecir la primacía que ella siempre dio a la identidad política de una comunidad sobre la tradicional; porque sólo en una comunidad política democrática se puede garantizar lo que ella denominó *el derecho a tener derechos*, es decir, la extensión sin discriminación de todas las protecciones del Estado constitucional de derecho. Adicionalmente, la referida afirmación plantea el tema de la responsabilidad política de quienes han sido construidos como ciudadanos y ciudadanas de segunda categoría en la tarea de combatir la discriminación en primera persona, asumiendo el coraje cívico para alzar la voz en un contexto de satanización de la diferencia.

Ahora bien, la responsabilidad política por asumir las luchas por la inclusión y el reconocimiento en primera persona, la visibilidad y el orgullo por ser quien uno es aunque sobre esa identidad se depositen creencias y prácticas de represión y violencia, son temas que han sido discutidos desde el movimiento lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travestista e intersexual (LGBTTTI). En Estados Unidos, y como forma de recuperación creativa del eslogan “lo negro es hermoso” (*black is beautiful*) del movimiento por los derechos de las personas afroamericanas de la década de 1960, el movimiento de liberación homosexual adoptó el lema “ser gay es bueno” (*gay is good*). En ambos casos, lo que se quería significar es el orgullo por aquellos rasgos de la persona que deberían ser irrelevantes para el acceso a los derechos sin discriminación y que, al contrario, históricamente se han construido como motivo de vergüenza y como razón suficiente para crear espacios simbólicos y literales para la exclusión. Así era hace poco más de 50 años, pero ¿tiene todavía sentido reivindicar una idea del orgullo por la identidad tradicionalmente construida como periférica, ahora, cuando la visibilidad y los derechos del colectivo LGBTTTI están en una posición menos precaria que en aquella época? Mi respuesta provisional es afirmativa por dos razones fundamentales: primero, porque la interiorización de los estigmas discriminatorios incide de manera negativa en la autonomía moral, y ante tal condicionamiento, las demás formas de auto-

nomía –la material, la emocional y la ideológica– resultan seriamente distorsionadas; y, segundo, porque los avances que se refieren al ámbito del derecho civil –el matrimonio igualitario, por ejemplo– nos sitúan en un falso nivel de bienestar que puede tornarse en complacencia, si estos logros superlativos nos hacen perder de vista que las agresiones y crímenes de odio por homofobia siguen ocurriendo y que éstos tienen su origen en la percepción social acerca de la *anormalidad* de las identidades no hegemónicas.

Frente a la vergüenza y el odio –tanto el propio como el ajeno– por aquello que constituye el núcleo de nuestra vida afectiva y sexual, es que se puede reivindicar un orgullo que es absolutamente *político* y que permite dar continuidad con el pasado a la lucha a favor de la igualdad de derechos y oportunidades –por supuesto, con los mártires de Stonewall y Harvey Milk, pero también con quienes acudieron tímidamente a las primeras marchas gay en las principales capitales latinoamericanas.

En la definición de las identidades, la *normalidad* se constituye como una noción elástica que en el mejor de los casos refleja un patrón estadístico y, en el peor, un modelo de ortopedia social. Por eso es irónico que Larry Kramer haya titulado *Un corazón normal* (*The Normal Heart*) a su obra de teatro acerca de un grupo de activistas enfrentados con los primeros años del VIH/sida en Nueva York. Escrita en 1985, se trata de una visión retrospectiva, cuando lo único que se sabía de la enfermedad era que ésta se concentraba en la población homosexual y que tenía que ver con las conductas sexuales. Si bien éste es el contexto histórico preciso, Kramer parece plantear una pregunta de fondo: ¿tiene sentido reivindicar la *normalidad* y el *orgullo* en una persona cuando son los estigmas y la vergüenza los filtros que condicionan sus relaciones afectivas y políticas con el mundo? Kramer vuelve protagonista de su obra de teatro a Ned Weeks, un neoyorkino abiertamente homosexual, quien declara melancólica y furiosamente nunca haber estado enamorado y que se siente obligado a actuar frente a la indiferencia de médicos y autoridades cuando muchos de sus amigos y amantes empiezan a enfermar y morir. Gradualmente, Ned construye una organización civil para apoyar a quienes viven con VIH/sida, pero tendrá que enfrentar las voces



que –desde dentro y fuera del grupo– reclaman el mantenimiento del *status quo* cuando es necesario recaudar fondos y voluntades políticas para avanzar en la investigación sobre la enfermedad y una eventual cura. Si *lo personal es político* –parecen sugerir quienes descalifican el rabioso activismo de Ned–, habría que garantizar para el colectivo homosexual los mismos derechos a la privacidad y la indiferencia frente a sus prácticas afectivas y sexuales que los que disfrutaban las personas heterosexuales. La vigencia de la obra teatral de Kramer –que se presentó el mes pasado en la ciudad de México y fue dirigida por Ricardo Ramírez Carnero– radica en que el VIH/sida se convierte en una metáfora acerca de lo que une y separa a un colectivo definido por la experiencia común de la discriminación referida a la orientación sexual, pero también enfrentado por sus posiciones diversas acerca de la moralidad, el ejercicio de la sexualidad o la visibilidad como forma de responsabilidad política. De alguna manera, la posición heroica y visionaria de Ned –hombre afable, inteligente, generoso pero también con una rabia infinita hacia todo lo que signifique cuestionamiento de su *normalidad*– es, parafraseando a Arendt, una *herencia no querida ni recibida por testamento alguno de por medio*.

En la definición de las identidades, la *normalidad* se constituye como una noción elástica que en el mejor de los casos refleja un patrón estadístico y, en el peor, un modelo de ortopedia social.

En un momento de incertidumbre total acerca de la profilaxis de la enfermedad, Ned parece alinear-se con las posturas conservadoras que equiparan homosexualidad y promiscuidad, para asumir que la alternativa es la *normalidad* de las familias convencionales y monógamas. Pero lo que Kramer cuestiona es realmente el tipo de *normalidad* e *indiferencia* que son deseables en relación con la intimidad y las conductas sexoafectivas de las personas: no una que resulte de “ennoblecere” a las personas homosexuales con los estilos de vida considerados socialmente como aceptables, sino de visibilizar sin vergüenza ni miedo quién uno es.

En Ned Weeks –el personaje que reclama que se le considere poseedor de *un corazón normal*– parecen solidificarse todas las tensiones y posibilidades de aquella frase de Arendt referida a la identidad judía y que, no obstante las diferencias

Kramer cuestiona el tipo de *normalidad e indiferencia* que son deseables en relación con la intimidad y las conductas sexoafectivas de las personas: no una que resulte de “ennoblecer” a las personas homosexuales con los estilos de vida considerados socialmente como aceptables, sino de visibilizar sin vergüenza ni miedo quién uno es.

con la discriminación por orientación sexual o identidad de género, podría plantearse de esta manera: *cuando uno es atacado como persona discriminada, tiene que defenderse, precisamente, a partir del imperio de la ley que permite a cada quien decidir libremente acerca del motivo de la discriminación cuando éste constituye un elemento fundamental en la construcción de la propia identidad.* Entonces, la reivindicación del orgullo tiene un carácter eminentemente político y cobra sentido frente a la vergüenza que históricamente se ha asociado a la condición homosexual, como una herramienta estratégica para la normalización de las identidades disidentes, siempre y cuando esto no signifique homologar los estilos de vida o ceder frente a las presiones y censuras externas.



La radio da voz a los jóvenes sudafricanos

ENTREVISTA: JOAN ERAKIT*

FOTOGRAFÍAS: CHILDREN'S RADIO FOUNDATION

* Periodista integrante de la Agencia de Noticias Inter Press Service (IPS) en Nueva York.

Lesedi Mogoatlhe ha dedicado su vida a potenciar a los jóvenes africanos para ayudarlos a encontrar su voz gracias al periodismo de radio. En esta entrevista que reproducimos refiere su experiencia en Sudáfrica, país con mayor número de personas infectadas de VIH en el mundo (5.6 millones, de acuerdo con ONUSIDA), donde algunos adolescentes toman el micrófono como símbolo de lucha frente a los estragos de esta enfermedad.





En tiempos de gran desafío económico, cultural y político, las y los jóvenes sudafricanos deben afrontar asuntos extraordinariamente difíciles. En tanto que adolescentes, se preocupan por sus amigos, sus familias, su educación y su posición social, pero como sudafricanos también deben lidiar con la dura realidad de la pobreza, la enfermedad y la violencia.

Como tallerista de Children's Radio Foundation (CRF) en Sudáfrica, Mogoatlhe se dedica a despertar el interés por cuestiones sociales, provocar el pensamiento crítico y nutrir la comunicación. "Es tentador enumerar los desafíos y las desigualdades que padece la gente en este continente, hablar sobre cómo se abusa de los recursos naturales o cómo la corrupción se volvió sinónimo de la dirigencia africana, pero es un ejercicio inútil si no puedo contribuir a resolver los problemas", dijo Mogoatlhe.

Tener voz es fundamental para tener un sustento, y gracias a organizaciones como Children's Radio Foundation y talleristas como Mogoatlhe, cada vez más jóvenes están equipados con herramientas básicas de comunicación que les permiten mucho más que sólo decir cómo se sienten. Conversamos con Mogoatlhe sobre su trabajo en periodismo radial concentrado en las y

los jóvenes sudafricanos y el impacto que tiene en la vida de éstos.

IPS: Usted capacita a los jóvenes para potenciarlos, aunque no sólo a ellos, sino también a sus comunidades, a través del periodismo radial. ¿Qué tendencias ha observado?

Lesedi Mogoatlhe (LM): Los jóvenes de zonas rurales suelen tener más hambre de conocimiento que los de ambientes urbanos. Parecen estar más concentrados y ser más curiosos sobre las oportunidades que les llegan, además de organizarse y de utilizar mejor todo lo que la plataforma de radio les dé. También me di cuenta de que el primer momento de empoderamiento ocurre cuando tienen un micrófono para hablar. La amplificación de sus voces también les amplifica todo lo demás.

IPS: ¿De qué forma los jóvenes con los que ha trabajado responden a las varias características económicas, culturales y políticas de su país?

LM: Es muy difícil responder por la juventud de Sudáfrica. En algunas comunidades se preocupan por tener agua corriente y alimentos. En otros hogares es por no poder mejorar sus iPhones. Pero lo que es evidente en nuestro paradigma colectivo es la falta de plataformas para que

se escuchen nuestras voces, donde podamos hablar sobre las cuestiones cotidianas que debemos afrontar, ya sea sobre educación, discriminación racial, inequidad de género, violencia, estigma o falta de oportunidades laborales. Nuestra lucha no es en blanco y negro como la de nuestros padres, que vivieron bajo el apartheid (régimen de discriminación racial de la mayoría blanca contra la minoría negra). Ellos preguntaban: “¿Cuánto falta para la libertad?”. Nosotros preguntamos: “¿Qué es la libertad?”.

IPS: ¿Los jóvenes sienten que son escuchados, ya sea por la radio u otro medio?

LM: La mayoría de los jóvenes en Sudáfrica, muchos de zonas rurales, no tienen acceso a las noticias, además lo que es un desafío para ellos no llega a las noticias. No tienen suficiente representación en los medios. En sus hogares o en sus comunidades no se cuestiona a los adultos. Tampoco se los consulta a la hora de tomar decisiones que son importantes para la sociedad. En los proyectos de radio que comenzamos, los jóvenes hablan sobre embarazo adolescente, alcoholismo, la vida con VIH y lo que esto significa para ellos. Nos cuentan que las percepciones comunes sobre ellos cambian desde que están en la radio. En vez de ser tildados de estar equivocados y de ser vagos, ahora son considerados líderes y embajadores de sus comunidades.

IPS: En su trabajo, ¿cómo hace frente a la experiencia de vivir con VIH?

LM: Actualmente capacito a un grupo de jóvenes con VIH de Khayelitsha (barrio de la sureña Ciudad del Cabo). Mi aporte es alentarlos a compartir, elogiar su aprendizaje, darles herramientas y recordarles el impacto bueno o malo que sus historias tienen cuando son divulgadas. Si un estudiante no quiere revelar su estatus porque se siente seguro en el anonimato que da la radio, entonces le pregunto si le gustaría hacerlo con un pseudónimo. No necesariamente me involucre en tratar de resolver las cuestiones que puedan surgir. En este proyecto concreto, el otro facilitador es un activista y psicólogo especializado en VIH (causante del sida) y es alguien en quien los jóvenes confían. Empezamos el taller con un módulo sobre confidencialidad y ética; creamos normas de convivencia que generan confianza entre nosotros.

IPS: ¿Cuán necesaria es una organización como CRF?

LM: El trabajo que realiza la CRF es importante porque apunta a la juventud desfavorecida y con muy pocas oportunidades. Con los proyectos de radio, los jóvenes no sólo tienen un espacio para expresar sus historias y sus opiniones, sino que también aprenden herramientas de comunicación, de radio y de investigación, que les pueden servir en el futuro. A través de la radio, los jóvenes pueden aprender a cuestionar lo que según ellos no funciona en sus comunidades, encontrar soluciones y abogar por un cambio. Se vuelven agentes de cambio social. Pueden comunicarse en su propia lengua y aprender lo que ocurre en otras comunidades.

Hace poco lanzamos una Red de Jóvenes Periodistas en Sudáfrica con 15 personas de 12 puntos de emisión distintos del país. Los participantes producen programas semanales sobre cuestiones sociales y los intercambian mediante una plataforma para compartir audio llamada Soundcloud. Con ese modelo pueden informar lo que le pasa a sus compañeros de lugares muy alejados del país y que no reciben la atención de los grandes medios. Algunos jóvenes que no tienen oportunidad de expresarse en una clase de 40 alumnos tendrán la posibilidad de hablar frente a un micrófono y ser escuchados por mucha gente. La radio ayuda a que los jóvenes sean vistos y a que se les preste atención, además de generar confianza. En un país donde ellos son la mayoría de la población, es imprescindible que sus opiniones y sus voces desempeñen un papel en el diseño del futuro que heredarán.

NOTAS

- 1 Este texto fue originalmente publicado en la página de internet de periodismohumano, el 28 de febrero de 2013. Está disponible en <<http://tinyurl.com/afsuwqe>>, página consultada el 24 de enero de 2014.
- 2 La Agencia de Noticias Inter Press Service (IPS), es una gran fuente mundial de información sobre temas globales, cuenta con el respaldo de una red de periodistas en más de 100 países. IPS concentra su cobertura de noticias en los eventos y procesos globales que afectan el desarrollo económico, social y político de los pueblos y las naciones. <contacto@periodismohumano.com>.

FIRMA CDHDF CARTA DE CONFIDENCIALIDAD PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS

En el marco del seminario conmemorativo La protección de datos personales y las reformas constitucionales, funcionarios de la CDHDF refrendaron la Carta de confidencialidad para la protección de los datos que se manejan en la institución. En el evento, la presidenta de la CDHDF, Perla Gómez Gallardo, reiteró su compromiso para resguardar y documentar los datos que se incluyen en las investigaciones desde el momento en que se inicia una queja.



Fotografía: Alejandro Cuevas/CDHDF.

CASA DEL ÁRBOL CUMPLE 18 AÑOS

Desde enero de 1996 la Casa del árbol de la CDHDF se ha consolidado como el primer espacio lúdico-educativo en donde niñas y niños pueden conocer el contenido de la Convención sobre los Derechos del Niño en la ciudad de México. Durante estos 18 años, la Casa ha transformado su dinámica y espacio físico, en el que mediante acciones educativas busca garantizar la promoción y el ejercicio de los derechos de la niñez. Diariamente alberga a grupos de 34 niñas y niños entre 8 y 15 años de edad en sus horarios matutino y vespertino.



Fotografía: Archivo CDHDF.

LAS Y LOS NIÑOS AHORA PUEDEN PRESENTAR QUEJAS

En enero de este año se aprobó el Tercer Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, el cual permite a las personas menores de edad presentar denuncias directas ante el Comité sobre los Derechos del Niño. Este instrumento jurídico entrará en vigor el próximo mes de abril e incluirá un procedimiento de comunicaciones



Fotografía: Especial

por medio del cual las y los niños podrán presentar sus denuncias de manera individual o grupal.

LA PENA DE MUERTE NO DEBE SER UNA HERRAMIENTA DE JUSTICIA

La CDHDF condenó la ejecución del mexicano Edgar Tamayo Arias por parte de las autoridades del estado de Texas en Estados Unidos, pues esta medida no es y nunca será efectiva para encontrar justicia por los delitos y crímenes cometidos en un Estado democrático. Dicho Organismo enfatizó que tal práctica representa un retroceso y una grave violación a los derechos humanos, la cual socava la dignidad intrínseca y el derecho a la vida de las personas.



LA IDENTIDAD COMO UN DERECHO HUMANO

El reconocimiento del derecho a la identidad por parte del Estado es un avance sustancial para que la falta de un documento no sea un obstáculo que impida que las instituciones actúen en beneficio de las personas, aseguró la presidenta de la CDHDF, Perla Gómez, durante su participación en la primera Feria Nacional de la Identidad 2014. La titular de dicha Comisión celebró los esfuerzos realizados por las instancias de gobierno, los órganos autónomos y la sociedad civil para que no existan barreras en el cumplimiento de este derecho.



Fotografía: Archivo CDHDF.





Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Oficina sede

Av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

Norte

Payta 632, col. Lindavista, del. Gustavo A. Madero,
07300 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1756

Sur

Av. Prol. Div. del Norte 5662, Local B, Barrio San Marcos,
del. Xochimilco, 16090 México, D. F.
Tel.: 1509 0267

Oriente

Cuauhtémoc 6, 3er piso, esquina con Ermita, Barrio San Pablo,
del. Iztapalapa,
09000 México, D. F.
Tels.: 5686 1540, 5686 1230 y 5686 2087

Centro de Consulta y Documentación

Av. Universidad 1449, edificio B, planta baja, col. Florida,
pueblo de Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600, ext.: 1833