



PERDIENDO EL OBJETIVO

7

Fallando a las Mujeres, Fallando a los Niños y Niñas: *el VIH, la Transmisión Vertical y la Salud de las Mujeres*

Investigación de campo en Argentina, Camboya,
Moldavia, Marruecos, Uganda y Zimbabue.

Junio 2009

La Coalición Internacional de Activistas en Tratamiento (ITPC por sus siglas en inglés) es una coalición mundial de personas viviendo con VIH, sus defensores y otros activistas. Sus objetivos y estrategias globales se reflejan en la afirmación de su misión: **hacer uso de un enfoque que sea impulsado por la comunidad para lograr el acceso universal a los tratamientos, la prevención y los servicios de salud para las personas viviendo con VIH, así como para todas aquellas personas en riesgo.** Desde finales del 2008, miles de personas en 125 países se afiliaron directamente a la ITPC y estuvieron trabajando con el fin de alcanzar los objetivos mencionados tanto a niveles locales y regionales como internacionales.

El Proyecto de Monitoreo de Acceso a Tratamientos y Advocacy (TMAP por sus siglas en inglés), es un programa conducido por la ITPC que identifica los obstáculos en la provisión de servicios para el VIH/SIDA y enfatiza la responsabilidad de los gobiernos nacionales e instituciones globales por la mejora de los esfuerzos en respuesta a la epidemia. La serie de informes *Perdiendo el Objetivo* continúa siendo la única en el mundo del SIDA y la salud global, que ofrece un análisis de campo objetivo y comprensivo acerca de cuestiones que tienen que ver con la provisión de servicios para el VIH/SIDA, y que es llevado a cabo por la sociedad civil y los mismos usuarios del sistema de salud.

Todos los informes de esta serie se encuentran disponibles en línea en:

www.aidstreatmentaccess.org

y

www.itpcglobal.org

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimientos	ii
Acrónimos y abreviaturas	iii
Prefacio	iv
Resumen ejecutivo	1
En mejoras de la respuesta global	9
Informe de Argentina	14

AGRADECIMIENTOS

EQUIPOS DE INVESTIGACION

Argentina

Coordinación general y autoría del informe: M. Lorena Di Giano

Entrevistas: M. Lorena Di Giano, Pablo García y Alcira González

Camboya

Dr. Kem Ley, asesor independiente en VIH y salud; y Umakant Singh, Universidad de Norton

Moldavia

Coordinación general y autoría del informe: Liudmila Untura, Childhood for Everyone (Una niñez para todos)

Entrevistas: Igor Chilcevchii, Liga de Personas Viviendo con VIH/SIDA de la República de Moldavia; Igor Moiseev, Credinta; Natali Mordari, Childhood for Everyone; y Vladlena Semeniuc, Liga de Personas Viviendo con VIH/SIDA de la República de Moldavia.

Marruecos

Othoman Mellouk, Association de Lutte Contre le SIDA (ALCS) (Asociación de Lucha contra el SIDA), Marrakech; y Nadia Rafif, CSAT coordinadora regional, región MOAN

Uganda

Richard Hasunira, Coalition for Health Promotion and Development (HEPS) (Coalición para la Promoción de la Salud y el Desarrollo) -Uganda

Aaron Muhinda, HEPS-Uganda

Rosette Mutambi, HEPS-Uganda

Beatrice Were, Activista en VIH/SIDA

Zimbabue

Matilda Moyo, Pan African Treatment Access Movement (PATAM) (Movimiento PanAfricano por el Acceso al Tratamiento);

Caroline Mubaira, Community Working Group on Health (CWGH) (Grupo de Trabajo Comunitario en Salud), Southern African Treatment Access Movement (SATAMo) (Movimiento Sudafricano por el Acceso al Tratamiento), y PATAM;

Martha Tholanah, Network of Zimbabwean Positive Women (NZPW+) (Red de Mujeres Positivas de Zimbabue), SATAMo, PATAM y ITPC

COORDINACION

Coordinadores del proyecto

Maureen Baehr, Chris Collins, Gregg Gonsalves, Aditi Sharma

Edición

Jeff Hoover

Investigación y respaldo editorial

Erika Baehr

Respaldo en Comunicaciones

Attapon Ed Ngoksin

Respaldo en medios de comunicación

Brett Davidson

Kay Marshall

Marketing y relaciones públicas de

gabbegroup: Jill S. Gabbe,

Jennifer Robinson, Olivia Goodman,

y Caitlin Hool

Diseño

Pamela Hayman

Traducción al español:

M. Lorena Di Giano y Mario R.

Antenuchi

Agradecemos al Instituto Open Society (OSI) por su respaldo sustancial, que ha hecho posible la producción y el seguimiento de este informe. También queremos agradecer a Johnson y Johnson por su apoyo, a Aids Fonds, HIVOS, y al Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido por sustentar el seguimiento de este informe.

Un agradecimiento especial a Stephen Lewis y a Paula Donovan de "AIDS-Free World" por la redacción del prefacio y por su asociación con TMAP en el presente informe y apoyo del seguimiento. También agradecemos a los miembros del Comité Asesor de *Perdiendo el Objetivo 7*, y a Joanne Csete y Mitch Besser por su respaldo en asuntos de política pública.

La serie *Perdiendo el Objetivo* se publica a través del Proyecto de Monitoreo de Acceso a Tratamientos y Advocacy perteneciente a la Coalición Internacional de Activistas en Tratamiento (ITPC). ITPC y TMAP están sumamente agradecidos con el Centro Tides en San Francisco (EEUU) por proporcionar la gestión fiscal de este proyecto.

INFORMACION DE CONTACTO

Coordinación del proyecto:

Aditi Sharma

aditi.campaigns@gmail.com

Gregg Gonsalves

gregg.gonsalves@gmail.com

Secretariado de la ITPC:

attapon@apnplus.org

Sitio web:

www.itpcglobal.org

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

Se pueden hallar en este informe los siguientes acrónimos y abreviaturas:

AFASS = *Aceptable, factible, asequible, sostenible, seguro*

APN = *Atención prenatal*

ART = *Tratamiento Antirretroviral*

ARV = *Antirretroviral*

MCP = *Mecanismo Coordinador de País*

CDC = *Centros de EEUU para La Prevención y el Control de Enfermedades*

DFID = *Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido*

EGPAF = *Fundación SIDA Pediátrico Elizabeth Glaser*

ELISA = *Test para la detección del VIH (ensayo por inmuno absorción ligado a enzimas)*

FM = *Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria*

MS = *Ministerio de Salud*

SNM = *Salud del Niño y la Madre*

ODMs = *Objetivos de Desarrollo del Milenio*

HSH = *Hombres que tienen sexo con hombres*

ANS = *Autoridad Nacional de SIDA*

PNS = *Programa Nacional de SIDA*

CNS = *Consejo Nacional de SIDA*

ONG = *Organización no gubernamental*

IO = *Infecciones oportunistas*

PEPFAR = *Programa del Presidente del los Estados Unidos para el Alivio del SIDA*

PITC = *Testeo y consejería iniciados por los proveedores de salud*

PVVS = *Personas viviendo con VIH-SIDA*

PTV = *Prevención de la Transmisión Vertical*

ITS = *Infección de transmisión sexual*

TB = *Tuberculosis*

NU = *Naciones Unidas*

ONUSIDA = *Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA*

PNUD = *Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo*

UNFPA = *Fondo de Naciones Unidas para la Población*

UNGASS = *Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas*

UNICEF = *Fondo de Naciones Unidas para la Infancia*

UNIFEM = *Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer*

CTV = *Consejería y Testeo voluntarios*

OMS = *Organización Mundial de la Salud*

PREFACIO

Seis meses atrás, los investigadores y activistas involucrados en este informe se propusieron comprender la razón por la cual el mundo está fallando a la meta en relación con el objetivo establecido en el año 2001: reducir a la mitad la tasa de infección por VIH por transmisión de madres a hijos. Lo que surgió fue la evidencia de que las instituciones globales a cargo han estado disfrazando los datos estadísticos. A pesar del éxito que han pregonado, no se encuentran ni cerca de alcanzar la meta. Ni siquiera se lo han propuesto.

Por escrito, el programa global denominado “Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo” es un modelo de firmes propósitos basado en principios de Derechos Humanos. Los cuatro pilares sobre los que se basa cubren una amplia gama de servicios desde la prevención, pasando por la consejería, hasta el tratamiento.

En la práctica, el programa es un vergonzoso ejemplo de dobles principios.

Recordamos bien el sentimiento eufórico a mediados de los años 90, en las antiguas oficinas centrales de UNICEF, cuando emergieron los resultados de los ensayos científicos en Uganda y Tailandia. El riesgo de la transmisión vertical -entendida como el pasaje del virus de una generación a otra- podía ser reducido drásticamente gracias a simples regímenes de drogas de relativo bajo costo para mujeres y niños. Un proyecto piloto en once países fue encabezado por UNICEF bajo la asistencia de la Organización Mundial de la Salud, dando comienzo a un vaivén de buenas y malas noticias.

El primer momento bajo apareció con el título de los proyectos pilotos: **Prevención de la Transmisión de**

Madre a Hijo, una denominación que implica que las mujeres son la fuente de transmisión del virus, cuando en realidad son el último eslabón en una larga cadena de transmisión.

En el año 2000 tuvimos buenas noticias: la compañía farmacéutica Boehringer Ingelheim anunció que para los siguientes cinco años, cualquier país en desarrollo podía solicitar suministros gratuitos de su droga antirretroviral nevirapina- una droga a través de la cual una simple dosis administrada a una mujer con VIH durante el parto e inmediatamente después de nacido su bebé, podría, aparentemente, reducir a la mitad el riesgo de transmisión (hoy sabemos que esa reducción sucede en realidad en las dos quintas partes). Alentados por tales posibilidades, los gobiernos del mundo se comprometieron en el año 2001 a reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20 por ciento para el año 2005 y en un 50 por ciento para el 2010.

De repente, un muro de silencio. Durante años, en informe tras informe emitido por ONUSIDA, el programa global de Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo apenas obtuvo una honorable mención. Para el año 2003, el 95 por ciento de las mujeres embarazadas VIH+ en el África Subsahariana, el epicentro de la pandemia, no estaba recibiendo ningún servicio para prevenir la transmisión vertical. UNICEF se dedicó a disertar una y otra vez sobre la alimentación infantil. Como muchos otros programas focalizados en las mujeres, todos y nadie en las Naciones Unidas parecían estar a cargo. Las naciones más ricas reducían las tasas de transmisión a niveles insignificantes. En conjunto, para las mujeres pobres en países en desarrollo, la cobertura se atascaba en un 9 por ciento mientras que la tasa de infección pediátrica alcanzaba niveles muy altos.

El aumento de los servicios fue lento, la introducción de esos servicios fue baja, y nadie parecía saber por qué. Los expertos ofrecían razones: las mujeres rehúsan hacerse el testeo; las mujeres no vuelven a buscar los resultados de sus análisis; las mujeres a las que se les dan los tratamientos para que se los auto administren no los toman apropiadamente. Los problemas, parecía, eran causados por las mujeres.

Mientras tanto, los investigadores concluían que para la mayoría de los bebés nacidos de madres VIH+, la mejor garantía hasta el año y medio, para estar libres de contraer VIH era una dieta exclusivamente basada en la leche materna durante los primeros seis meses de vida. Pero la mayoría de las mujeres no daba amamantamiento exclusivo a sus bebés. El entusiasmo de las NU por explicar acerca del amamantamiento a las mujeres había disminuido a la vez que el tema se tornaba más complejo: los bebés necesitaban ser alimentados ya sea con la leche materna, o en su defecto con las formulas de reemplazo de la leche materna; pero la mezcla de las dos podría provocarles la muerte. Antes de que una mamá decidiera no amamantar, tendría primero que evaluar si para ella el reemplazo del amamantamiento cumpliría con cinco criterios: ser aceptable, ser factible, ser asequible, ser segura, y ser sustentable (AFASS). Y luego el riesgo más difícil de sopesar: sin los nutrientes e inmunidades de la leche materna, el bebé podría morir por otras causas. Prontamente, en los países en desarrollo en los que se proveyó la formula de reemplazo y se animó a las mujeres con VIH a no amamantar, muchos bebés murieron.

Hace aproximadamente dos años atrás, comenzamos a notar en los informes sobre la prevención vertical, el tono

triumfante de las agencias globales. Todas proclamaban el hecho de que la cobertura finalmente ascendía.

En el año 2008, con cauteloso optimismo, “AIDS-Free World” aceptó una invitación para unirse a TMAP en su propia evaluación.

Lo que hemos aprendido desde entonces ha sido revelador y profundamente perturbador. Deberíamos haberlo previsto: después de todo, ¿qué programa de VIH/SIDA que esté específicamente dirigido a las mujeres no ha estado falto de fondos, de urgencia, de coordinación, y de un lugar en la lista de prioridades nacionales y globales? ¿No es precisamente por la desesperante necesidad de las Naciones Unidas de contar con una agencia focalizada en la mujer por lo que hemos estado abogando? Lo que no esperábamos encontrar, sin embargo, era una conspiración de desinformación.

La OMS, ONUSIDA y UNICEF, en un informe de progreso publicado en 2008 titulado *Hacia el Acceso Universal*, afirman vanagloriándose: “Ha habido un progreso sustancial en aumentar el acceso a servicios para la prevención de la transmisión de madres a hijos”.

Ese “progreso” se expresa de la siguiente manera: en el año 2007, en los países en desarrollo, el 33 por ciento de las mujeres embarazadas VIH+ recibieron drogas susceptibles de bloquear la transmisión del VIH a sus niños.

La investigación llevada a cabo en seis países por el equipo de “Perdiendo el Objetivo #7” corrobora la desagradable verdad: la tan sobre vendida cobertura del 33 por ciento se refiere principalmente a mujeres que recibieron nevirapina en regímenes que reducen el riesgo de la transmisión pero sólo en

aproximadamente dos quintos, y que al mismo tiempo puede causar resistencia a la droga cuando estas mujeres podrían necesitarla en un ulterior estadio a los fines de hacer frente a su propia infección por VIH. Muy pocas de estas mujeres han recibido el coctel en triple terapia que ha ayudado a convertir la transmisión vertical virtualmente un hecho del pasado en el hemisferio Norte.

Con todo, el 33 por ciento de cobertura representa a mujeres que no recibieron anticonceptivos u otro tipo de apoyo para evitar los embarazos no deseados. Más aún, a mujeres que no recibieron consejería sobre como alimentar a sus hijos (o lo que es peor, que recibieron información errónea), y que fueron animadas a no amamantar porque se consideró que la fórmula de reemplazo de la leche materna cumplía con sólo una de las cinco condiciones: la de ser asequible. Y en un ataque directo a sus derechos -sin considerarlas seres humanos, sino solo madres- la mayoría de las mujeres fueron enviadas a sus casas sin que antes alguien se molestara en averiguar si necesitaban medicamentos antirretrovirales para hacer frente a su propia salud.

En otras palabras, el “progreso sustancial” en este programa fundado sobre cuatro pilares está determinado por el hecho de tener en cuenta a aquellas mujeres que acceden a los servicios contemplados en sólo uno de dichos pilares.

¿Fue efectivo este programa minimalista e inequitativo? ¿Permitió al mundo acercarse a su objetivo de reducir a la mitad las infecciones en niños para el año 2010? Es una pregunta difícil de contestar si consideramos que en el año 2007 sólo el 8 por ciento de los bebés nacidos de madres VIH+ fueron testeados a los fines de la detección del VIH antes de cumplir los 2 meses de vida.

Un hecho, sin embargo, es inequívocamente claro: la cantidad de mujeres que reciben los servicios del proyecto de **Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo** con el fin de prevenir la transmisión vertical es muchísimo menor al 33 por ciento.

Rechazamos el doble discurso que disfraza al fracaso como éxito, y el doble estándar que valora a las mujeres ricas por sobre las mujeres pobres. Existe una necesidad imperiosa de una honesta evaluación global que permita medir el progreso en relación a los cuatro pilares y a cada uno de los principios que guían la política integral en materia de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. En lugar de tocar las trompetas para anunciar un triunfo aparente, las instituciones involucradas deberían iniciar tal evaluación, analizar qué agencia es responsable de cada déficit, y comenzar a bosquejar un plan para luego darle forma. Las mujeres estarían mejor asistidas si el programa fuera totalmente desmontado y puesto en su lugar de una manera realista, siempre teniendo en mente que las necesidades no mantienen vivos y sanos a las mujeres y a los niños.

Sinceramente esperamos que la prometida agencia de las NU para la mujer asegure que la prevención de la transmisión vertical sea el final de una larga y vergonzosa lista de iniciativas para las mujeres, dando fin a la insensibilidad de género que ha caracterizado al sistema de las Naciones Unidas.

*Stephen Lewis and
Paula Donovan*
Co-Directors, AIDS-Free World

“Mi esposo y yo decidimos que este bebé debía nacer. Pero cada vez que visito a mi ginecóloga siento que pongo la cabeza en la guillotina. Ella me habla como si yo fuera una criminal.”

Snezhana, 32 años, una mujer VIH+ de Moldavia.

RESUMEN EJECUTIVO

LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH (comúnmente conocida como transmisión de madres a hijos)¹ ha sido virtualmente eliminada en el Norte Global. Este desarrollo – uno de los raros, innegables, y continuos procesos de historias exitosas en la respuesta global al VIH/SIDA del último cuarto de siglo- es consecuencia de la habilidad y voluntad de la mayoría de las naciones más ricas de proporcionar a las mujeres VIH+ pruebas de detección del virus, consejería, prevención y tratamiento integrales, incluyendo las mejores terapias de drogas disponibles.

Sin embargo, la situación es extremadamente diferente para las mujeres y las familias que viven en las partes más pobres del mundo. La vasta mayoría del millón y medio de mujeres con VIH que quedan embarazadas cada año en el mundo en desarrollo no tiene acceso a estos servicios vitales. Sólo alrededor de un tercio de ellas recibe un régimen de drogas de escasa efectividad: una simple dosis de la droga nevirapina para ellas y otra para sus hijos recién nacidos, una terapia que ha demostrado ser efectiva para prevenir la transmisión vertical, como máximo, sólo en un poco más del 40 por ciento. La mayoría no tiene acceso ni recibe orientación sobre cómo alimentar a sus hijos, y ni siquiera tiene conocimiento sobre la existencia de programas que han sido diseñados para mantener vivos y sanos a las mujeres y a los niños, si es que en realidad esos programas existen en sus países y comunidades locales.

Los resultados son trágicos y escandalosos: cada día hay más de 900 nuevos casos de infecciones por VIH en bebés en los países en desarrollo, pero esto debería haber sido evitado, ya que sabemos cómo hacerlo (según nos muestran las evidencias en el mundo desarrollado).

PERDIENDO EL OBJETIVO – MUJERES EN EL SUR

La investigación de campo desarrollada por “Perdiendo el Objetivo 7” y llevada a cabo por activistas de la sociedad civil en seis países (Argentina, Camboya, Moldavia, Marruecos, Uganda y Zimbabue) demuestra que los esfuerzos para prevenir la transmisión vertical están fallando en alcanzar a los grupos para los cuales han sido diseñados: las mujeres con VIH que están embarazadas.

Una de las razones centrales de esta falla es que muchos programas a nivel país se han concentrado en proporcionar a los recién nacidos profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH, y no han puesto atención

¹ Hemos elegido deliberadamente usar el término “Prevención Vertical” en este informe, en lugar de “Prevención de la Transmisión de Madres a Hijos (PMTCT por sus siglas en inglés)” utilizada por las agencias de las NU y la mayoría de los gobiernos. Los activistas están realizando campañas alrededor del mundo a los fines de que se abandone la utilización del término “PMTCT” por cuanto contribuye a estigmatizar a la mujer haciéndola responsable de la transmisión del VIH a su hijo. Algunos gobiernos denominan a sus programas “Prevención de la Transmisión de Padres a Hijos” (PPTCT por sus siglas en inglés) para promover el involucramiento de los hombres. También se aboga por la utilización del término “PMTCT plus” en un esfuerzo por re-focalizar la atención de estos programas en las mujeres y sus familias, y no sólo en los niños.

sobre otros servicios esenciales como son la prevención, la consejería, los cuidados y el tratamiento que las mujeres y los niños necesitan. El derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, en particular, no se tiene en cuenta.

En el nivel de implementación de los programas de PV hay una escandalosa falta de coherencia y coordinación entre los donantes, las agencias de las NU y los gobiernos. La deficiencia en la coordinación ha resultado ser más evidente en razón de la falta de claridad y adecuada orientación que se provee a las mujeres VIH+ en relación a como alimentar a sus bebés.

En cada país, los investigadores fueron informados sobre el estigma y la discriminación que generalmente enfrentan las mujeres con VIH particularmente en el ámbito de los servicios de salud. Como destacó un equipo de investigación *“Las mujeres cargan solas con el peso de prevenir la transmisión vertical y con el posible resultado positivo de la prueba de detección del VIH”*.

PERDIENDO EL OBJETIVO – LA PROMESA GLOBAL

Los gobiernos y las Naciones Unidas han fallado en alcanzar los compromisos internacionales y deberían ser llamados para que expliquen las razones. A pesar de la relativa facilidad con que se puede proveer la profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión vertical, el progreso en ese sentido ha sido lento, con una cobertura global creciente desde el 9 por ciento en el año 2004 a un 33 por ciento en el año 2007. Al menos las tres cuartas partes de las mujeres VIH+ embarazadas en 61 países, incluidos Camerún, Etiopía, India y Nigeria, todavía no están recibiendo este servicio.

Es más, no es suficiente sólo asegurar el acceso a la profilaxis antirretroviral. La calidad es igualmente importante, y también en este sentido las opciones que se ofrecen a las mujeres en los países más pobres son inapropiadas y poco efectivas. En el mundo desarrollado, todas las mujeres que desean y necesitan profilaxis antirretroviral pueden obtenerla en combinación de triple terapia, la cual reduce el riesgo de la transmisión vertical a apenas un 2 por ciento. Mientras tanto, aproximadamente a la mitad de las mujeres que reciben profilaxis ARV en el hemisferio sur se les proporciona tratamiento con nevirapina en monoterapia. Sin embargo, este régimen reduce el riesgo de la transmisión sólo en un 40 por ciento, exponiendo a la mujer al riesgo de desarrollar resistencia a esta droga, que es generalmente la columna vertebral de muchos regimenes de tratamiento para el VIH.

Pero esta es sólo una muestra del fracaso de los esfuerzos para prevenir la transmisión vertical. Siguiendo el compromiso global en UNGASS en el año 2001, las agencias de las NU diseñaron un programa integral para prevenir la transmisión vertical. Este programa se basó en promover el derecho de las mujeres a una atención continua, comenzando con la salud sexual y reproductiva, para continuar con el tratamiento psicosocial y el apoyo nutricional.

En el año 2001, los líderes mundiales acordaron el objetivo de reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20 por ciento para el año 2005, y para el 2010 en un 50 por ciento, ofreciendo al 80 por ciento de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH.

*Declaración de Compromiso,
UNGASS 2001*

En el año 2003, las NU adoptaron un abordaje integral para la prevención del VIH entre los infantes y niños jóvenes basado en una estrategia que está basada sobre 4 pilares:

1. Prevención Primaria de la infección por VIH en mujeres en edad reproductiva
2. Prevención de embarazos no-deseados en mujeres VIH positivas
3. Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo
4. Provisión de tratamiento, cuidados y apoyo apropiados para madres VIH+, sus hijos/as y su familia.

Guía de Orientación sobre el Aumento de la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijos, OMS 2007

La estrategia basada en cuatro etapas es discursiva y objetivamente atractiva, pero en la realidad el progreso y los logros obtenidos han sido muy limitados. Con la proporción de mujeres aumentando entre el número de personas viviendo con VIH en muchas regiones, el mundo está fracasando en proporcionar programas diseñados específicamente para el beneficio de las mujeres y las niñas.

Estamos fracasando en reducir los millones de embarazos no deseados en mujeres con VIH que suceden cada año. Fracasamos en mejorar el acceso de las mujeres al testeo y la consejería para VIH – en el año 2007 sólo al 18 por ciento de las mujeres embarazadas se le ofreció el test para la detección del VIH. Estamos fallando en detener la discriminación producida por los trabajadores de la salud contra las mujeres que viven con VIH y están embarazadas. Estamos fallando en proveer acceso equitativo al tratamiento antirretroviral más efectivo para mujeres sin importar el lugar del mundo en el que vivan. Fracasamos en asegurar que cada mujer sea apoyada para que pueda tomar decisiones informadas sobre la manera más segura de alimentar a sus bebés. Estamos fallando en dar tratamiento a las mujeres y a los niños – en el año 2007, sólo el 12 por ciento de las mujeres viviendo con VIH que fueron identificadas mientras se realizaban los controles de embarazo, fueron evaluadas en relación a su elegibilidad para recibir tratamiento ARV.

Nuestra investigación para este informe, Perdiendo el Objetivo 7, ha reforzado la necesidad de que los gobiernos, las agencias de las NU, los donantes y también la sociedad civil vean más allá de la formulita mágica de administrar a la madre y a su hijo una píldora a cada uno para detener el número anual de víctimas de infecciones prevenibles y muertes en recién nacidos.

HALLAZGOS DE INCIDENCIA COMUN

En esta séptima edición de *Perdiendo el Objetivo* los investigadores identificaron importantes obstáculos que permanecen en el camino hacia la continuidad de los servicios necesarios para prevenir con éxito la transmisión vertical:

- *Los gobiernos y las agencias de Naciones Unidas han puesto énfasis en proveer profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión vertical a los recién nacidos y no en otros servicios de prevención y tratamiento esenciales para las mujeres y niñas. En muchos casos, esa desatención significó que nuestros investigadores no fueran capaces siquiera de reunir datos confiables sobre la provisión de esos servicios.*
- *Hay una significativa y peligrosa incoherencia entre las políticas nacionales, las prácticas reales y las pautas de las Naciones Unidas sobre alimentación infantil. Muchos investigadores encontraron que existe una tendencia en relación a la alimentación con fórmula de reemplazo y una falta de apoyo adecuado por parte de los trabajadores de la salud, hacia las mujeres que eligen amamantar. Ello resulta en prácticas de alimentación inseguras que incrementan el peligro de la infección por VIH post nacimiento y/o un incremento de la mortalidad y morbilidad debido a diarrea y enfermedades infecciosas.*

- Los informes a nivel país destacan numerosos detalles que demuestran que *los servicios de salud no se encuentran ni diseñados ni distribuidos geográficamente para satisfacer las necesidades de la mujer*:
 - los servicios de salud son de difícil acceso y muy costosos, especialmente en zonas rurales.
 - la atención no es acompañada por el apoyo necesario en adherencia, transporte y nutrición.
 - los servicios no llegan a las mujeres que no recurren al sistema de salud para dar a luz o llegan en un estado avanzado de los embarazos.
- *La inadecuada integración* entre los programas de transmisión vertical, los servicios de tratamiento ARV para VIH, de salud materno- infantil, y los de salud sexual y reproductiva complican el acceso a la atención sanitaria.
- *El estigma, la discriminación, la violencia y la amenaza de violencia* son realidades muy difíciles en la vida de las mujeres en los países. La investigación de este informe relata numerosos tipos de discriminación por parte de los trabajadores de la salud en contra de las mujeres VIH+ embarazadas, incluyendo la violación de su derecho a la confidencialidad. Esto sigue siendo un obstáculo clave para la utilización de los servicios por las mujeres que viven con VIH.

HALLAZGOS ESPECÍFICOS DE LOS PAÍSES

Los estudios de caso de los países ponen en claro que los asociados internacionales comparten la responsabilidad, particularmente porque muy a menudo ellos fallan en coordinar los programas que ayudan a promover una atención sanitaria más completa e integral para las mujeres. No obstante, lo que es igualmente claro es que muchos de los obstáculos identificados tienen una naturaleza local: los gobiernos y los hacedores de políticas nacionales son a menudo incapaces o no están dispuestos a iniciar y sostener programas sanitarios ni reformas que podrían mejorar el acceso de las mujeres a los servicios, y en consecuencia, reducir la tasa de transmisión vertical.

Cuatro de los seis países en este informe son de baja incidencia epidémica: Argentina, Camboya, Moldavia y Marruecos. En estos lugares, por lo tanto, la erradicación de la transmisión vertical está al alcance de los países y puede conseguirse en uno o dos años si se proporcionan los recursos y la atención adecuados. En Uganda, donde la epidemia es mayor, esta cuestión va a requerir más tiempo y más compromiso por parte del gobierno. En Zimbabue, es difícil de ver como va a progresarse en el actual contexto de absoluto colapso económico y político. En esta nación el destino de las mujeres y sus niños puede que mejore mediante el establecimiento de un nuevo gobierno que sea factible de ser considerado responsable frente a sus ciudadanos.

Sumado a estos temas de incidencia común, hubo hallazgos específicos en cada país:

- En **Argentina** muchas mujeres embarazadas no acceden a los centros de salud sino en estadios avanzados de sus embarazos. Dentro del programa

gubernamental de prevención no existen estrategias de VIH específicas basadas en género, y la mayoría de las nuevas infecciones por VIH en niños están causadas por la falta de provisión de cuidado prenatal e insuficiente información y consejería provista a las mujeres sobre VIH/SIDA y derechos sexuales y reproductivos. El acceso a la salud varía extensamente a lo largo del país, y el estigma y la discriminación por parte del personal de salud resulta ser un impedimento para la utilización de los servicios. La violencia en contra de las mujeres sigue siendo relativamente común y existe poca articulación entre los servicios para VIH y los programas contra la violencia.

- En **Camboya** la mayoría de los nacimientos ocurre fuera del ámbito de los centros de salud, por el limitado horario de atención de esos servicios, y por las barreras de transporte y financieras que enfrentan las mujeres. El estigma y la discriminación por parte de los trabajadores de la salud también fueron citados como razones que provocan una alta deserción de los programas existentes. En un 8 por ciento de los nacimientos de madres VIH+ no se les proporcionó profilaxis antirretroviral ni a ellas ni a sus hijos. Hay una limitada conciencia de los servicios para la transmisión vertical aún entre los trabajadores de la salud, y se provee a las mujeres de información errónea sobre alimentación infantil – con una tendencia a recomendarles la utilización de la fórmula de reemplazo de la leche materna. Los programas existentes no están debidamente integrados a la asistencia más amplia de la salud, y el seguimiento clínico de las mujeres, los niños y sus familias es limitado.
 - En **Moldavia** las mujeres que viven con VIH informaron que la calidad de la consejería antes y después de la prueba de detección del VIH es muy baja, hubo una falta general de conciencia en relación a la transmisión vertical incluyendo lo concerniente a los riesgos asociados a la alimentación mixta de los bebés. La falta de presupuesto financiero es un obstáculo para la implementación del fuerte compromiso de proveer de servicios para VIH, y no hay un abordaje específico de género en el Programa Nacional de SIDA. Las mujeres que viven en zonas rurales tienen dificultad de acceder a la asistencia, y la mitad de las mujeres que fueron encuestadas sufrieron discriminación por parte de los trabajadores de la salud.
 - En **Marruecos** el acceso a los servicios prenatales es limitado y muchas mujeres embarazadas que viven con VIH no han sido identificadas por la falta de provisión de testeos para VIH, especialmente en las zonas rurales. El miedo al estigma y la discriminación, tanto en el hogar como en el ámbito del sistema de salud, es el mayor obstáculo para que las mujeres sean testeadas. El amamantamiento está contraindicado por el Ministerio de Salud (una recomendación obsoleta), pero la fórmula de reemplazo es provista en sólo tres ciudades y sólo el 55 por ciento de la población rural tiene acceso al agua potable. La falta de coordinación entre las agencias involucradas (tales como UNFPA que se focaliza tanto en la salud de la mujer, de los niños y en la salud sexual y reproductiva, y otras agencias como UNICEF y UNIFEM) limitan la efectividad de los programas.
-

- En **Uganda** menos de la mitad de los centros de atención de la salud que proveen asistencia prenatal proveen otros servicios de prevención de la transmisión vertical, y las opciones para evitar los embarazos no deseados que se ofrecen en las clínicas de planificación familiar son limitadas. Los servicios son particularmente difíciles de acceder en algunas zonas rurales y en el área post conflicto septentrional. La falta regular de medicamentos ARV, la escasez de profesionales de la salud, de infraestructura y de insumos socavan la posibilidad de acceso. Las mujeres que viven con VIH informaron que sienten que no pueden afrontar ni el amamantamiento ni la fórmula de reemplazo de la leche materna por razones que van desde su propia nutrición deficiente hasta los obstáculos financieros que enfrentan, situación que las conduce a una alimentación mixta de mayor riesgo. Además las mujeres con VIH enfrentan discriminación tanto en sus hogares como por parte de los trabajadores de la salud.
- En **Zimbabue** los servicios de prevención de la transmisión vertical han estado entre los programas de mejor ejecución en el país, pero los años de confusión económica y política llevaron al colapso del sistema de salud, la periódica suspensión de los servicios, y a gastos de transporte y hospitalización inaccesibles. Hay una severa escasez de trabajadores de la salud y frecuentes faltantes de drogas, así como un número creciente de mujeres que dan a luz a sus bebés en sus hogares, sin asistencia prenatal, ni apoyo o seguimiento clínico posterior al parto. La escasez de personal adecuadamente entrenado determina también que muchas mujeres embarazadas no reciban consejo o suficiente asesoramiento sobre nutrición infantil. La violencia contra las mujeres ha estado por mucho tiempo entre los más significativos factores que las desalientan de utilizar los servicios de VIH/SIDA.

NUESTRAS RECOMENDACIONES

Las agencias de NU jugaron un papel fundamental en ayudar a establecer como objetivo vital el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento para mujeres, hombres y niños en materia de VIH/SIDA.

Llevarlo a cabo, sin embargo, ha sido mucho menos notable y efectivo. La persistente incapacidad y falta de voluntad para colaborar efectivamente es una razón clave de su pobre desenvolvimiento colectivo. Las agencias deben aumentar y mejorar la coordinación entre ellas, como así también con otros asociados en todos los niveles – mundial, nacional y localmente – como parte de un enfoque renovado que ponga énfasis en alcanzar los objetivos de acceso universal. Las acciones prioritarias para la detención de la transmisión vertical incluyen las siguientes:

- El secretario general de las NU, Ban Ki-moon, y los líderes de ONUSIDA, UNICEF, OMS, el Fondo Mundial y PEPFAR deberían programar una cumbre internacional con el objetivo de **evaluar los obstáculos globales** que impiden aumentar los servicios para la transmisión vertical. En esta cumbre, deberían unir sus responsabilidades de liderazgo clara y públicamente, y reasignar a sus agencias la provisión de servicios integrales
-

de transmisión vertical para todas las mujeres que los requieran. Deberían también **publicar un plan de acción** para incrementar la calidad de la cobertura.

- En UNGASS a celebrarse en junio del año 2010, ONUSIDA, OMS y UNICEF deberían medir e informar el progreso obtenido en la prevención de la transmisión vertical basándose en los cuatro pilares de la estrategia integral propuesta por las NU. La práctica actual – que se centra exclusivamente en la provisión de profilaxis – es insuficiente y terminantemente inaceptable.

Todos los socios involucrados en alcanzar las metas de prevención de la transmisión vertical deben acordar en establecer prioridades claras y coordinando sus labores para llevarlas a cabo. Sin embargo, son los gobiernos sobre quienes pesa la responsabilidad máxima de asegurar a sus ciudadanos el debido ejercicio del derecho a la salud. Los siguientes resultados se encuentran entre aquellos específicos que los gobiernos nacionales deberían obtener con la ayuda de donantes y agencias de las NU:

- **Los gobiernos deberían aumentar el acceso a los regímenes de profilaxis más efectivos basados en la triple terapia** para prevenir la transmisión del VIH en recién nacidos. Actualmente, sólo el 8 por ciento de aquellos que están en tratamiento tienen acceso a este régimen; la mayor parte de las mujeres embarazadas VIH+ junto con sus hijos, que tienen acceso a la profilaxis, no tienen más opción que tomar el régimen mucho menos efectivo de dosis simple.
 - **Los gobiernos deben revisar y aprobar políticas sobre alimentación infantil** que sean consistentes con las directrices globales y las últimas investigaciones. La OMS y UNICEF deberían sustentar este proceso así como evaluar con regularidad la implementación de estas directrices; consecuentemente deberían hacer públicos los resultados que se obtengan.
 - **Los donantes y los gobiernos debe incrementar el financiamiento y la implementación de programas de prevención** que específicamente beneficien a las mujeres embarazadas, incluyendo programas dirigidos a reducir la violencia en contra de las mujeres y niñas.
 - **ONUSIDA, UNFPA y UNICEF deberían proporcionar apoyo técnico a los gobiernos en busca de una mejor integración de los programas** para la prevención de la transmisión vertical con aquellos referidos a los derechos y la salud reproductiva y sexual, el planeamiento familiar, y la salud materna-infantil.
 - **Los gobiernos deberían revisar los programas e incrementar las asignaciones presupuestarias a los fines del tratamiento de las mujeres, los niños y las familias** de los que se sabe que necesitan antirretrovirales mientras esté en curso la evaluación de los servicios de prevención de la transmisión vertical. Muy pocas mujeres y niños reciben seguimiento clínico para acceder a los tratamientos. Globalmente, en el año 2007, sólo el 12 por ciento de las mujeres fueron evaluadas en cuanto a la necesidad del tratamiento, lo que representa una lamentable oportunidad perdida.
-

MEJORANDO LA RESPUESTA GLOBAL

Las Naciones Unidas y las iniciativas globales de financiamiento (tales como el Fondo Mundial y PEPFAR) tienen la responsabilidad fundamental de darse cuenta del potencial de los servicios integrales para prevenir la transmisión vertical del VIH. Estas entidades deben ser financiadoras, coordinadoras, asesoras técnicas y defensoras globales de estos servicios. La investigación llevada a cabo en seis países para la redacción de este informe sugiere que más allá de que varias entidades globales hayan hecho importantes contribuciones para la provisión de servicios integrales, el impacto individual de cada una de ellas ha sido limitado debido a la insuficiente conexión y coordinación entre ellas. En su conjunto, estas contribuciones fragmentadas no han permitido el desarrollo de programas robustos y consistentes necesarios para asegurar el mejoramiento rápido y sustentable de las políticas públicas.

Es llamativo que a pesar de que los investigadores de *Perdiendo el Objetivo* consultaron a un diverso grupo de actores clave específicamente acerca del rol de las agencias globales, las respuestas sobre este tema particular en la mayoría de los países han sido limitadas. Ello sugiere la necesidad de que las agencias globales sean mucho más visibles en su rol de asesores y defensores a favor de la implementación de servicios integrales en materia de prevención de la transmisión vertical, servicios que integren el VIH, la salud materno-infantil, y los servicios de salud sexual y reproductiva.

Un aspecto importante es que UNICEF ha lanzado varias campañas de alto perfil, como Unámonos por los Niños, que incluyen un objetivo principal: asegurar para el año 2010 que los servicios apropiados de prevención de la transmisión vertical estén disponibles para el 80 por ciento de las mujeres que lo necesiten. En el año 2005, UNICEF y la OMS convocaron al primer Foro Global de Alto Nivel sobre PTV (PMTCT). Tales esfuerzos deben ser expandidos, lo que de alguna manera significa que las agencias necesitan un significativo aumento de recursos para poder hacer este importante trabajo en el área.

Los Investigadores de *Perdiendo el Objetivo* escucharon en reiteradas oportunidades acerca de la necesidad de que los actores globales coordinen mejor sus esfuerzos en los países donde trabajan.

El Equipo de Tareas Interagencial sobre Niñez y VIH-SIDA (IATT por sus siglas en inglés)², liderado por UNICEF y compuesto por representantes de ONUSIDA como co-espónsors, donantes, ONGs, instituciones académicas y otras organizaciones, tiene a cargo la tarea de ayudar a coordinar políticas y programas en los países y a nivel global. La investigación realizada para este informe sugiere que el IATT necesita ser mucho más evidente y jugar un rol más activo y agresivo en el área. IATT debería establecer un sitio web

2 Mas información sobre el IATT puede encontrarse en www.unicef.org/aids/index_iatt.html

que sirva como centro de referencia de las mejores prácticas, se asocie con usuarios del sistema de salud, con activistas y defensores, y que se transforme globalmente en un buen defensor a favor del cambio de las políticas públicas. Además, la militancia del IATT debe volverse más transparente y el diseño de los programas debe recibir el aporte de la experiencia que poseen las ONGs locales que están trabajando sobre las bases.

Es importante resaltar, sin embargo, que no importa cómo o si ellas cambian, las agencias de las NU y las demás entidades globales sólo pueden ser útiles en tanto los gobiernos individuales se lo permitan. Las agencias asisten a los gobiernos, pero son éstos quienes tienen la responsabilidad última de supervisar la provisión de los servicios para sus ciudadanos. Los asociados globales pueden y deberían ofrecer a los gobiernos un vasto apoyo que demuestre un claro interés en el desarrollo de políticas realistas y programas para reducir la transmisión vertical.

Un ejemplo de proceso potencialmente útil sería tener Mecanismos de Coordinación de País (MCP) y Consejos Nacionales de SIDA que trabajen juntos en evaluar los obstáculos para la utilización de la asistencia y diseñar planes de acción con especificación de costos a los fines de expandir, mejorar y monitorear los servicios. Estos planes deberían tener tanto metas cuantitativas como cualitativas, como así también plazos y fechas límite para ser realizados. Todos estos mecanismos de coordinación- sea que trabajen internacionalmente o en los países afectados- deberían incluir una mayor representación de las personas que efectivamente van a hacer uso de los servicios. Por ejemplo: organizaciones locales de la sociedad civil, incluyendo organizaciones compuestas por personas que viven con VIH, quienes deberían estar involucradas en procesos de incidencia política para hacer que los gobiernos actúen más responsable y consistentemente, contemplando lo relativo al abordaje del estigma, la discriminación y la violencia contra las mujeres. Este tipo de organizaciones debería ser apoyado para que construya capacidades esenciales de veeduría ciudadana para asegurar que los gobiernos cumplan con los compromisos que han asumido.

En el área de los programas de alimentación infantil ha habido un fracaso general en cuanto a la coordinación de esfuerzos desde la política hacia el nivel de los programas. Aunque las directrices de las NU se han vuelto relativamente claras, las agencias globales y los mecanismos como PEPFAR y el Fondo Mundial no han estado coordinando con efectividad a los fines de la implementación de dichas directrices de una manera consistente.

Los últimos lineamientos de las NU recomiendan que los hijos de madres VIH+ sean amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, salvo que la fórmula de reemplazo de la leche materna cumpla con

antelación con las condiciones de ser aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS) para ellas y sus hijos. Este informe encontró brechas claras entre los lineamientos internacionales para la alimentación infantil, su integración dentro de las políticas nacionales, y su implementación en el terreno. Las pautas han cambiado con el tiempo y algunos países necesitan hacer más esfuerzos para asegurar que sus políticas y programas estén actualizados. El personal de salud en todos los niveles necesita de capacitación adicional que les ayude a tener una adecuada conciencia y habilidad para ayudar a los usuarios del sistema sanitario a tomar decisiones informadas.

Las pautas AFASS están pensadas para ser evaluadas a nivel individual más que a nivel nacional, pero varios informes sugieren que estas evaluaciones son realizadas principalmente a nivel nacional. Muchos de los investigadores encontraron que las políticas vigentes ponen un desproporcionado énfasis en la parte de “asequibilidad” de estas pautas. Los gobiernos deberían asegurar que el paquete completo de intervenciones de supervivencia infantil y salud reproductiva con lazos efectivos con la prevención del VIH, como así también con los lineamientos AFASS, y otras condiciones contenidas en las pautas de las NU, estén disponibles antes de ser considerada cualquier distribución gratuita de fórmula de reemplazo de la leche materna. El monitoreo de los infantes es crucial y no resulta claro si es que ello se esté realizando con efectividad en muchos de los países.

La mejor manera de asegurar que los niños no nazcan con la infección del VIH o la adquieran durante el amamantamiento es proveer a la mujer VIH+ de la asistencia que necesita para hacer frente a su propia infección por VIH. La transmisión vertical es desde luego un asunto donde la falsa dicotomía de enfrentar a la prevención y el tratamiento no tiene verdadero sentido – en estudios donde las mujeres VIH+ tienen adecuada asistencia, la transmisión vertical de VIH ha sido extensamente erradicada³.

Los programas de transmisión vertical deben estar articulados con los programas de VIH que proveen tratamiento. Las mujeres embarazadas VIH+ que se encuentran en riesgo de transmitir el virus a sus niños son aquellas que están muy enfermas, con un alto riesgo de morir, y la mayoría necesita el tratamiento para su propia salud. El derecho a la salud es restringido por la ausencia de asistencia y tratamiento adecuados.

Una de las conclusiones más claras de esta edición de *Perdiendo el Objetivo* es el significativo rol que juega el estigma, la discriminación y la violencia en la vida de muchas mujeres y el impacto tangible que dichos factores tienen en la utilización de los servicios. Tales fenómenos negativos son aún más pronunciados entre las mujeres que viven con VIH en prácticamente todas las sociedades; y como tales necesitan de una respuesta global.

3 Townsend, C.L., Cortina-Borja, M., Peckham, C.S., De Ruiter, A., Lyall, H., Tookey, P.A. “Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland” (Bajas tasas de Transmisión del VIH de Madres a Hijos siguiendo intervenciones efectivas en el embarazo en el Reino Unido e Irlanda), 2000-2006 (2008) AIDS, 22 (8), págs. 973-981.1.

Es necesario un esfuerzo bien financiado y coordinado para evaluar y luego avanzar en incrementar las respuestas más coordinadas para abordar estos problemas. Una prioridad es dar apoyo a los programas y luego medir el progreso alcanzado en reducir el estigma y la discriminación en los ámbitos del sistema de salud.

La investigación en este informe sugiere la existencia de muchas oportunidades para las agencias globales, los gobiernos nacionales y los más importantes donantes de mejorar el alcance y la efectividad de los servicios de prevención de la transmisión vertical. Las recomendaciones que se proponen en el resumen ejecutivo se centran en algunos de los pasos prioritarios para la acción e intervenciones iniciales.

Informe de País



Argentina

Coordinación general: Lorena Di Giano, activista

Entrevistas: Lorena Di Giano, Pablo García, and Alcira González

Autor del informe: Lorena Di Giano

PUNTOS CLAVE

1. No existen, dentro del programa gubernamental de prevención del VIH, estrategias específicas de prevención del VIH basadas en género.
2. En Argentina ocurren discrepancias en cuanto a la calidad y disponibilidad de asistencia sanitaria. En algunas ciudades, menos del 70 por ciento de las mujeres embarazadas se someten a una prueba de VIH antes del parto, a pesar de que existe una legislación nacional que obliga al ofrecimiento del test a todas las mujeres embarazadas.
3. Los profesionales de la salud, según ellos informan, dan prioridad desproporcionada a los derechos de los niños por sobre los de las mujeres. Las mujeres, a su vez, reciben a menudo información inadecuada en cuanto a sus propios derechos, incluyendo el de consentimiento informado y el del suministro de consejería apropiada antes y después de la prueba de VIH.
4. Las agencias globales de NU deberían coordinarse más efectiva y consistentemente con las oficinas nacionales de las NU para implementar y promover recomendaciones internacionales a nivel nacional.

PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

La investigación para este informe se llevó a cabo desde noviembre del 2008 hasta enero del 2009. Consistió de una revisión extensiva de documentos y sitios web provenientes de fuentes gubernamentales y no gubernamentales, entrevistas exhaustivas basadas en cuestionarios semi-estructurados, y dos grupos focales. Uno de estos grupos se realizó con cinco trabajadores de la salud, mientras que el otro contó con cuatro madres VIH+, una de las cuales estaba embarazada en ese momento.

Un total de 23 personas fueron entrevistadas en seis ciudades de la República Argentina: Buenos Aires, Mar del Plata, Monte Grande, Rosario, Tres Arroyos y Tucumán. Entre estas personas se incluyeron representantes de organismos de las NU (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF); personal de la Dirección Nacional de SIDA; directores de programas de SIDA de nivel local; trabajadores de la salud (pediatras, psicólogos, asistentes sociales, personal de enfermería y especialistas en la prevención de la transmisión vertical); defensores de los derechos humanos; mujeres viviendo con VIH; usuarios del sistema de salud viviendo y no viviendo con VIH; y una directora de un hogar para niños VIH+.

1. INFORMACIÓN DE FONDO

De acuerdo con las estimaciones lanzadas por el gobierno en agosto del 2008, en Argentina viven actualmente cerca de 134.000 personas VIH+. De estos, se cree que aproximadamente la mitad no conoce su estado serológico. Las mujeres comprenden cerca de un cuarto de todas las personas que viven con VIH, y de éstas, la mayoría de los casos oscila entre los 30 y 39 años de edad.

Entre 1986 y 2007, un total de 3.857 individuos menores de 14 años fueron diagnosticados con VIH. La cifra anual de nuevos casos infantiles comenzó a disminuir en el 2002 como consecuencia de la implementación de una política nacional coordinada para la prevención de la transmisión vertical. De los 1.493 casos de infección por VIH informados entre individuos menores de 14 años diagnosticados entre el 2001 y el 2007, un 92 por ciento se atribuyó a casos de transmisión vertical, un 1 por ciento debido a transfusiones sanguíneas, y un 1 por ciento debido a otras causas. (En el 6 por ciento de los casos restantes la causa de transmisión fue desconocida o incierta).

2. SITUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PARA LAS MUJERES

PREVENCIÓN PRIMARIA ENTRE LAS MUJERES

En Argentina existen datos limitados en cuanto al riesgo principal y a los factores de vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH.⁴ Esto se debe principalmente a la inexistencia de estrategias de prevención del VIH basadas en el género dentro del programa gubernamental de prevención del VIH; en su lugar, los mensajes y las intervenciones son comunes a toda la población.

Las mujeres embarazadas son el centro de atención de los esfuerzos de prevención del VIH. Estos intentos son respaldados por el hecho de que la mayoría de las mujeres comienza a acceder a los servicios de salud durante su embarazo.

NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES VIVIENDO CON VIH

Según se observa a lo largo de la investigación, una de las demandas centrales de las mujeres viviendo con VIH es un mayor acceso a anticonceptivos y otros materiales que puedan ayudar a aumentar el control sobre sus vidas reproductivas. También desean un mejor acceso a la consejería de planeamiento familiar e información acerca de los derechos que conciernen la sexualidad y la reproducción, como parte de la asistencia de salud de rutina.

Medidas recientes parecen haberse llevado a cabo para tratar estas necesidades. Con el apoyo del UNFPA, la autoridad nacional de SIDA busca reforzar la prevención de intervenciones de transmisión vertical mediante el desarrollo de un conjunto de pautas que contengan recomendaciones en cuanto a la consejería, la asistencia y otras intervenciones para mujeres y sus parejas sexuales. Estas pautas harían referencia también a necesidades específicas de mujeres viviendo con VIH en cuanto a la salud sexual y reproductiva. La autoridad planea concluir con el delineamiento de las pautas para mediados del 2009.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

En general, el acceso de las mujeres embarazadas a las pruebas de detección del VIH es alto debido a la implementación en el año 2001 de una política nacional que exige el ofrecimiento a todas las mujeres embarazadas de la prueba de VIH durante el primer estadio de su asistencia sanitaria. Sin embargo, uno de los resultados del sistema federal argentino es la existencia de grandes disparidades dentro del territorio en cuanto a la calidad y disponibilidad de los servicios de salud, incluyendo aquellos relacionados con los servicios y coberturas para la prevención de la transmisión vertical. En algunas ciudades, menos del 70 por ciento de las mujeres embarazadas se realizan una prueba de detección de VIH antes de entrar en la sala de

4 Una excepción es un estudio reciente sobre trabajadoras sexuales: "Estudio social en trabajadoras sexuales: Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/SIDA y otras ITS", equipo EMIGT, CEIL-PIETTE/CONICET, informe final lanzado en diciembre del 2007.

“La adherencia es posible aún en el peor de los contextos socio-económicos. Deberíamos continuar expandiendo el tratamiento antirretroviral para todas las poblaciones.”

Director del programa local de SIDA, ciudad de Rosario

parto.⁵ Según la autoridad nacional de SIDA, las limitaciones persistentes en la cobertura del testeo para VIH en algunas regiones (especialmente fuera de las áreas urbanas mayores) están relacionadas con la ineficiencia burocrática y con los deficientes sistemas de logística.

Otros descubrimientos a través de la investigación incluyen los siguientes:

- Hubo un acuerdo general entre los entrevistados de que el desafío más importante en cuanto a la prevención de la transmisión vertical es el hecho de que muchas mujeres embarazadas no se acercan a los centros de salud sino en etapas avanzadas del embarazo. Esto es particularmente cierto en comunidades geográficamente aisladas y caracterizadas por tener poblaciones con ingresos y niveles educativos relativamente bajos.⁶
- Las pruebas rápidas de detección del VIH están disponibles en más de tres cuartos de las 24 provincias argentinas. Sin embargo, los hallazgos indican una necesidad urgente de reforzar y aumentar la capacidad de los trabajadores de la salud a los fines de optimizar las oportunidades de los usuarios de acceder a este mecanismo de testeo.
- La profilaxis antirretroviral para uso durante el embarazo y el trabajo de parto se encuentra ampliamente disponible en todo el país. La mayoría de los entrevistados concordaron en que aunque la adherencia a los tratamientos de profilaxis es relativamente alto, ciertamente no es total. Por lo tanto, debería invertirse más energía en la creación y promoción de programas que focalicen en la adherencia y la educación sobre el tratamiento, así como en el reforzamiento del apoyo social y psicológico ofrecido durante el embarazo.
- Un impacto importante del aumento de los servicios de prevención de la transmisión vertical ha sido una mejora en el alcance y la calidad de otros servicios que se ofrecen a las mujeres embarazadas. Tales mejoras incluyen la capacidad para el diagnóstico temprano de otras ITS, el aumento en la prioridad que se da a las mujeres embarazadas dentro del sistema de salud en general, y el aumento en la disponibilidad y accesibilidad de un rango integral de servicios de cuidados prenatales en varias jurisdicciones. El resultado global ha sido un aumento en la tendencia y la capacidad de las mujeres embarazadas para obtener asistencia sanitaria durante y después del embarazo.
- En general, la expansión de las estrategias de prevención de la transmisión vertical no ha sido acompañada o seguida por un aumento en los recursos humanos. Esto significa que los trabajadores de la salud actuales tienen muchas más obligaciones y responsabilidades, comprometiendo de ese modo su capacidad de proveer en muchos casos servicios y asistencia apropiados y rigurosos.

5 Persisten diferencias a lo largo del país en cuanto al acceso de las mujeres a la prueba de detección del VIH durante el embarazo. El porcentaje es más alto (y por ende por encima del 70 por ciento) en áreas urbanas mayores como Buenos Aires y Mar del Plata.

6 **Perdiendo el Objetivo #6:** La respuesta al VIH/SIDA y los sistemas de salud: construyendo el éxito para lograr que los servicios de salud estén al alcance de todos. Informe de Argentina, julio de 2008, p.12.

PROVISION DE SERVICIOS PARA MADRES VIH+, SUS PAREJAS Y SUS FAMILIAS

Los hallazgos de la investigación indican que los políticos reconocen la necesidad de un enfoque integral para los servicios de prevención de la transmisión vertical que incluya no solamente a madres VIH+, sino también a sus parejas y parientes cercanos. En muchos entornos, las prioridades incluyen el cumplimiento post-parto del tratamiento de las madres VIH+, así como el seguimiento, la asistencia y la provisión del tratamiento para el bebé.

La investigación indica que en la mayoría de los establecimientos de salud, la identificación de infección por VIH entre mujeres en programas de prevención de la transmisión vertical es utilizada como punto de entrada para recomendar consejería y testeo a otros miembros de la familia. Sin embargo, todos los entrevistados observaron que el número de parejas sexuales que hace uso de estos servicios es todavía extremadamente bajo.

El MS ha comenzado a promover un nuevo programa en ciertas jurisdicciones con el objetivo de proveer una asistencia más eficaz e integral para las mujeres embarazadas, sus hijos y sus parejas; asegurar el diagnóstico y tratamiento temprano para prevenir la transmisión vertical de la sífilis; y estimular un mayor acceso a las pruebas de detección del VIH. Los componentes de este programa apuntan a reforzar las intervenciones en la prevención del VIH.

PROVISIÓN DE SERVICIOS PARA INFANTES Y NIÑOS QUE VIVEN CON VIH

Aunque el número de nuevas infecciones entre los niños ha disminuido bruscamente durante los últimos años (según se indicó previamente en este informe), se requieren esfuerzos mayores para asegurar que esa tendencia continúe. La mayoría de los casos de infección por VIH entre infantes y niños son el resultado de la insuficiente información y consejería que se provee a las mujeres en cuanto a sus derechos relacionados con el VIH/SIDA, la sexualidad y la reproducción, y la falta de atención prenatal adecuada durante el embarazo. Los entrevistados consideran que todos los nuevos casos son inexcusables dados los amplios mecanismos de prevención actualmente disponibles.

El acceso universal gratuito al tratamiento y a la asistencia para personas VIH+ está garantizado por ley en Argentina. No obstante, según algunos entrevistados, existe una escasez en la disponibilidad de fórmulas pediátricas de antirretrovirales en el país. El gobierno responsabiliza por tales faltantes al tipo y número limitado de tales fórmulas en el mercado global.

En cuanto a la provisión de otros servicios para niños VIH+, los entrevistados dijeron que hay una necesidad urgente de desarrollar protocolos prácticos y estandarizados también en áreas externas a la medicina. Tales protocolos incluirían idealmente pautas estandarizadas para que el personal de salud pueda tener un mejor manejo de los asuntos como el develamiento de la infección por VIH y el cumplimiento de la adherencia al tratamiento en

“Muchas mujeres embarazadas no pueden hallar ni el tiempo ni el dinero para buscar atención de máxima calidad, aún cuando está disponible en forma gratuita. Por ejemplo, recientemente una mujer me dijo: ‘Doctora, yo ya tengo otros cuatro hijos y no puedo acercarme al centro de salud tan fácilmente’.”

Director del programa de SIDA local, Mar del Plata

los niños. También se requieren estrategias para sobrellevar los desafíos relacionados con el pasaje de la niñez a la adolescencia y posteriormente a la adultez, etapas que requieren nuevos y diferentes tipos de atenciones y cuidados.

En general, lo que se necesita es un enfoque más integrador. La promoción de redes entre proveedores de asistencia a la salud a niveles locales y centros de referencia de VIH/SIDA más centralizados proporcionaría el ambiente de protección que los niños y sus familias necesitan. Las políticas deberían estar más focalizadas en las necesidades sociales en cuanto a asistencia y tratamiento, como por ejemplo cubrir costos de transporte, responder a las necesidades nutricionales, y promover mejores niveles de cumplimiento y adherencia a los tratamientos.

OBSTÁCULOS PARA LA PROVISIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS Y LECCIONES APRENDIDAS

La discriminación y el estigma persistentes asociados con el VIH –especialmente a nivel provincial y en comunidades pequeñas – siguen siendo un obstáculo que muchas personas viviendo con VIH enfrentan para acceder a la información pertinente sobre sus Derechos Humanos, la prevención, el tratamiento, el apoyo y la asistencia en materia de VIH/SIDA. Otros problemas mayores incluyen los excesivos requisitos burocráticos que frustran el rápido y fácil acceso a diagnósticos de rutina (CD4 y cargas virales) y el mal desempeño de la logística de distribución de drogas y los sistemas de abastecimiento en algunas jurisdicciones.

Algunos profesionales de la salud dan prioridad desproporcionada a los derechos de los niños por sobre los de las mujeres en cuanto a las intervenciones para la prevención de la transmisión vertical. Esto significa que algunas mujeres reciben información inadecuada acerca de sus propios derechos, incluyendo aquella que tiene que ver con el consentimiento informado y la provisión de consejería apropiada antes y después del testeo para la detección del VIH. Los investigadores también encontraron que en muchos establecimientos, los orientadores solo dan información sobre el VIH a las mujeres cuando los resultados de las pruebas resultan positivos.

Entre las lecciones aprendidas durante el constante esfuerzo por promover un conjunto integral de servicios en Argentina se encuentran las siguientes:

- La circulación extensiva de información y la formación de redes entre los establecimientos de asistencia a la salud y los centros de tratamientos antirretrovirales han ayudado a aumentar el acceso a los servicios integrales de apoyo, atención y tratamiento para VIH, incluyendo aquellos relacionados con la prevención de la transmisión vertical, entre mujeres viviendo con VIH.

- La integración mejorada de los programas de prevención de la transmisión vertical con los servicios para prevenir y tratar otras ITS (por ejemplo, un programa para el control de la sífilis congénita) ha aumentado las oportunidades para las mujeres y sus familias de acceder a los servicios de testeo y consejería para VIH.
- La incorporación de madres VIH+ como consejeras pares en los centros de prevención de la transmisión vertical ha mejorado la provisión de cuidados y apoyo, y a la vez ha aumentado la confianza de las mujeres embarazadas en los servicios públicos.

3. PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIH: ACCESO Y OTRAS CUESTIONES

La política general de testeo del VIH en Argentina sigue el modelo tradicional consejería y testeo voluntarios iniciados por el cliente (CTV). Según regulaciones oficiales, el CTV debería ser ofrecido gratuitamente en centros de referencia y cumplir con tres principios: i) *consentimiento informado*, que tiene que ver con el derecho de un individuo a aceptar o rechazar hacerse la prueba de detección del VIH sólo después de que se le dé amplia información acerca de lo que significa dicha prueba; ii) *consejería antes y después de la prueba*, que debería incluir la provisión de información con respecto a la atención y la prevención del VIH; y iii) *confidencialidad* por parte del personal de atención de la salud en cuanto a los resultados de la prueba, así como también al hecho mismo de haberse realizado la prueba o testeo.

El modelo de testeo iniciado por el proveedor para mujeres embarazadas se ha llevado a cabo desde el 2001 como parte de la política de prevención de la transmisión vertical. Dentro de este modelo, se le ofrece a la mujer embarazada la prueba de detección del VIH en todos los centros de atención primaria de la salud. Esta estrategia recomendada por el MS, está basada en la importancia de la detección temprana del VIH, y contempla una prueba inicial durante los primeros tres meses de embarazo, y una prueba de seguimiento durante los últimos tres. Las pruebas de ELISA estándar son comúnmente utilizadas en ambos casos; la implementación de pruebas rápidas se indica solamente en casos de madres que están en proceso de parto y no han sido testeadas previamente.

Las mujeres VIH+ entrevistadas dijeron que generalmente se sienten cómodas al revelar su estado y hablar abiertamente acerca del mismo en los centros de atención sanitaria. Los directores de centros de referencia para el testeo del VIH reconocieron el continuo desafío que enfrentar para asegurar la confidencialidad en pequeñas comunidades donde es más probable que los trabajadores de la salud y los pacientes compartan amistades, lazos familiares, etc.

Las leyes nacionales actuales protegen el derecho que poseen los adolescentes de someterse a las pruebas de detección del VIH por cuenta propia. Los entrevistados de varios centros de salud dijeron que, sin embargo, la autorización de los padres es a menudo requerida para los menores de 21 años. Esto va en contra de los derechos básicos de los adolescentes en cuanto a la privacidad y confidencialidad, y constituye un obstáculo que debería ser removido de inmediato.

Según los hallazgos, también existe una urgente necesidad de centrarse más en integrar la consejería y el testeo del VIH en establecimientos de atención primaria, reforzar la capacidad de los trabajadores de la salud para optimizar la provisión de consejería e información, y asegurar la confidencialidad de los resultados de las pruebas de detección. Varios de los entrevistados también recomendaron mejorar los esfuerzos para ayudar a las mujeres a manejar sus “sentimientos de culpa” en cuanto a la posibilidad de transmitir el virus a sus bebés; además para prepararlas para el momento en que tengan que dar a conocer un resultado positivo a sus parejas y familiares; y para hacer frente a la discriminación y el estigma potenciales relacionados con el VIH.

La cuestión de los “sentimientos de culpa” se resume en la cita siguiente, perteneciente a una mujer VIH+ entrevistada en Mar del Plata: *“Cuando fui diagnosticada seropositiva estaba en el tercer mes de mi embarazo. Mi primera reacción fue el miedo de transmitir el virus a mi hijo...Lloré muchísimo aún después de que mi doctor me dijese que el tratamiento sería casi con certeza efectivo. Este sentimiento de miedo y preocupación estuvo presente hasta que di a luz. Afortunadamente mi hijo no está infectado.”*

4. PAUTAS Y TENDENCIAS PARA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

La política nacional del gobierno recomienda que las madres VIH+ no amamenten a sus recién nacidos. Se provee consejería a las madres de manera que puedan tomar decisiones informadas en cuanto a seguir o no esta recomendación. El costo de la fórmula no es usualmente un factor en tales decisiones dado que la alimentación de reemplazo de la leche materna está disponible en forma gratuita y es accesible en todo el país para las mujeres que la necesiten; además se distribuye a través de la cadena de distribución nacional. Los activistas alegan, sin embargo, que ocasionalmente se informa acerca del desabastecimiento de la fórmula. Las redes de personas que viven con VIH desempeñan un rol fundamental en el monitoreo de estas faltantes y en la posterior exigencia al gobierno para que dé una respuesta inmediata a los fines de restablecer el acceso a los insumos.

La mayoría de los centros de asistencia proveen consejería y apoyo psicológico extra a las madres que viven con VIH como parte del esfuerzo necesario para contrarrestar la fuerte tradición cultural a favor del amamantamiento. Las personas entrevistadas en este informe expresaron que tales esfuerzos han tenido buenos resultados y que es alta la adherencia de las madres a la fórmula de reemplazo de la leche materna.

5. EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA Y EL ESTIGMA

El gobierno de Argentina ha declarado reiteradamente su compromiso de mejorar el estatus de las mujeres y eliminar la discriminación y la violencia en contra de ellas. Sin embargo, un informe reciente⁷ indica que la violencia en contra de las mujeres sigue siendo una práctica relativamente común en muchos entornos familiares y en muchas comunidades⁸. Parte de la responsabilidad puede ser endilgada a la tradición y a la cultura, pero al mismo tiempo es evidente que el gobierno ha hecho muy poco para abordar y dar solución al problema de la violencia en Argentina. No existen datos oficiales que permitan conocer la magnitud y las características de la violencia contra la mujer, las políticas públicas que se implementan son débiles y limitadas, y han probado ser ineficientes en salvaguardar los derechos de las mujeres y otorgarles seguridad frente a los abusos.

“En nuestro país no está incorporado en la práctica de los centros asistenciales de salud el que las mujeres viviendo con VIH puedan o deban planificar sus embarazos... La planificación familiar no se considera un ofrecimiento de rutina.”

Representante del
UNFPA en Argentina

La vulnerabilidad de la mayoría de las mujeres, en comparación con la de los hombres, se ve incrementada por la falta de empleo y de oportunidades económicas disponibles para ellas, y el sexismo está arraigado en los sistemas policiales y jurídicos, que son dominados por los hombres.

Tales barreras económicas y sociales limitan la libertad y autonomía de las mujeres en todos los sentidos, inclusive en relación a su capacidad de cuidarse ellas mismas y de cuidar a sus hijos.

La vulnerabilidad se incrementa cuando una mujer es diagnosticada con VIH (a menudo durante el embarazo) atento a que pesa sobre ellas la carga de informar a su pareja y/o a los miembros de su familia. Tal revelación puede desatar reacciones violentas relacionadas no solo con la infección por VIH en sí, sino con otros temas sensibles tales como la infidelidad y el sexo en general.

Los proveedores de servicios de VIH/SIDA todavía tienen que dar una respuesta adecuada tanto a la amenaza como a la realidad de violencia que sufren las mujeres en relación con el VIH, dado que existen muy pocos vínculos entre los servicios para VIH y los programas en contra de la violencia en general.

6. EVALUANDO EL TRABAJO DE LAS AGENCIAS GLOBALES

En Argentina, el apoyo de donantes y agencias internacionales ha sido crucial en cuanto a la mejora de los servicios de VIH/SIDA para madres y niños. El aumento de los servicios, especialmente en materia de prevención de la transmisión vertical, comenzó en el año 1997 con la implementación de un proyecto (LUSIDA) financiado por el Ministerio de Salud de la Nación y el

7 Amnistía Internacional en Argentina: “Muy Tarde, Muy Poco”, noviembre 2008.

8 Las estadísticas publicadas por Amnistía Internacional muestran que en Argentina, en los primeros 10 meses del 2008, al menos 110 mujeres murieron en manos de algún miembro de su familia, de la pareja o la ex pareja.

Banco Mundial. Esos esfuerzos han sido reforzados más recientemente con el aporte del financiamiento otorgado al país por el Fondo Mundial.

Existe una posibilidad sustancial de que las agencias de las NU mejoren su intervención en el país. Por ejemplo, sería de mucha utilidad si las agencias de las NU a nivel global coordinaran de manera más efectiva y consistente con sus oficinas en el país a los fines de implementar y promover a nivel nacional las recomendaciones internacionales. Los oficiales de las agencias locales de las NU están en general poco familiarizados con las directrices internacionales producidas por las agencias de las NU en el nivel internacional.

Por otro lado, las Naciones Unidas deberían reconsiderar la decisión de eliminar los Grupos Temáticos de ONUSIDA que el sistema creó a nivel de los países. Estos espacios de toma de decisión dentro del sistema de las NU, ofrece oportunidades importantísimas para las agencias, para los representantes de los gobiernos y para los representantes de la sociedad civil en cuanto a identificar y desarrollar respuestas a las prioridades nacionales reales en materia de VIH/SIDA.

Todas las agencias globales deberían también redoblar sus esfuerzos e incluir y/o mantener la participación e involucramiento de la sociedad civil local en todos los procesos a nivel país.

RECOMENDACIONES

Las autoridades sanitarias nacionales y provinciales deberían trabajar articuladamente y en asociación con la sociedad civil- incluyendo a las personas que viven con VIH- a los fines de:

- desarrollar investigaciones tendientes a 1) identificar los factores que incrementan la vulnerabilidad al VIH/SIDA en mujeres y niños, y 2) mejorar de manera continua la integralidad de los programas de prevención de la transmisión vertical;
 - desarrollar programas de prevención basados en género, que se focalicen en los factores de riesgo y en las necesidades específicas de las mujeres;
 - incorporar la consejería de pares provista por personas que viven con VIH en todas la estrategias y programas relacionados con la PTV;
 - incluir la asistencia a la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar como intervenciones esenciales en la prevención, los cuidados y el tratamiento en materia de VIH/SIDA;
 - priorizar la inclusión de las mujeres provenientes de grupos de mayor vulnerabilidad en el diseño, implementación y monitoreo de programas y servicios para VIH/SIDA. Tales esfuerzos ayudarían a hacer que la prevención y el tratamiento sean más accesibles y aceptables para todas las mujeres que los necesiten;
 - mejorar los sistemas de logística y distribución de las fórmulas de reemplazo de la leche materna a los fines de evitar el desabastecimiento de estos insumos;
-

- revisar las directrices actuales en materia de alimentación infantil (amamantamiento) con el objetivo de actualizarlas en concordancia con las últimas recomendaciones internacionales de la OMS y UNICEF;
- integrar el testeo y la consejería para VIH en todos los centros de atención primaria de la salud del país, y eliminar las barreras que impiden a los niños y adolescentes acceder a los servicios de testeo, tratamiento, cuidados y apoyo de una manera confidencial.

El Ministerio de Salud de la Nación debería trabajar junto con otros ministerios de manera articulada con la sociedad civil y con el apoyo de las agencias globales, a los fines de desarrollar un programa de capacitación destinado al personal de salud en todos los niveles, con el objeto de:

- reducir el estigma y la discriminación en relación con el VIH;
- asegurar el cumplimiento de los principios de consentimiento informado y confidencialidad;
- promover mayor conciencia y sensibilización en el personal de salud sobre los Derechos Humanos y temas específicos de género;
- mejorar la calidad de la información y la consejería que se provee en materia de VIH/SIDA;
- aumentar la coordinación entre los servicios de VIH/SIDA y los centros y servicios de referencia contra la violencia;
- promover la educación en tratamientos para las mujeres y los niños que viven con VIH.

La sociedad civil debería::

- mejorar su capacidad de monitorear las políticas y programas nacionales y provinciales de VIH/SIDA;
- aumentar su capacidad de desarrollar e implementar estrategias de incidencia política para promover el cambio de las políticas públicas en todas las áreas prioritarias en materia de VIH/SIDA.

Las agencias globales deberían dedicar más energía y recursos para:

- galvanizar la voluntad política y promover la movilización de recursos a los fines de alcanzar el objetivo de acceso universal a la prevención, a los tratamientos, a los cuidados y al apoyo integrales para las mujeres y los niños.
-

COALICIÓN INTERNACIONAL DE PREPARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO
Proyecto de Monitoreo de Acceso al Tratamiento y Advocacy



Perdiendo El Objetivo 7, Junio 2009