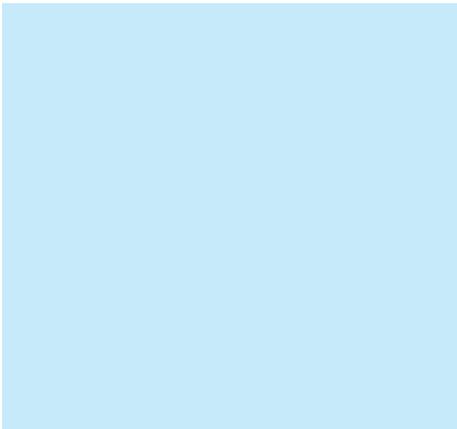
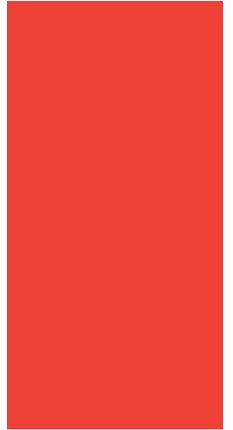


En riesgo y desatendidos: cuatro grupos de población clave **05**



Capítulo 05



EN RIESGO Y DESATENDIDOS: CUATRO GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

Este capítulo se centra en cuatro poblaciones: los profesionales del sexo; los varones que tienen relaciones sexuales con varones; los consumidores de drogas intravenosas, y los presos.

En la mayoría de los países, la prevalencia de la infección por el VIH en dichas poblaciones tiende a ser mayor que en la población general porque i) sus comportamientos las exponen a un mayor riesgo de contraer la infección, y ii) se encuentran entre las más marginadas y discriminadas comparadas con otras poblaciones de la sociedad. Al mismo tiempo, los recursos destinados a la prevención, tratamiento y atención del VIH de esas poblaciones no son proporcionales a la prevalencia del VIH, a causa de una gestión deficiente de los recursos y el incumplimiento de los derechos humanos fundamentales.

En los países con epidemias de nivel bajo y concentradas, los programas de prevención del VIH entre estas poblaciones, bien planeados y con una financiación adecuada, han demostrado ser decisivos a la hora de ralentizar o incluso frenar en seco la epidemia. Por ejemplo, a finales del decenio de 1980, Tailandia dio un paso decisivo para ejecutar su programa de “utilización

sistemática del preservativo” en los prostíbulos, que brindaba servicios concentrados de prevención del VIH a los profesionales del sexo y sus clientes. Si no lo hubiera hecho, se estima que hoy la prevalencia del VIH en la población adulta sería del 15%, o sea, diez veces el nivel actual, de aproximadamente el 1,5% (MAP, 2005). Los países con epidemias generalizadas que conceden alta prioridad a la programación del VIH para esas poblaciones, guiados por la vigilancia epidemiológica, asegurarán el uso más eficaz posible de los recursos.

Los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los consumidores de drogas intravenosas y los presos están en su mayor parte poco representados y no tienen voz en los procesos de toma de decisiones que afectan a su vida, incluidas aquellas relacionadas con el VIH. No obstante, allí donde han participado en las respuestas a la epidemia, se han contado a menudo entre los actores más

RIESGO Y VULNERABILIDAD AL VIH

El riesgo de contraer el VIH puede definirse como la probabilidad de que un individuo se infecte por el VIH bien a causa de sus propios actos, bien a causa de los actos de otras personas. Por ejemplo, inyectarse drogas con jeringas contaminadas o mantener relaciones sexuales sin protección con parejas sexuales múltiples aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH. La vulnerabilidad al VIH refleja la incapacidad de un individuo o una comunidad para controlar su riesgo de infectarse por el VIH. La pobreza, la desigualdad por razón del sexo y el desplazamiento como resultado de conflictos o desastres naturales son todos ejemplos de factores sociales y económicos que pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas a la infección por el VIH. Al planear respuestas integrales a la epidemia hay que abordar tanto el riesgo como la vulnerabilidad (ONUSIDA, 1998).

eficaces en dichas respuestas. La participación de la sociedad civil en la respuesta al SIDA comenzó en los países industrializados con las asociaciones de varones que tienen relaciones sexuales con varones, seguidas en varias partes del mundo por grupos organizados de profesionales del sexo y consumidores de drogas intravenosas (véase el capítulo 'La sociedad civil').

Muchas otras poblaciones son también vulnerables al VIH (por ejemplo, las mujeres y niñas; los jóvenes; las personas que viven en la pobreza; los trabajadores migrantes; las personas en

situaciones de conflicto y posteriores a conflictos; los refugiados, y las personas desplazadas internamente), y deberían abordarse igualmente sus necesidades de prevención del VIH.

Profesionales del sexo

Si bien no es posible calcular con exactitud el número de personas que venden relaciones sexuales, se estima que los profesionales del sexo pueden ser decenas de millones en todo el mundo, mientras que sus clientes, cientos de millones. Aunque los profesionales del sexo pueden



La pobreza, la desigualdad por razón del sexo y el desplazamiento como resultado de conflictos o desastres naturales son todos ejemplos de factores sociales y económicos que pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas a la infección por el VIH.

Aunque muchos países pueden tipificar el trabajo sexual como un delito, y así imponer una sanción al acto de comprar o vender relaciones sexuales a cambio de dinero, los profesionales del sexo tienen los mismos derechos humanos que los demás.



05

ser de cualquier edad, en gran parte son personas jóvenes, y la gran mayoría, de sexo femenino; los clientes (tanto de los profesionales del sexo masculinos como de los femeninos) son, en su mayoría, varones. En muchos países, un alto porcentaje de los profesionales del sexo son migrantes.

Aunque los países pueden tipificar el trabajo sexual como un delito, y así imponer una sanción al acto de comprar o vender relaciones sexuales a cambio de dinero, los profesionales del sexo tienen los mismos derechos humanos que los demás, en particular el derecho a educación, información, la calidad más alta de salud alcanzable y a no padecer discriminación y violencia, incluida la violencia sexual. Los gobiernos tienen la responsabilidad de proteger esos derechos y, en el contexto de la epidemia de VIH, llegar a los profesionales del sexo y sus clientes con todo el arsenal de información, productos y servicios sobre el VIH. Además, cabe encontrar formas de capacitar a los profesionales del sexo para que utilicen dichos servicios y participen activamente en el diseño y

suministro de los servicios de salud que necesitan.

TASAS ALTAS DE INFECCIÓN POR EL VIH

En Asia, un alto porcentaje de las nuevas infecciones por el VIH se contrae a través de las relaciones sexuales remuneradas, y entre los profesionales del sexo de muchos países se ha encontrado una prevalencia del VIH relativamente alta. En los años 1990, la prevalencia del VIH entre las profesionales del sexo en Viet Nam aumentó rápidamente, y pasó del 0,06% en 1994 al 6% en 2002. En Indonesia, la tasa de infección por el VIH entre las profesionales del sexo es del 3,1% a nivel nacional, pero varía de modo significativo de una región a otra. En Yakarta alcanzó el 6,4% en 2003 (MAP, 2005). Se calcula que en China los profesionales del sexo y sus clientes representan muy poco menos del 20% del número total de personas que viven con el VIH (Ministerio de Salud, China/ ONUSIDA, 2005a).

También se detecta una elevada prevalencia del VIH en el Caribe y América Latina (Asociación Pancaribeña contra el

VIH/SIDA, 2002). En Suriname, la prevalencia del VIH entre las profesionales del sexo fue del 21% según un estudio de 2005, mientras que en Guyana se registraron niveles de casi el 27% en 2004.

Jamaica notificó una prevalencia del VIH del 20% entre las profesionales del sexo en 2002 (Ministerio de Salud de Jamaica, 2002), mientras que ese mismo año en El Salvador dio positivo en la prueba del VIH el 16% de los profesionales del sexo que trabajan en la calle en San Salvador y Puerto de Acajutla (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 2003).

Si bien es poco lo que se sabe sobre el trabajo sexual en Oriente Medio y los países de África del Norte, una excepción es Tamanrasset, donde la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo ascendió del 1,7% en 2000 al 9% en 2004 (Banco Mundial, 2005). Es más lo que se sabe sobre Europa oriental y Asia central. Por ejemplo, un estudio realizado en San Petersburgo (Federación de Rusia) esta-

bleció que el 33% de los profesionales del sexo menores de 19 años eran VIH-positivos (Red de Europa Central y Oriental para la Reducción de Daños/OSI, 2005).

En zonas urbanas importantes de África subsahariana, varios estudios realizados en los últimos ocho años han registrado entre las profesionales del sexo unos niveles de infección por el VIH del 73% en Etiopía, 68% en Zambia, 50% en Ghana y Sudáfrica, 40% en Benin, 31% en Côte d'Ivoire, 27% en Djibouti y 23% en Malí (ONUSIDA, 2003). Estos datos ponen de relieve la necesidad de ampliar entre los profesionales del sexo los esfuerzos de prevención del VIH, incluso en países con epidemias generalizadas.

TRABAJO SEXUAL Y CONSUMO DE DROGAS

En muchas partes del mundo, el trabajo sexual y el consumo de drogas intravenosas están intrincadamente unidos: los consumidores de drogas recurren al trabajo sexual para pagarse su hábito, mientras que los profesionales del sexo

PROFESIONALES DEL SEXO MASCULINOS Y TRANSEXUALES

Si bien no son tan numerosos como las profesionales del sexo, los profesionales del sexo masculinos y transexuales también venden relaciones sexuales, predominantemente a hombres. Entre esas poblaciones la prevalencia del VIH suele ser alta. Un estudio reciente realizado en España descubrió tasas de infección por el VIH de más del 12% en los profesionales del sexo masculinos que visitaron dispensarios de pruebas en 19 ciudades españolas (Belza, 2005). En Indonesia, un estudio encontró una prevalencia del 22% entre profesionales del sexo transexuales y del 3,6% entre profesionales del sexo masculinos. Aproximadamente el 60% de los profesionales del sexo transexuales y el 65% de los profesionales del sexo masculinos comunicaron haber mantenido recientemente relaciones sexuales anales sin protección con sus clientes. Casi el 55% de los profesionales del sexo masculinos afirmaron haber mantenido relaciones sexuales con parejas del sexo femenino el año anterior (Pisani et al., 2004). Una reciente encuesta de las autoridades sanitarias municipales descubrió que el 5% de los profesionales del sexo masculinos de Shenzhen, una ciudad del sur de China, eran VIH-positivos (South China Morning Post, 2005).

caen en el consumo de drogas intravenosas para escapar de las presiones de su trabajo. Los profesionales del sexo que también consumen drogas intravenosas son los de mayor riesgo, principalmente porque la combinación de su trabajo y el consumo de drogas los sitúa fuera de la protección de la ley y los expone a la explotación y abuso, incluidas la violencia sexual, lesiones e incapacidad para negociar el uso del preservativo.

Se han encontrado altas tasas del VIH y de infecciones de transmisión sexual entre los profesionales del sexo de países con grandes poblaciones de consumidores de drogas intravenosas. En China, Indonesia, Kazajistán, Uzbekistán y Viet Nam, la amplia coincidencia entre el consumo de drogas intravenosas y el trabajo sexual está vinculada a las crecientes epidemias de VIH (ONUSIDA, 2005a). En Manipur (India), con una epidemia de VIH bien arraigada, impulsada por el consumo de drogas intravenosas, el 20% de las profesionales del sexo afirmó, según la vigilancia del comportamiento, inyectarse drogas (MAP, 2005). En Ciudad Ho Chi Minh, en 2002, el 49% de los profesionales del sexo que comunicaron

inyectarse drogas resultaron ser VIH-positivos, en comparación con el 19% de los profesionales del sexo que utilizaban drogas sin inyectárselas, y el 8% de los que no consumían ninguna droga. La investigación también demostró que era probable que alrededor del 50% de los profesionales del sexo que consumían drogas en Viet Nam no utilizase el preservativo, en comparación con aquellos que no consumían drogas (Tran et al., 2004).

JÓVENES Y DESINFORMADOS

La mayoría de las mujeres y varones se inician en el trabajo sexual en la adolescencia o con algo más de veinte años. Se calcula que en las regiones de Europa oriental y Asia central el 80% de los profesionales del sexo tiene menos de 25 años, y que los profesionales del sexo que consumen drogas intravenosas pueden ser incluso menores que los que no lo hacen.

Muchos profesionales del sexo carecen de información sobre el VIH y de los servicios que podrían protegerlos. Un estudio realizado en 2003 a lo largo de las principales rutas de transporte de África estableció que la edad promedio

La mayoría de las intervenciones relacionadas con el VIH que se ocupan del trabajo sexual están destinadas a los propios profesionales del sexo; se presta poca atención a sus clientes o a los contextos en que dichos profesionales trabajan.



de los profesionales del sexo era de 22,8 años, y que su nivel de educación era de sexto grado (escuela primaria superior). Sólo el 33% sabía que se exponía a un riesgo si mantenía relaciones sexuales sin protección. Ninguno de ellos declaró haber solicitado servicios de asesoramiento y pruebas del VIH (Omondi et al., 2003). Con frecuencia los profesionales del sexo tienen menos posibilidades que la población general de acceder a los servicios de salud pública, y es posible que desconozcan la existencia de tratamiento para las infecciones de transmisión sexual, o no puedan permitirse el tratamiento, lo cual puede aumentar la vulnerabilidad fisiológica al VIH. En Dili, a una cuarta parte de los profesionales del sexo encuestados en 2003 le diagnosticaron blenorragia o infecciones por clamidias; el 60% estaba infectado por el virus del herpes simple tipo 2 (Equipo encuestador sobre ITS de Pisani y Dili, 2004). Entre los profesionales del sexo encarcelados en un centro de detención juvenil de la Federación de Rusia, el 58% tenía al menos una infección bacteriana de transmisión sexual, y el 4% era VIH-positivo (Shakarishvili et al., 2005).

IMPACTO DEL ENTORNO DEL TRABAJO SEXUAL

Los profesionales de sexo trabajan en una variedad de entornos diferentes que van desde burdeles y salas de masaje sumamente organizados a la calle, mercados, vehículos o cines, bares, hoteles y casas. Cada lugar tiene su propio grado de riesgo y vulnerabilidad en cuanto a estigma, discriminación o potencial de violencia, y también el peligro evidente de contraer la infección por el VIH. Además, el comercio sexual no es fijo, sino que evoluciona

según las condiciones sociales y económicas, lo cual significa que los programas de prevención del VIH deben adaptarse para hacer frente a esos cambios. En Tailandia, por ejemplo, se ha registrado un gran aumento de los establecimientos de servicios sexuales distintos de prostíbulos, como las salas de masaje. Los profesionales del sexo de dichos establecimientos no están incluidos, en su mayor parte, en la programación del “uso sistemático del preservativo,” que se concentra en el trabajo sexual en los prostíbulos; por tanto, hay que llegar a ellos por otras vías. De igual modo, muchas ciudades de la India han señalado un aumento en el número de profesionales del sexo que no trabajan en prostíbulos (ONUSIDA, 2005a).

CLIENTES DE LOS PROFESIONALES DEL SEXO

La mayoría de las intervenciones relacionadas con el VIH que se ocupan del trabajo sexual están destinadas a los propios profesionales del sexo; se presta poca atención a sus clientes o a los contextos en que dichos profesionales trabajan. En muchos países, las políticas gubernamentales hacen caso omiso de la existencia de una demanda constante de trabajo sexual, y se centran exclusivamente en reprimir o reglamentar la oferta. La prevalencia de la compra de relaciones sexuales varía mucho. Por ejemplo, un estudio realizado entre la población general en 34 ciudades peruanas puso de manifiesto que el 44% de los varones de 18 a 29 años de edad afirmó haber pagado dinero para tener relaciones sexuales en 2002. De ellos, el 45% declaró no haber utilizado sistemáticamente el preservativo con los profesionales del sexo (Guanira et al., 2004). En algunos países asiáticos, afirmaron haber comprado relaciones

TRABAJO SEXUAL, TRÁFICO DE SERES HUMANOS Y VIH

Se estima que todos los años hay entre 600 000 y 800 000 víctimas de la trata de personas que traspasan las fronteras internacionales (Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2004). Si se añaden las personas que son objeto del tráfico en sus propios países, el número anual de víctimas de la trata de personas puede ascender a cuatro millones, incluidos 1,2 millones de menores de 18 años (OIT, 2002). Todas las regiones del mundo están afectadas por este problema, aunque hay algunas rutas bien establecidas para el tráfico de seres humanos. En Asia meridional, por ejemplo, la India y el Pakistán son los destinos principales para las niñas menores de 16 años, procedentes especialmente de Bangladesh y Nepal (ONUSIDA, 2005b).

Son escasos los datos sobre la prevalencia del VIH entre las mujeres y niñas víctimas de la trata de personas. No obstante, incluso en países con bajas tasas de VIH, esas mujeres y niñas son altamente vulnerables a la infección porque a menudo se ven expuestas a situaciones en las que no pueden negociar el uso del preservativo, son forzadas a soportar múltiples parejas sexuales y son objeto de violencia sexual (Burkhalter, 2003).

En su mayor parte, las mujeres y las niñas víctimas del tráfico proceden de sectores de la sociedad y de lugares en los que hay pobreza, endeudamiento, elevado desempleo y discriminación por razón del sexo (OIT, 2004). Deberían apoyarse los esfuerzos para superar esos factores con miras a evitar la trata de seres humanos. No obstante, hasta que dichos esfuerzos no demuestren ser decisivamente eficaces, se necesitan intervenciones que hagan frente a las necesidades inmediatas, como servicios de prevención y atención del VIH para víctimas potenciales y reales de la trata de personas.

sexuales porcentajes tan altos como el 15% de los varones de la población general y el 44% de los pertenecientes a poblaciones móviles de alto riesgo (por ej., camioneros de largo recorrido y hombres que trabajan en minas o en bosques lejos de su casa) (MAP, 2005).

PROGRAMACIÓN DEL VIH

Existen pruebas sólidas de que los programas de prevención del VIH para profesionales del sexo son eficaces, y de que dichos profesionales pueden ser participantes decisivos en los programas de prevención del VIH. La política tailandesa del “uso sistemático del preservativo” se ha reproducido con éxito en países que van de Asia sudoriental al Caribe, mientras que las

enseñanzas adquiridas de los profesionales del sexo organizados de Kolkata (India) han sido una referencia para proyectos sobre profesionales del sexo en todo el mundo (ONUSIDA, 2000).

En Santo Domingo (República Dominicana), se considera que los bajos niveles de infección por el VIH –del 3–4% entre los profesionales del sexo– denotan, en parte, un uso sistemático del preservativo y otros comportamientos más seguros fomentados por el programa “uso sistemático del preservativo” de la ciudad. Una encuesta reciente puso de manifiesto que el 87% de los profesionales del sexo declararon haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.



En algunas regiones del mundo, la información epidemiológica sobre la transmisión del VIH de varón a varón es relativamente escasa.

05

les a cambio de dinero; y el 76% afirmó utilizar siempre un preservativo durante las relaciones sexuales remuneradas (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2005).

Son muchos los proyectos que intentan ofrecer a los profesionales del sexo vías alternativas para generar ingresos. En Etiopía, por ejemplo, un reducido grupo de profesionales del sexo formó la Asociación de Autoayuda Sister, con la intención de asegurarse unos ingresos regulares y mejores servicios de salud. Las actividades que generan ingresos incluyen un restaurante, una tienda con horarios ampliados donde se vende una variedad limitada de artículos del hogar y comestibles, y un servicio de comida preparada para hoteles locales.

Los programas del VIH eficaces utilizan una combinación de estrategias tomando en cuenta factores tales como si los profesionales del sexo trabajan en prostíbulos, en una sola zona o son móviles, así como la condición jurídica del trabajo sexual. Las estrategias eficaces incluyen (ONUSIDA, 2002):

- fomento de un comportamiento sexual más seguro entre los profesionales del sexo, sus parejas y sus clientes (por ej., promoción del uso del preservativo y de la capacidad de negociación), y también de la solidaridad y la organización local de los profesionales del sexo (concretamente para que sus clientes no acudan a profesionales del sexo dispuestos a mantener relaciones sexuales sin protección);
- suministro de servicios de prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual, y acceso a productos básicos como los preservativos masculinos y femeninos y los lubricantes;
- educación inter pares y trabajo de divulgación, incluidos los servicios de salud, sociales y jurídicos;
- atención a los profesionales del sexo que viven con el VIH; y
- reforma de las políticas y la legislación, juntamente con esfuerzos encaminados a asegurar que las autoridades, como la policía y el personal de salud pública, respeten y protejan los derechos humanos de los profesionales del sexo.

Estas estrategias deberían acompañarse de programas para prevenir el inicio en el trabajo sexual y ayudar a las mujeres a dejar dicho trabajo, así como de medidas contra la trata de personas, incluidas la protección y asistencia para mujeres y niñas que han sido objeto del tráfico destinado al comercio sexual. En términos generales, la programación funciona mejor si cuenta con la participación activa de los propios profesionales del sexo en todas las fases de los proyectos, desde el desarrollo hasta la evaluación, y si apunta a disminuir su vulnerabilidad abordando las condiciones y el contexto (por ej., las cuestiones económicas y de género) del trabajo sexual.

Varones que tienen relaciones sexuales con varones

El término “varones que tienen relaciones sexuales con varones” describe un fenómeno social y de comportamiento más que un grupo específico de personas. En él se incluye no sólo a los varones gays y bisexuales que se reconocen como tales, sino también a los que mantienen relaciones sexuales con varones y se

reconocen a sí mismos como heterosexuales o no se reconocen como tales en absoluto, y también a los varones transexuales. En todos los países hay varones que tienen relaciones sexuales con varones; no obstante, en muchos lugares son mayoritariamente invisibles.

Los indicadores actuales señalan que en el mundo menos de uno de cada 20 varones que tienen relaciones sexuales con varones tiene acceso a los servicios de prevención y atención del VIH que necesita (véase el capítulo “Panorama general de la epidemia de SIDA”). Son muchos los factores que contribuyen a crear esta situación, incluidos la negación por parte de la sociedad y las comunidades, el estigma y la discriminación, y el abuso de los derechos humanos. Complejas cuestiones de género, la marginación social y jurídica y la falta de acceso a la información sobre el VIH influyen en el número de dichos varones que perciben, o no perciben, sus riesgos de contraer el VIH. Las normas tradicionales de género en relación con la masculinidad y feminidad contribuyen en gran medida a la homofobia –y al estigma y discriminación que se asocian con ella– de los varones que tienen relaciones sexuales con

Enfrentados a sanciones legales o sociales, los varones que tienen relaciones sexuales con varones se ven excluidos, o se excluyen ellos mismos, de los servicios de salud sexual y de bienestar social por miedo a que los identifiquen como homosexuales.



varones, los transexuales y las personas del “tercer sexo.” (Un ejemplo de ese último grupo son los *hijaras* que viven en varias regiones de Asia meridional y que no pueden definirse a sí mismos como hombres ni mujeres, sino como un tercer sexo.) Se ha identificado la homofobia como uno de los principales obstáculos a las respuestas eficaces al VIH en el avance hacia el acceso universal al tratamiento.

¿NO HAY DATOS SUFICIENTES?

En algunas regiones del mundo es relativamente escasa la información epidemiológica sobre la transmisión del VIH de varón a varón. Ello se debe en parte al hecho de que muchos de los varones afectados están casados con mujeres y, por consiguiente, se los considera parte de la población general más que una subpoblación diferenciada. Es de crucial importancia el hecho de que, en muchas partes del mundo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones carezcan de una identidad social propia (a diferencia de los que se identifican a sí mismos como “gays”), y comúnmente no se habla ni se reconoce la existencia de las relaciones sexuales entre varones, ni siquiera por parte de los propios interesados.

No obstante, a lo largo de los años se han realizado numerosas investigaciones útiles en muchos países de ingresos bajos y medianos, y resulta cada vez más evidente la carga de morbilidad de la infección por el VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones. Las relaciones sexuales entre varones son cruciales en la epidemia de VIH en casi todos los países latinoamericanos (ONUSIDA, 2006). Por ejemplo, en Bogotá (Colombia) se ha registrado una prevalencia del VIH del 20% en los varones que tienen relaciones sexuales con varones (Montano et al.,

2005). Sin embargo, las relaciones sexuales entre varones también tienen consecuencias importantes en muchas otras regiones. En Bangkok y Mumbai, por ejemplo, se han encontrado niveles de infección por el VIH del 17% en los varones que tienen relaciones sexuales con varones (ONUSIDA, 2005a). Lamentablemente, incluso en los numerosos países donde los datos indican que los varones que tienen relaciones sexuales con varones están seriamente afectados por el VIH, sus necesidades de prevención en buena parte se han pasado por alto o se han financiado de manera insuficiente (véase el capítulo “Respuestas nacionales”).

FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE EL VIH Y POCAS CONCIENCIA DEL RIESGO

Muchos varones que tienen relaciones sexuales con varones no se consideran a sí mismos homosexuales, y por tanto descartan que estén expuestos al riesgo de contraer el VIH. Incluso entre los que se identifican sin problema como gays, bisexuales o transexuales, sigue habiendo una considerable falta de conciencia del VIH y de lo que constituye un comportamiento sexual de riesgo. Un estudio inter pares de varones que tienen relaciones sexuales con varones en el sureste de Europa puso de manifiesto la existencia de ideas erróneas sobre las vías de transmisión del VIH, aunque algunos varones afirmaron tener comportamientos sexuales de riesgo (Longfield et al., 2004). En Beijing, solamente el 15% de una muestra de 482 varones que tienen relaciones sexuales con varones comprendía que corrían riesgo de contraer la infección por el VIH, y muchos tenían ideas erróneas acerca de las vías de transmisión del VIH y un conocimiento limitado sobre los preservativos. Un 49% de los participantes declaró haber tenido relaciones anales sin

protección con otros varones durante los seis meses anteriores. Menos de una cuarta parte obtuvo gratuitamente preservativos y lubricantes para preservativos en los dos años anteriores (Gibson et al., 2004).

RELACIONES SEXUALES CON VARONES Y CON MUJERES

Muchos varones que tienen relaciones sexuales con varones también las tienen con mujeres. En el estudio realizado en Beijing y mencionado en el apartado anterior, el 28% de los varones encuestados comunicó haber tenido relaciones sexuales con varones y también con mujeres durante los seis meses anteriores, y el 11% tuvo relaciones sexuales sin protección en ambos casos (Gibson et al., 2004). Un amplio estudio llevado a cabo en Andhra Pradesh descubrió que el 42% de los varones de la muestra que tenían relaciones sexuales con varones estaban casados, que el 50% habían tenido relaciones sexuales con una mujer en los últimos tres meses y que muy poco menos de la mitad de ellos no habían utilizado preservativo (Dandona et al., 2005).

CRIMINALIZADOS Y MARGINADOS

La vulnerabilidad a la infección aumenta de modo espectacular allí donde se tipifican como delito las relaciones sexuales entre varones. En Jamaica, los varones que tienen relaciones sexuales con varones pueden ser condenados por delito y reclusos en prisión. Las relaciones sexuales entre varones en Malawi conllevan una pena de prisión de 14 años (Goyer, 2003). La criminalización y la homofobia limitan seriamente la capacidad de muchos varones que tienen relaciones sexuales con varones para acceder a la información sobre prevención del HIV, y también su acceso a

productos básicos, tratamiento y atención (USAID, 2004). Enfrentados a sanciones legales o sociales, los varones que tienen relaciones sexuales con varones se ven excluidos, o se excluyen a sí mismos, de los servicios de salud sexual y de bienestar social por miedo a que los identifiquen como homosexuales.

¿PIERDEN TERRENO LOS ESFUERZOS DE PREVENCIÓN?

En algunos países, los homosexuales que se reconocen como tales han ocupado su lugar en la sociedad convencional gracias a un proceso de activismo, reformas jurídicas y cambios en las actitudes sociales. Han estado a la vanguardia de la prevención del VIH desde los primeros años de la epidemia, y siguen estándolo. Una encuesta realizada en cinco ciudades de la India entre varones que tienen relaciones sexuales con varones halló recientemente que la distribución y el fomento de los preservativos por parte de iguales dieron como resultado un importante aumento en el uso del preservativo, especialmente en Mumbai, donde los educadores inter pares distribuyeron más de las dos terceras partes de los preservativos utilizados por la población encuestada (MAP, 2005).

No obstante, parece estar debilitándose parte del éxito contra el VIH alcanzado por los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Por ejemplo, el riesgo sexual entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones está aumentando en muchos países, un aumento en parte estrechamente vinculado al consumo de alcohol o drogas. Así, los Estados Unidos han registrado en los últimos años un rápido crecimiento del uso del estimulante llamado metanfetamina. La investigación indica que, en Los Ángeles, los varones



Casi 20 años de investigación y experiencia confirman que las epidemias de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas pueden prevenirse, estabilizarse e incluso hacerse retroceder utilizando un conjunto integral de medidas de prevención y atención del VIH.

05

que consumen esa droga y tienen relaciones sexuales con varones tienen una tasa de infección por el VIH tres veces superior a la de los varones que no consumen metanfetamina y tienen relaciones sexuales con varones (Peck et al., 2005). En San Francisco, aproximadamente uno de cada cinco varones que tienen relaciones sexuales con varones ha declarado recientemente el consumo de dicha droga, mientras que en la ciudad de Nueva York la cifra fue de uno de cada siete, y en Chicago y Los Ángeles, uno de cada 10 (Departamento de Salud Pública, Chicago, 2005; de Herrera et al., 2005).

El resurgimiento de comportamientos sexuales de riesgo tiene una serie de posibles explicaciones. Una puede ser la creencia errónea de que, con el acceso generalizado a la terapia antirretrovírica, el SIDA es más o menos curable y, por consiguiente, las relaciones sexuales protegidas son opcionales. Al mismo tiempo, las autoridades de salud pública de la mayor parte de los países dedican ahora a los varones que tienen relaciones sexuales con varones menos recursos de los que las pruebas apuntan como necesarios. La creciente prevalencia del VIH entre dicha población en muchos

países confirma que se trata de una política pública corta de miras e irresponsable.

UNA AMPLIA GAMA DE RESPUESTAS

Una amplia gama de respuestas dirigidas a reducir los comportamientos de riesgo y la vulnerabilidad al VIH de los varones que tienen relaciones sexuales con varones han demostrado ser eficaces en una variedad de contextos (ONUSIDA, 2000b). Dichas respuestas incluyen:

- el fomento general y enfocado del uso de preservativos de alta calidad y lubricantes acuosos; y garantizar su disponibilidad constante;
- campañas a favor de unas relaciones sexuales más seguras y enseñanza de conocimientos, centradas principalmente en la reducción del número de parejas, un mayor uso del preservativo y alternativas a las relaciones sexuales con penetración;
- educación inter pares entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, juntamente con programas de divulgación a cargo de voluntarios o de trabajadores sociales o sanitarios profesionales;

- educación y actividades de divulgación para las parejas femeninas de los varones que tienen relaciones sexuales con varones; y
- programas diseñados especialmente para subpoblaciones concretas, tales como la policía y el personal militar, los presos y los profesionales del sexo masculinos.

Además de estas medidas de prevención, deben fomentarse diversas actividades entre los gestores de los sistemas de salud y los gobiernos. En primer lugar, es importante apoyar a las organizaciones de varones gays que se reconocen a sí mismo como tales, capacitándolas para impulsar programas de prevención y atención del VIH. Deben establecerse alianzas entre epidemiólogos, científicos sociales, políticos, grupos de defensa de los derechos humanos, abogados, médicos, periodistas, grupos organizados de varones que tienen relaciones sexuales con varones, y otras organizaciones de la sociedad civil. Tienen que revisarse las leyes que tipifican como delito los actos homosexuales entre adultos en privado y con consentimiento mutuo, y hay que promulgar leyes antidiscriminatorias y protectoras para reducir las violaciones de los derechos

humanos por razones de orientación sexual. En último lugar, pero de crucial importancia, es necesario el compromiso público de los gobiernos, las comisiones nacionales sobre el SIDA, las organizaciones comunitarias y los donantes para incluir a los varones que tienen relaciones sexuales con varones en la programación del VIH y en las prioridades de financiación. Los marcos nacionales de acción sobre el SIDA deberían tener planes específicos de prevención, tratamiento y atención para los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Consumidores de drogas intravenosas

Se calcula que el consumo de drogas intravenosas representa poco menos de una tercera parte de las nuevas infecciones en el mundo exceptuando África subsahariana. Una vez que el VIH penetra en una comunidad, el progreso de la infección en el resto de la población puede ser muy rápido si no se toman pronto medidas apropiadas. Con todo, pese al importante papel de los consumidores de drogas intravenosas en la respuesta al

Numerosos estudios realizados en diversos centros epidemiológicos son eficaces en relación con los costos a la hora de reducir la propagación del VIH.



PAREJAS SEXUALES (MASCULINAS Y FEMENINAS) DE LOS VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES

Omitir los riesgos de las relaciones sexuales anales sin protección no sólo contribuye a que los varones que tienen relaciones sexuales con varones sean vulnerables a la infección por el VIH, sino que también expone a sus parejas de sexo femenino al mismo riesgo. En los países de ingresos altos, continúa registrándose una incidencia del VIH relativamente alta entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Recientes investigaciones indican que muchos de ellos no revelan a sus parejas sexuales su estado serológico del VIH o pueden estar desarrollando una actitud de excesiva confianza en lo relativo al comportamiento sexual de riesgo. Según una encuesta realizada recientemente en Los Ángeles y Seattle (Estados Unidos), es poco probable que los varones VIH-positivos revelen su estado serológico a sus parejas sexuales porque consideran que eso “es un asunto privado” o porque niegan el problema, tienen una carga vírica baja o temen el rechazo (Gorbach et al., 2004).

VIH, la cobertura de la prevención del VIH para esta población es, en el mejor de los casos, del 5% en todo el mundo (USAID et al., 2004).

En el mundo hay aproximadamente 13 millones de consumidores de drogas intravenosas; de ellos, 8,8 millones viven en Europa y en Asia central, meridional y sudoriental. En América del Norte hay alrededor de 1,4 millones de consumidores de drogas intravenosas, y otro millón en América Latina (ONUDD, 2004). El uso de equipo de inyección contaminado durante el consumo de droga es la principal vía de transmisión del VIH en Europa y Asia central, donde da cuenta de más del 80% de todos los casos de VIH.

También es el punto de entrada de las epidemias de VIH en un gran número de países de Oriente Medio, África del Norte, Asia meridional y sudoriental, y América Latina. De forma alarmante asistimos a nuevas epidemias por consumo de drogas intravenosas en diversos países de África subsahariana (ONUSIDA, 2005c).

RIESGO Y VULNERABILIDAD

Ciertas prácticas de consumo de drogas contribuyen considerablemente a la infección por el VIH entre los consumidores, siendo el riesgo mayor la utilización de agujas y jeringas contaminadas; las prácticas sexuales de riesgo también contribuyen, si bien en menor grado. Por ejemplo, en Ciudad Ho Chi Minh, los profesionales del sexo que consumían drogas intravenosas tenían cerca de la mitad de probabilidades de utilizar preservativos que aquellos que no consumían drogas (MAP, 2004). La elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual entre consumidores de drogas es un reflejo de las prácticas sexuales sin protección.

Más allá de los riesgos físicos asociados al consumo de drogas intravenosas, los consumidores de drogas son vulnerables al VIH a causa de su condición social y jurídica. Por irónico que parezca, en muchos países esto significa que las intervenciones relacionadas con el VIH no están disponibles para los consumidores de drogas, o que dichos

La tensión entre los objetivos de la aplicación de la ley y las preocupaciones de salud pública puede no resolverse nunca del todo en lo que respecta al consumo de drogas intravenosas.



05

consumidores no pueden o no desean acceder a ellas por miedo a la recriminación. Por ejemplo, un 80% de los rusos que viven con el VIH contrajeron la infección a través del uso de agujas y jeringas contaminadas, y se estima que entre el 1,5% y el 8% de todos los varones rusos menores de 30 años han consumido drogas intravenosas en algún momento de su vida (Molotilov et al., 2003). Pese a la reconocida eficacia de las medidas de prevención del VIH para consumidores de drogas intravenosas, tales como los intercambios de agujas y jeringas y el tratamiento de sustitución de drogas, la Federación de Rusia ha tardado en sacar provecho de dichas medidas. Una reciente encuesta reveló que la financiación de los programas de intercambio de agujas y jeringas había disminuido en un 29% entre 2002 y 2004. Aunque algunos legisladores regionales han aportado fondos a los proyectos de intercambio de agujas y jeringas y a los centros del SIDA que ofrecen tratamiento del VIH, dicho apoyo no fue universal ni lo bastante extendido para los niveles de cobertura necesarios para contener las epidemias de VIH impulsadas por el consumo de drogas intravenosas. No obstante, los

nuevos fondos pueden ayudar a comenzar a restablecer el equilibrio. La primera subvención concedida a la Federación de Rusia por el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria sirvió para apoyar 23 proyectos de intercambio en 10 regiones, y su financiación del tratamiento para personas que viven con el VIH incluyó de manera explícita a los consumidores de drogas intravenosas entre los beneficiarios de tales medidas (Wolfe, 2005).

REDUCCIÓN DE DAÑOS: ALTA PRIORIDAD

Casi 20 años de investigación y experiencia confirman que las epidemias de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas pueden prevenirse, estabilizarse e incluso hacerse retroceder utilizando un conjunto integral de actividades de prevención y atención del VIH. Ese conjunto de actividades apareció recientemente resumido en un documento de posición del ONUSIDA sobre prevención del VIH como “un sistema de medidas global, integrado y eficaz consistente en toda la gama de opciones de tratamiento (en particular, el tratamiento de sustitución de drogas) y la aplicación de medidas para la reducción de daños

(mediante, entre otras, la divulgación inter pares destinada a los consumidores de drogas intravenosas y los programas de agujas y jeringas esterilizadas), el asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias y confidenciales, la prevención de la transmisión sexual del VIH entre consumidores de drogas intravenosas (incluidos los preservativos y la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual), el acceso a la atención primaria de salud y el acceso a la terapia antirretrovírica. Un enfoque así debe basarse en el fomento, protección y respeto de los derechos humanos de los consumidores de drogas intravenosas” (ONUSIDA, 2005d).

Numerosos estudios realizados en diversos centros epidemiológicos son eficaces en relación con los costos a la hora de reducir la propagación del VIH (Sullivan et al., 2005). Desde los años 1990, los programas de mantenimiento que utilizan la metadona han comunicado su eficacia para ayudar a contener las epidemias de VIH en zonas tan diversas como Australia, China, la Región Administrativa Especial de Hong Kong, Suecia, Tailandia y Estados Unidos (Mattick et al., 2003). Dichos programas de mantenimiento brindan la oportunidad de

estabilizar las situaciones sanitarias y sociales de los consumidores de drogas y mejorar la observancia del tratamiento antirretrovírico. Pese a estas pruebas, ciertos aspectos de la reducción de daños siguen siendo objeto de controversia en algunas partes del mundo (Beckley Foundation, 2005). Por ejemplo, en algunos países las leyes y políticas contraproducentes prohíben la terapia de sustitución con metadona o buprenorfina.

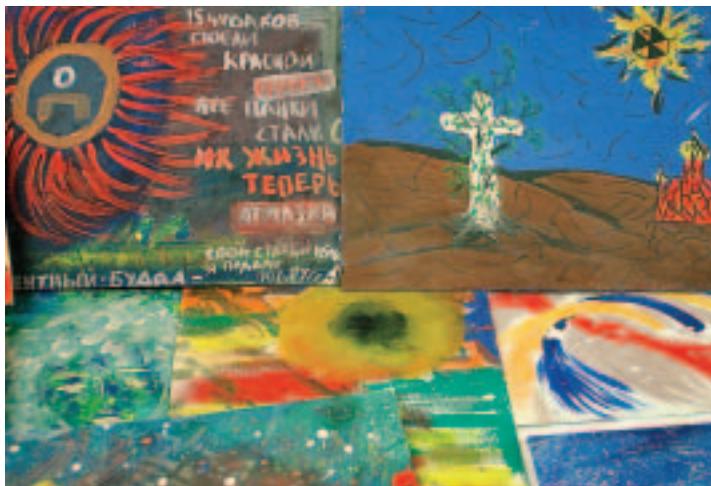
La OMS añadió en 2005 la metadona y la buprenorfina a la *Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Esenciales*, y viene insistiendo en introducir dichos medicamentos en los programas sobre drogas en países donde predomina el uso de opiáceos (por ej., opio y heroína) como componentes esenciales tanto de la prevención del VIH como de su tratamiento. Dicha medida ha incluido el apoyo al desarrollo de directrices nacionales para la terapia de sustitución con metadona y la ampliación de los programas de reducción de daños en países como China, Myanmar y Ucrania.

Las enseñanzas de la prevención integral del VIH se están aplicando en un número cada vez mayor de países. Pese a un



Las condiciones que imperan en la mayoría de las cárceles las convierten en entornos de altísimo riesgo para la transmisión del VIH, un hecho que ha llevado a llamarlas “incubadoras” de la infección por el VIH, y también de la hepatitis C y la tuberculosis.

Si los países no introducen de buen grado programas de reducción de daños en la población general, o no reconocen y aprueban las relaciones sexuales entre varones, es mucho menos probable que sí lo hagan en las cárceles.



fuerte compromiso a favor del tratamiento obligatorio de la drogodependencia y a los programas basados en la abstinencia, Malasia ha decidido recientemente introducir programas de reducción de daños. En 2004 dicho país tenía aproximadamente entre 117 000 y 240 000 consumidores de drogas intravenosas, y unas 52 000 personas que vivían con el VIH, la gran mayoría de ellas varones de 20 a 29 años (Ministerio de Salud, Malasia y OMS; 2004; Huang y Hussein, 2004). Después del esfuerzo sostenido de sensibilización realizado por diversas organizaciones gubernamentales y la comunidad sanitaria, se han instaurado programas piloto de sustitución con metadona, y está previsto que en 2006 se implanten programas piloto de intercambio de agujas y jeringas. Además, ahora se suministra terapia antirretrovírica a los consumidores de drogas intravenosas ingresados en centros de tratamiento de la drogodependencia. En 2005, una orden judicial de la República Islámica del Irán estipuló que los individuos que utilizan drogas ilícitas ya no serían el blanco de la represión criminal y que, en cambio, el sistema de salud pública los trataría como pacientes (Red

Asiática para la Reducción de Daños, 2005).

En Asia central, el Gobierno de Kirguistán apoya los programas de intercambio de agujas y jeringas en tres ciudades y en las cárceles del país, y fue el primer miembro de la Comunidad de Estados Independientes en ofrecer terapia de sustitución con metadona. Aunque dichos programas aún deben ejecutarse en gran escala, los primeros resultados sugieren que el país se ha beneficiado de su activa búsqueda de asistencia técnica y del sólido compromiso de las organizaciones no gubernamentales a la hora de formular y poner en marcha esfuerzos de prevención del VIH a nivel nacional (Wolfe, 2005). También China ha adoptado la prevención integral del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, estableciendo 91 programas de intercambio de agujas y jeringas en varias partes del país (Ministerio de Salud, China/ONUSIDA, 2005). Actualmente ya ha iniciado el proceso de establecer 1500 programas de sustitución con metadona que llegarán a 300 000 consumidores de opiáceos en un periodo de tres años, así como de conectar esos servicios a centros de suministro de medicamentos antirretrovíricos.

TRATAMIENTO DEL VIH PARA CONSUMIDORES DE DROGAS INTRAVENOSAS

La Coalición Internacional sobre Preparación para el Tratamiento recomienda que las metas del tratamiento a nivel mundial y nacional determinen objetivos para poblaciones de riesgo clave, en respuesta a la constatación de que, en muchos países, los consumidores de drogas intravenosas, los presos, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y ciertas poblaciones móviles se enfrentan a fuertes obstáculos cuando quieren acceder a una atención y tratamiento del VIH apropiados (ITPC, 2005).

Esto es especialmente cierto en el caso de los consumidores de drogas intravenosas. Las razones de ello son complejas. A causa de la ilegalidad del consumo de drogas y del estigma asociado a dicho consumo, los consumidores de drogas intravenosas a menudo quedan fuera del sistema de atención sanitario y perciben pocas razones para acudir en busca de servicios médicos. En la Federación de Rusia, por ejemplo, un consumidor de drogas quedará registrado oficialmente por las autoridades gubernamentales si solicita

tratamiento para su adicción o accede a otros servicios sanitarios o sociales.

Si bien los consumidores de drogas intravenosas en tratamiento antirretrovírico pueden alcanzar resultados clínicos comparables a los de los pacientes en terapia antirretrovírica que no consumen drogas intravenosas, necesitan médicos experimentados con capacidad para tratar las numerosas y serias afecciones potencialmente amenazadoras para la vida que deben tratarse juntamente con la infección por el VIH. Los consumidores de drogas intravenosas infectados por el VIH son especialmente propensos a contraer graves infecciones bacterianas, como endocarditis infecciosa y tuberculosis pulmonar (Gordon y Lowy, 2005).

En contextos hospitalarios, suministrar atención y tratamiento a consumidores de drogas intravenosas presenta a menudo desafíos especiales. Las personas que han tenido un modo de vida caótico intentan a menudo seguir consumiendo drogas intravenosas dentro del hospital, les resulta difícil adaptarse a las normas y a veces se sienten estigmatizadas por el personal del hospital. Se han desarrollado algunos enfoques

PRUEBAS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

La transmisión del VIH y el impacto del VIH/SIDA asociados al consumo de drogas intravenosas pueden contenerse mejor poniendo en marcha un conjunto básico de intervenciones . . . Existen pruebas sólidas y fiables de que dicho conjunto de intervenciones para la reducción de daños disminuye considerablemente el consumo de drogas intravenosas y los comportamientos de riesgo asociados, y así previene, detiene y hace retroceder las epidemias de VIH asociadas al consumo de drogas intravenosas. A la inversa, no hay pruebas convincentes de consecuencias negativas importantes de dichas intervenciones, tales como la iniciación en el consumo de drogas intravenosas de las personas que anteriormente no se inyectaban, o un aumento de la duración de la frecuencia del consumo de drogas ilícitas o de drogas intravenosas (ONUSIDA, 2005c).

innovadores para hacer frente a esos desafíos. En Vancouver algunos médicos llevan mucho tiempo interesados en el hecho de que los consumidores de drogas intravenosas dejan el hospital antes de terminar el tratamiento de las infecciones bacterianas, lo cual da origen a problemas de salud a largo plazo y a repetidas hospitalizaciones. En respuesta a este problema, las autoridades de salud pública han puesto recientemente a prueba una unidad de atención de transición concebida para satisfacer las complejas necesidades de los pacientes que consumen drogas. La unidad, estilo apartamento, no sólo proporciona atención las 24 horas al día para problemas clínicos urgentes—incluidas las enfermedades relacionadas con el SIDA que suelen afectar a esa población—, sino que también facilita acceso a programas de tratamiento de toxicomanías y servicios sociales como el alojamiento una vez que el paciente se marcha. Desde que se lanzó el proyecto, a principios de 2005, la vigilancia ha registrado una mejora de los resultados de salud entre los pacientes, mayores niveles de satisfacción tanto de los pacientes como del personal, y costos significativamente inferiores en comparación con la atención hospitalaria (Vancouver Coastal Health Authority, 2005).

ADAPTAR LOS OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN DE DROGAS Y LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA

La tensión entre los objetivos de la aplicación de la ley y las preocupaciones de salud pública puede no resolverse nunca del todo en lo que respecta al consumo de drogas intravenosas. No obstante, tanto por un principio ético básico como por prácticas probadas de salud pública, las políticas de fiscalización de drogas deberían reducir, y no

augmentar, el riesgo de contraer el VIH al que se enfrentan los consumidores de drogas intravenosas (por ejemplo, no deberían privarlos del acceso a la atención médica ni reducir su acceso a equipo de inyección estéril). Al mismo tiempo, las actividades de prevención del VIH no deberían fomentar inadvertidamente el consumo de drogas ilícitas. En la práctica, tiene que haber políticas gubernamentales claras y una legislación que autorice la aplicación de todos los elementos del conjunto integral de prevención y atención del VIH, y también fondos suficientes para ponerlos en práctica a una escala lo suficientemente grande. Igual que con todos los programas del VIH destinados a poblaciones vulnerables, las políticas y programas destinados a los consumidores de drogas intravenosas y sus familias deberían también ajustarse a las normas internacionales de derechos humanos.

Presos

“Fue Dostoievski, naturalmente, quien dijo que el grado de civilización de una sociedad puede juzgarse visitando sus cárceles. Dostoievski era un hombre sabio No podemos permitir que la discriminación y el estigma se interpongan entre nosotros y una solución. Los presos consumidores de drogas intravenosas deben tener acceso a la misma atención que se ofrece a las personas fuera de las prisiones.”

Discurso de Antonio María Costa, Director Ejecutivo, ONUDD, 1 de abril de 2005

Se calcula que en cualquier momento dado hay más de nueve millones de personas en las cárceles, con un número anual de 30 millones que pasan de la

cárcel a la comunidad y viceversa (Walmsley, 2005). Las condiciones que imperan en la mayoría de las cárceles las convierten en entornos de altísimo riesgo para la transmisión del VIH, un hecho que ha llevado a llamarlas “incubadoras” de la infección por el VIH, y también de la hepatitis C y la tuberculosis (OSI, 2004). Las cárceles son lugares donde suele haber consumo de drogas ilícitas, prácticas de inyección peligrosas, tatuaje con equipo contaminado, violaciones y relaciones sexuales sin protección. A menudo están saturadas y ofrecen mala nutrición, acceso limitado a atención de salud y altas tasas de enfermedades transmitidas por el aire y la sangre.

Aunque los datos procedentes de países de ingresos bajos y medianos son relativamente escasos, las pruebas confirman que la prevalencia de infección por el VIH en las cárceles es casi siempre más alta que entre la población general. En Sudáfrica, las estimaciones la cifran en el 41% en el sistema penitenciario general, y es más alta aún en determinadas cárceles. En el Camerún, la prevalencia del VIH en la cárcel New Bell, en la ciudad de Douala, fue del 12,1% en 2005. Un reciente informe de la Dirección General de Prisiones de Zambia estableció que, solamente en 2004, unos 449 reclusos habían fallecido como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA (Simooya y Sanjobo, 2006). Se ha estimado que la prevalencia del VIH en las cárceles de la Federación de Rusia es por lo menos cuatro veces más alta que la de la población general (Ministerio de Justicia de Rusia). El VIH tampoco está limitado a los presos de sexo masculino: se estima que en los Estados Unidos las mujeres presas tienen 15 veces más posibilidades

de ser VIH-positivas que las mujeres de la población general (De Groot, 2005).

Los factores de riesgo que explican esos niveles de prevalencia son claros. Para empezar, tanto los presos varones como mujeres proceden a menudo de poblaciones marginadas, como los consumidores de drogas intravenosas o los profesionales del sexo, que de por sí ya viven con un elevado riesgo de infección por el VIH. El uso de equipo de inyección contaminado o no esterilizado es casi siempre más alto dentro de las cárceles que fuera de ellas, mientras que la prevalencia de las relaciones sexuales entre varones suele ser más alta en prisión que entre la población general (OMS, 2005; Dolan et al., 2004). El tatuaje representa otro factor de riesgo para la transmisión de virus transmitidos por la sangre, pues a menudo se usan instrumentos contaminados. Por lo general no hay acceso a equipo de inyección estéril ni a preservativos, los medios básicos contra la transmisión del VIH.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH

Si los países no introducen de buen grado programas de reducción de daños en la población general, o no reconocen y aprueban las relaciones sexuales entre varones, es mucho menos probable que sí lo hagan en las cárceles. Muchas anécdotas dan fe de que algunos funcionarios públicos creen que los presos que consumen drogas intravenosas o participan en relaciones sexuales entre varones, “tienen lo que se merecen.” De forma más pragmática, a muchos les preocupa que las medidas para la reducción de daños y el suministro de preservativos en las cárceles puedan conducir a un aumento de las relaciones sexuales entre varones o del consumo de drogas intravenosas.

De hecho, no hay pruebas empíricas que justifiquen esos temores. En los sistemas penitenciarios europeos no se ha registrado un aumento de los comportamientos sexuales de riesgo a consecuencia de los programas de reducción de daños para reclusos (OMS, 2005). Antes bien, el suministro de servicios de prevención del VIH en las cárceles ha sido un éxito considerable en muchos países (Stöver y Nelles, 2003). Tras los exitosos programas piloto comenzados a finales de los años 1990, España ha ampliado a más de 30 cárceles sus intercambios de agujas y jeringas. Sólo ahora comienzan otros países a ver los beneficios de dichos programas. En Ucrania, un estudio realizado en 2005 puso de manifiesto que la información que la mayoría de los presos tenía acerca del VIH era, por regla general, deficiente, y que sólo el 39% tenía conocimientos básicos sobre cómo prevenir la transmisión sexual del VIH. No obstante, entre los presos a los que se había llegado con programas de prevención en las cárceles, dos terceras partes sabían cómo protegerse del VIH (Ministerio de Salud de Ucrania, 2005). Tras la puesta en marcha de un programa de educación sanitaria inter pares en un entorno penitenciario de la región de Siberia de la Federación de Rusia, aumentó el conocimiento relativo al VIH y a la utilización de preservativos entre los presos, mientras disminuía la prevalencia del tatuaje (Dolan et al., 2004).

La cárceles no están aisladas del mundo. Al final, los presos quedan en libertad y la infección contraída en la cárcel puede transmitirse fácilmente fuera de ella. En consecuencia, la prevención y tratamiento del VIH para presos son también una estrategia con altos benefi-

cios potenciales para el resto de la sociedad. Para ser verdaderamente eficaces, los programas nacionales del SIDA deben ampliar considerablemente el suministro de servicios integrales de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH en las cárceles.

En octubre de 2004, la OMS convocó en De Leeuwenhorst un encuentro internacional sobre cárceles y salud. El documento resultante, *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*, recomendaba que todos los sistemas penitenciarios adoptasen un enfoque basado en la salud pública y los derechos humanos “incluso si ello significa reconocer las limitaciones de depender del cumplimiento oficial de la abstinencia total [del consumo de drogas y las relaciones sexuales]” (OMS, 2005). Las medidas relacionadas con el VIH recomendadas para las cárceles incluyen:

- proporcionar lo necesario para que el personal carcelario pueda asegurar que se brinda a todos los presos la información básica relativa al VIH y otras enfermedades transmitidas por la sangre y sobre cómo se propagan;
- proporcionar tratamiento clínico a los presos toxicómanos con un nivel de calidad equivalente al de la comunidad local;
- asegurar que se facilita información y orientación adecuadas antes de dejar en libertad a los presos; y
- proporcionar atención de seguimiento con conexión a servicios comunitarios, lo cual es importante para todos los presos con problemas de salud, pero esencial para los toxicómanos.

Se insta a todos los sistemas penitenciarios a que actúen con toda la rapidez que

PREVENCIÓN DEL VIH: TAN NECESARIA FUERA COMO DENTRO DE LAS CÁRCELES

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) subraya que la presencia de drogas y del VIH en las cárceles constituye dos dilemas diferentes. En primer lugar, las drogas en las cárceles reflejan un fallo de la seguridad y un incumplimiento de la ley. En segundo lugar, el consumo de drogas intravenosas entre las poblaciones reclusas arroja como resultado altas tasas de transmisión del VIH entre los presos y a las parejas sexuales no infectadas una vez que el preso queda en libertad. Dos corrientes de población —los nuevos reclusos que pueden no estar infectados y los reclusos que ya son VIH-positivos—entran y salen constantemente de las cárceles.

En diversos países, la experiencia ha demostrado que la programación de la prevención del VIH basada en datos es eficaz en las cárceles. No obstante, la ONUDD, junto con la OMS y otros copatrocinadores del ONUSIDA, subraya que las autoridades penitenciarias solas no pueden resolver el problema. Se necesitan esfuerzos coordinados con otras entidades gubernamentales, en especial los organismos de salud y justicia, para romper la cadena de transmisión del VIH que acompaña al encarcelamiento y la puesta en libertad, y para atender a los presos que viven con el VIH, ya estén en la cárcel o hayan cumplido su condena y se encuentren en libertad.

permitan los recursos para introducir importantes medidas adicionales de reducción de daños:

- desarrollar un tratamiento clínico planeado e integral para los presos tóxicómanos, incluida la terapia de sustitución de opiáceos;
- desarrollar un programa de intercambio de agujas y jeringas equivalente al disponible en la comunidad, especialmente si la prevalencia local del VIH y de la hepatitis C es alta o si se sabe que en la cárcel se consumen drogas intravenosas; y
- proporcionar un método eficaz para desinfectar agujas, jeringas e instrumentos de tatuaje junto con información y formación adecuadas en caso de que los programas de intercambios de agujas y jeringas se consideren innecesarios o inviables.

UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Los esfuerzos de prevención y tratamiento del VIH en las cárceles deberían ser componentes importantes de las estrategias nacionales sobre el VIH no solamente por sus indudables beneficios en materia de salud pública, sino también como una cuestión de derechos humanos fundamentales. Cuando ingresan en prisión, las personas conservan la mayoría de sus derechos humanos; solamente pierden aquellos necesarios y explícitamente limitados a causa de su encarcelamiento. Conservan derechos tales como el de no ser sometidas a castigos crueles e inhumanos, y también el derecho a gozar del mayor nivel posible de salud y seguridad personal. Tribunales de muchos lugares del mundo han dictaminado que los gobiernos tienen en realidad mayores obligaciones respecto de los presos que de la población general, porque son la única

fuelle de los servicios prestados a los presos, incluida la atención sanitaria.

En abril de 1996, en una presentación ante la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el ONUSIDA declaró (ONUSIDA 1996):

“[Al] entrar en las cárceles, los presos son condenados a penas de prisión por

sus delitos; no debería condenárselos al VIH y al SIDA. No cabe duda de que los gobiernos tienen la responsabilidad moral y jurídica de prevenir la propagación del VIH entre los presos y el personal de las cárceles, y de atender a los que están infectados.”

Casi 10 años después, dicha declaración sigue siendo plenamente válida.