

Monitoreo del Cumplimiento de las Metas y de los Compromisos previstos en la Declaración sobre VIH y Sida da las Naciones Unidas, adoptados por Brasil



Presentación

Teniendo como referencia los compromisos firmados por Brasil y demás Países presentes en la Sesión Especial sobre VIH/Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS VIH/Sida), realizada en 2001, expresados en la *Declaración sobre VIH y Sida de las Naciones Unidas*, la sociedad civil brasileña inició, en 2003, un proceso de acompañamiento de la implementación de las acciones previstas en la Declaración.

Esta iniciativa tiene como base el protagonismo de la sociedad civil brasileña frente a la cuestión del sida, construido y fortalecido durante el proceso histórico de construcción colectiva de la respuesta nacional a la epidemia de sida, establecido con base en el régimen democrático nacional y en el principio de control ciudadano que componen las directrices del Sistema Único de Salud brasileño.

Buscando contribuir con el proceso de acompañamiento de la implementación de las metas, el GAPA/SP, GESTOS y el Instituto de Salud de San Paulo, con apoyo de la Fundación Ford, invitaron a un grupo de especialistas para analizar los resultados obtenidos en Brasil hasta fines de 2005. Este trabajo fue presentado en un Seminario realizado en noviembre de 2005, del cual participaron activistas de la sociedad civil organizada, gestores públicos e investigadores.

Este documento presenta la síntesis de las discusiones realizadas.

Índice

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción: la epidemia de VIH y sida en Brasil..... | 04 |
| Análisis de los Capítulos de la Declaración | |
| Liderazgo..... | 06 |
| Prevenición y Reducción de la Vulnerabilidad | |
| Avances | 08 |
| Desafíos y Recomendaciones..... | 10 |
| Cuidados, Apoyo y Tratamiento | |
| La atención a las personas viviendo con VIH/Sida..... | 12 |
| La Sustentabilidad del Programa de Acceso Universal a Medicamentos..... | 13 |
| Derechos Humanos y Reducción del Impacto Económico | |
| Derechos Humanos..... | 15 |
| Reducción del impacto social y económico..... | 15 |
| Niños huérfanos o en situación vulnerable por causa del VIH en Brasil..... | 17 |
| Investigación y desarrollo en VIH/Sida..... | 19 |
| Recursos | 20 |
| Actividades de Monitoreo..... | 22 |
| Ficha Técnica..... | 23 |

Introducción: la epidemia de VIH y sida en Brasil

Tendencias de la epidemia del VIH y sida en Brasil

En números absolutos, Brasil es el País más afectado por la epidemia de sida en América Latina. Hasta junio de 2004 fueron notificados 362.264 casos de la enfermedad. La estimativa de infectados por VIH fue de cerca de 600 mil individuos en 1998, 2000 y 2004. La estimativa de mujeres embarazadas infectadas es de 16.410, con una tasa de transmisión vertical del 3,7% en 2002.

El número de óbitos registrados hasta 2003 es de 160.834. La tasa de mortalidad en hombres, que era creciente hasta 1995 y que llegó a alcanzar 15,1 óbitos/100 mil habitantes, comenzó a decrecer a partir de este año para niveles en torno de 8,8/100 mil. En las mujeres esta tasa tuvo poca variación, con valores en torno de 4,0/100 mil a lo largo de la serie histórica.

Desde inicios de los '90, se observa una moderada tendencia de reducción de los casos por transmisión homo o bisexual y una fuerte tendencia de reducción de casos por uso de drogas inyectables. En el 2004, estas dos categorías representaban, respectivamente, el 15,9% y 15,2% de los casos notificados en el Sistema Nacional de Agravantes de Notificación (SINAN). Ambas contribuyen para la reducción de los casos de sida observada entre los hombres. Pero cabe resaltar que crecen los casos relacionados con la transmisión heterosexual, tanto entre las mujeres, cuanto entre los hombres.

En relación a la transmisión sanguínea por transfusión de sangre o hemoderivados, por lo menos hace siete años que el porcentual de casos por esa vía de transmisión no pasa del 0,3% del total de casos nuevos por año. La transmisión vertical presenta, año a año, números y porcentajes decrecientes, aunque todavía en escala elevados, con cerca de 500 casos nuevos por año.

Tendencia de la epidemia de sida en las cinco macro regiones brasileñas

Algunos estudios apuntan una tendencia a la estabilización de las tasas de incidencia de sida en el País, sobretodo a partir de 1997, coincidiendo con la introducción de la TARV para el tratamiento de los portadores de VIH/sida. Así y todo, cuando los datos son estratificados por las cinco macro regiones brasileñas, lo que se observa es que esta desaceleración de la epidemia no ocurre de forma homogénea en todas las regiones. La tendencia a la estabilización y desaceleración es verificada, principalmente en la región Sudeste, y particularmente en el Estado de San Paulo, que responde por casi la mitad de los casos de sida en el País. En las Regiones Noreste, Norte y Sur del País la tendencia aún continúa siendo la de crecimiento de la epidemia.

El análisis comparativo de las tasas de incidencia y de mortalidad por sida, entre 1990 y 2002, muestra que hasta 1994 la incidencia de casos de sida y la mortalidad, presentan un crecimiento constante y uniforme, en las cinco regiones de Brasil. A partir de 1995, se observa en todas las regiones una reducción progresiva en las tasas de mortalidad. La región Sudeste, a partir de 1998, es la única que también presenta una reducción del número de casos de sida, aunque en una escala inferior a los de óbito.

La tendencia de la epidemia en la Región Sudeste, analizada de acuerdo con el sexo, revela que la incidencia de casos entre los hombres tiende a un enfriamiento a partir de 1999, mientras que entre las mujeres no se observa la misma evidencia. En cuanto a las tasas de mortalidad, por sexo, se observó una caída más expresiva entre los hombres después de 1995, seguida de una estabilización. En las mujeres la disminución de la mortalidad es discreta posterior a 1994, y viene manteniéndose constante.

La tendencia temporal de la epidemia de sida en adultos, a partir de la comparación entre la incidencia de casos observados y estimados para el período de 1990 a 2003, muestra que en todas las regiones, excepto la Norte, las incidencias esperadas son mayores que las observadas. Sin embargo, las diferencias entre casos observados y esperados sólo alcanzan niveles con significado estadístico en las regiones Sudeste y Centro-Oeste. Además del impacto promovido por el tratamiento con anti-retrovirales, también pueden haber contribuido para esas diferencias, la edad de la epidemia, la adopción de medidas de prevención, como el uso de preservativos, que observó un expresivo aumento de ventas en el País de 1995 a 2004 y el conocimiento de la población sobre el sida y el nivel de escolaridad. El acceso universal a la TARV parece tener también un impacto sobre la mortalidad, pero no sería el único responsable por la disminución del número de óbitos. Un manejo clínico más adecuado de las infecciones oportunistas puede haber contribuido con esta reducción.

Estimativas del número de infectados por VIH

Las estimativas para la infección por VIH en Brasil, considerando estudios-centinela realizados en los años 1998, 2000 y 2004, sugieren una tendencia de estabilización de la epidemia en torno del 0,6% de la población entre 15 y 49 años. No obstante, serán necesarios otros estudios para una mejor comprensión de esta tendencia. Existe la necesidad de implementación de la vigilancia del VIH de segunda generación, enfatizando en los estudios que combinen el diagnóstico serológico de la infección con datos comportamentales. Se sugiere también que los estudios de vigilancia centinela puedan ser diseñados y analizados específicamente para cada macro región.

Liderazgo

Las metas trazadas en la UNGASS, redimensionan la visión sobre la responsabilidad social de los líderes planetarios con respecto al impacto producido por la pandemia de VIH/sida y deben propiciar la creación de condiciones sociales favorables de vida para las personas afectadas por la epidemia, así como la reducción efectiva de las vulnerabilidades social y políticas que favorecen la expansión de la epidemia en Brasil y demás Países de la región.

Se entiende que el liderazgo en la lucha contra la epidemia de VIH/sida implica la articulación y la movilización cada vez más afinada entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, sector privado, trabajadores, instituciones religiosas, grupos comunitarios, medios de comunicación, comunidad académica y otras fuerzas sociales capaces de promover nuevas posibilidades de mejoramiento de la capacidad de organización y de establecer nuevas relaciones sociales, de optimizar estrategias en la construcción de una nueva ética en el ejercicio del poder, creando nuevos significados y nuevos pactos en el plano individual y colectivo para el control de la epidemia de VIH/sida.

Avances

Brasil viene desarrollando una actitud de liderazgo relevante, tanto en la esfera local, cuanto en la regional y en otros contextos internacionales, que se expresa en las iniciativas organizadas por el gobierno y por las organizaciones de la sociedad civil, principales interlocutores de la respuesta nacional al VIH/sida en el País. La contribución especial del País proviene de la traducción de valores como la solidaridad y los derechos humanos a la práctica de la lucha contra el sida.

En el ámbito de la acción gubernamental, se destacan el mejoramiento de las capacidades gerenciales y de técnicas que favorecen la consecución de las metas, la ampliación de la cobertura de los servicios de pre natal y maternidades, el aumento de la cobertura de mujeres diagnosticadas para el VIH y la disminución de las tasas de transmisión vertical, la ampliación del diagnóstico por medio del test rápido en poblaciones de difícil acceso, la implementación de la política de evaluación y de monitoreo del Programa Nacional de ITS y Sida y las nuevas formas de transferencia de recursos para estados y municipios que optimizan la sinergia entre el gobierno y la sociedad civil.

El propio alineamiento de la sociedad civil brasileña con el acompañamiento de las metas en la Declaración de Compromiso, que ahora se discute, por medio de una acción sistemática, demuestra el papel de liderazgo y de movilización de la misma. El papel de las ONGs continúa siendo fundamental en el trabajo con poblaciones de difícil acceso y con sectores marginados, sumándose a la acción del Estado. Entre los avances se destacan: la reiterada lucha de la sociedad civil por el cumplimiento de la garantía del acceso universal a los anti-retrovirales, la preservación de valores como dignidad, derechos humanos y solidaridad, la organización de formas de apoyo a personas viviendo con VIH/sida.

Desafíos

Al focalizar micro políticas en los estados y en los municipios, en un País con gran heterogeneidad cultural y alto grado de inequidad social y económica que se refleja en las condiciones de salud, se observan grandes disparidades en la naturaleza de las respuestas a la epidemia de VIH/sida y en la organización de los procesos de liderazgo. Esto es válido tanto para la esfera gubernamental cuanto para el desarrollo de las organizaciones de la sociedad civil involucradas con la respuesta al sida.

Las formas de financiamiento constituyen desafíos permanentes para la sociedad civil y para el Estado. La autonomía en la producción tecnológica, la mejor articulación para pactar nuevas agendas nacionales e internacionales son espacios que precisan ser mejor ocupados por los dirigentes nacionales. La mejora del acceso al diagnóstico y la necesidad de adquisición de insumos de prevención más baratos representan acciones estratégicas de movilización y de conducción.

Se destacan como desafíos la necesaria realización de un diagnóstico sobre la situación actual de los niños huérfanos como consecuencia del sida y la creación de estrategias para su inserción en la sociedad, la implementación efectiva de la política de reducción de daños como una forma de ecuacionar las limitaciones persistentes en el acceso de la población de usuarios de drogas inyectables a los servicios de salud y la toma de

decisiones basadas en análisis sistemáticos sobre la situación de la epidemia, considerando las necesidades inmediatas y las vulnerabilidades estructurales en consonancia con una perspectiva de desarrollo.

Recomendaciones

Fortalecer la política nacional de ciencia y tecnología aplicada al campo del sida, considerando aspectos de prevención, asistencia y derechos humanos, apuntando para la implementación de una política más articulada.

Fortalecer y ampliar el acceso de poblaciones vulnerables a los beneficios proporcionados por los recursos tecnológicos, considerando las variables de clase, cultura, etnia y género, y celando por los principios éticos que deben prevalecer en la producción y distribución de esos recursos.

Fortalecer la capacidad de articulación de los dirigentes nacionales en el ámbito regional y global, de modo a renovar estrategias de defensoría y perfeccionar las acciones multisectoriales en el ámbito nacional.

Estimular la participación más vigorosa del sector privado en los esfuerzos por el control de la epidemia de VIH/sida en el País.

Prevención y Reducción de la Vulnerabilidad

Dividimos la evaluación de la respuesta brasileña a las metas para el año 2005 referentes a prevención propuestas en la Declaración de Compromiso, en los siguientes campos: acceso a preservativos, oferta de testeo y consejería, prevención de otras ITS, reducción de daños, prevención de la transmisión vertical, jóvenes y lugar de trabajo. Siguiendo estos temas serán analizados: avances observados y desafíos existentes. En seguida, serán presentadas las recomendaciones para toda el área de vulnerabilidad y prevención.

Avances

Preservativos

Los resultados obtenidos en el País para la promoción del uso del preservativo son visibles. La chance de uso de preservativo en la población brasileña aumentó cerca de un 100% entre 1998 y 2005. La proporción de individuos que inicia la vida sexual usando preservativo aumentó de 47,8% en 1998 para 65,8% en 2005. La adhesión al preservativo es mayor entre las personas más jóvenes y con el primario completo. Y es menor entre mujeres, hombres negros y en la región Centro-Oeste.

La distribución de preservativos masculinos por el gobierno brasileño fue ampliada en 20 veces de 1994 a 2003, pasando de 13 para 260 millones de unidades distribuidas. Entre 2004 y 2005, hubo una caída significativa en la cantidad de preservativos distribuidos por el Ministerio da Salud. Reducción causada por problemas operacionales del Ministerio da Salud. Para el año 2006, el Ministerio tiene como meta distribuir mil millones de preservativos. Está en proceso la construcción de una fábrica nacional de preservativos masculinos en el estado de Acre. En relación al preservativo femenino, hasta el año 2004, el gobierno brasileño disponibilizava cuatro millones de unidades.

Oferta de testeo y consejería

El porcentual de personas testadas creció significativamente en los últimos siete años, pasando de 20% en 1998 para 32% en 2005. Actualmente las mujeres de 25 a 39 años componen la mayor parte de la población testada. Resultado asociado a la incorporación del test a la rutina del prenatal. En el País hay 321 Centros de Testeo y Consejería (CTA, sigla en portugués) y está en curso el proceso de descentralización del diagnóstico para la red básica de salud, que tuvo como marco la campaña Fique Sabendo (Sepa como es), lanzada en 2003 por el Gobierno Federal.

Tratamiento precoz de las otras ITS

En una cantidad expresiva de municipios y servicios del País fueron entrenados profesionales para un abordaje sindrómico y etiológico de las ITS. El gobierno publicó resoluciones obligando a la oferta del examen de sífilis en el momento del parto y la notificación compulsiva de la sífilis en gestantes. También fue organizada una encuesta nacional sobre la prevalencia de diversas ITS en el País en los últimos dos años, pero los datos de la misma aún no fueron sistematizados.

Reducción de daños asociados al consumo de drogas

La Reducción de Daños viene fortaleciéndose a lo largo de los años, como una importante estrategia de salud pública del País. Adoptada por el Ministerio de Salud desde 1994, por medio del financiamiento de los proyectos de prevención junto a usuarios de drogas inyectables. En el año 2000 la estrategia pasó a componer la Política Nacional Antidrogas del País y cinco años después fue reglamentada en el Sistema Único de Salud, específicamente en los servicios de salud mental. En este período, las acciones de reducción de daños fueron ampliadas y pasaron a incluir usuarios de crack, implementadas en los servicios especializados de ITS/sida (todavía en carácter experimental, con la forma de proyectos piloto) y comenzaron a ser amparadas por legislaciones en el ámbito de un número de estados y municipios. El País ha tenido un papel destacado en el escenario internacional garantizando la inclusión de la estrategia de reducción de daños en las políticas globales de drogas.

A pesar de la importante caída en el número de casos entre usuarios de drogas inyectables, cabe observar que ese segmento aún presenta un riesgo bien superior al de la población heterosexual y no existen informaciones nacionales recientes sobre el porcentaje de usuarios de drogas inyectables que mantienen relaciones sexuales seguras.

Prevención de la transmisión vertical del VIH

Después de la introducción del acceso universal a la terapia antiretroviral se observa la reducción progresiva de las tasas de transmisión vertical del VIH en Brasil, con diferencias significativas entre las Regiones del País. Resultados preliminares de estudio multicéntrico brasileño, representativo de las cinco regiones del País, muestran la reducción de la tasa global de Transmisión Vertical, que pasó de 7,8% en 2001, para 3,7% en 2002. Mientras tanto, el análisis de las tasas de TV por Región en el período de 2000 al 2002 muestra diferencias importantes. La tasa observada en la Región Norte es 2,7 veces mayor que la de la Región Sur.

El estudio Centinela-Parturienta de 2002, sobre la realización del test de VIH en el prenatal, estimó que 52% de las gestantes del País conocían su status serológico antes del parto. Pero ese promedio esconde marcadas desigualdades. En la Región Nordeste, el 24% habían hecho el test antes del parto, contra 71% en el Sur. Mientras que el 64% de las gestantes con más de siete años de escolaridad conocían su serología, entre las analfabetas el porcentual era de 19%. En los municipios pequeños, 37% de las mujeres hicieron el test, contra 66% de las mujeres que tuvieron el parto en ciudades con más de 500 mil habitantes.

A pesar de las fallas en la detección precoz del VIH entre las gestantes, el análisis de los casos por transmisión vertical en todos los estados y regiones brasileñas revela que hubo una reducción progresiva de los casos esperados de sida por transmisión vertical entre los niños que nacieron a partir de 1997. El número de casos notificados entre los niños nacidos en 2001 representó apenas 10,1% de los casos esperados. Así, la adopción universal de la TARV para gestantes y niños expuestos al VIH, evitó cerca de 6 mil casos de VIH durante este período en el País.

Jóvenes

La población joven brasileña, de 15 a 24 años, es la que hace un uso más frecuente del preservativo. Según una encuesta sobre el comportamiento sexual del brasileño, realizada por el CEBRAP y el Ministerio de Salud, 59% de los jóvenes de 15 a 24 años usaron preservativo en la primera relación sexual, 84% siempre usan el preservativo con pareja casual y 56% usaron con pareja fija o en la última relación sexual.

Uno de los medios de acceso a los jóvenes son las escuelas. En todo el País, 60,4% de las escuelas trabajan con prevención de las ITS y sida. Sin embargo, las acciones de prevención ocurren con menor frecuencia en los niveles iniciales: enseñanza infantil y fundamental. En las escuelas de enseñanza media la cobertura representa la casi totalidad de las escuelas, el 96,2%. Pero, apenas el 29,7% de estos establecimientos desarrollan actividades mensuales de prevención, además, aún es bajo el número de profesores capacitados para el tema en las escuelas: 62,4% en las escuelas de nivel medio y 29,3% en la enseñanza fundamental. A pesar de las dificultades, el número de preservativos distribuidos en las escuelas aumentó 4 veces entre 2004 y 2005 y actualmente 9,1% de ellas disponibilizan preservativos para sus alumnos, según el Censo Escolar de 2005.

Como acción programática volcada a los jóvenes escolarizados, los Ministerios de Salud y de Educación desarrollan el Proyecto Salud y Prevención en las Escuelas, que busca articular las acciones de prevención de las ITS/VIH y sida ya realizadas en el País e incluir en estas acciones la disponibilización de preservativos.

En relación a los jóvenes que están fuera de las escuelas, en 2005, el Programa Nacional de ITS y Sida inició el proceso de articulación e implementación de proyectos-piloto de prevención junto a chicos y chicas que viven en situación de calle, realizado en las capitales y regiones metropolitanas del País que concentran el mayor número de niños y adolescentes en esta situación. Además, por medio de la Portaria (Resolución) Interministerial 1426/2004, el Ministerio de Salud, la Secretaría Especial de Derechos Humanos y la Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres, reglamentaron y están implantando la atención de la salud de los adolescentes en conflicto con la ley en régimen de internación e internación provisoria, que incluye los componentes de prevención y asistencia de las ITS/VIH y sida.

Lugar de trabajo

Desde la década de 80, Brasil adoptó referenciales para promover la prevención en el lugar de trabajo y minimizar la violación de los derechos de los trabajadores afectados por la epidemia de sida. Entre estas referencias se destacan:

- (a) Resolución Interministerial - Salud y Trabajo – de 1988 tornando obligatoria la realización de una semana interna de prevención del sida en el lugar de trabajo y;
- (b) Resolución Interministerial nº 869, de 1992, que prohíbe el testeo anti VIH de empleados públicos nacionales, a los efectos de admisión, examen periódico y de expulsión.

A partir de 1997, el Programa Nacional de ITS y Sida comenzó a articular el Consejo Empresarial Nacional, que reúne 25 grandes empresas teniendo como objetivo el de sensibilizar y movilizar al sector para la prevención del VIH/Sida. Actualmente, están siendo organizados Consejos Empresariales en el ámbito de los Estados (Provincias, Departamentos). En las esferas nacional y provinciales, los programas establecieron alianzas con las Centrales Sindicales (CUT, CGT, Fuerza Sindical) y los servicios sociales del comercio, la industria y el transporte para la capacitación de profesionales de salud y acciones en los centros de salud sustentados por los sistemas y proyectos de mercadeo social del preservativo.

Desafíos y recomendaciones

El movimiento social de sida se dedica poco al “*derecho a la prevención*”. Léase: el acceso a la información completa, a la educación y a la consejería de calidad, a los insumos de prevención, al test anti-VIH y a los cuidados con la salud reproductiva.

Es importante que el activismo en sida incorpore esos conceptos en su actuación para conseguir ampliar y calificar las acciones, enfrentar las desigualdades regionales y mejorar las actividades que, cada vez más, precisan ser realizadas en los contextos de vulnerabilidad social aumentada.

Considerando que la prevención depende de sucesivos pactos y de un extenso debate ético-político para la definición de metas y procedimientos “aceptables”, se sugiere la implementación de foros institucionales, sistemáticos y fundamentados en una rigurosa reflexión teórico-práctica. Es necesario un esfuerzo para la formación y la estabilidad de equipos de prevención en los estados y municipios. A pesar de los avances conquistados, en los debates sobre las acciones preventivas, raramente se describen de forma detallada los procesos en curso, o se consiguen explicar los mecanismos que operan los cambios esperados (o no cambio), sea en el plano individual o colectivo. Se sugiere el debate sobre los modelos de prevención en el sentido de que contemplen distintas visiones de mundo, que rompan con posiciones pre formadas, que permitan una innovación constante y los acuerdos a nivel local.

Otra cuestión a ser considerada es la necesidad de que se recojan datos sobre las acciones preventivas en el sector privado, así como de que se construyan iniciativas de regulación del mismo por el sector público (desde el tratamiento de las ITS, diagnóstico, hasta las acciones para promover el preservativo y la prevención de la transmisión vertical).

La declaración de compromiso no especifica qué poblaciones más vulnerables a la infección de VIH deben ser priorizadas en las acciones de prevención. Por lo tanto, no establece metas y tampoco Brasil adaptó el texto a su realidad local. Sin embargo, el País amplió, en estos años, las acciones con estas poblaciones (como hombres que hacen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables y profesionales del sexo).

A continuación, algunas recomendaciones sobre cada uno de los campos detallados anteriormente.

Preservativos

Es necesario evitar la falta y la interrupción de la distribución pública de preservativos. Para esto, es preciso minimizar los entresabes burocráticos y administrativos para la compra y certificación del insumo. Estimular que otros Ministerios (Educación, Asistencia Social, Trabajo, Hacienda, etc) se involucren para ampliar el acceso a los preservativos masculinos. Definir estrategias para el monitoreo del acuerdo para la adquisición y distribución de preservativos masculinos en el ámbito provincial y nacional. Proponer mecanismos que reduzcan la carga tributaria para la fabricación y comercialización de preservativos en el País. Incentivar e implantar programas de mercadeo social del preservativo y aumentar el acceso al preservativo masculino y femenino para las mujeres en la red básica de salud.

Acceso al test anti-VIH y consejería

En este campo, es preciso ampliar el acceso de los hombres al test, especialmente los negros y los más jóvenes. Reducir las diferencias regionales en la cobertura del test anti-VIH en el prenatal y en los servicios públicos de atención a la salud, lo que puede ser facilitado con la introducción de tests rápidos para el

diagnóstico del VIH en los servicios de salud especializados. Implementar acciones para estimular el diagnóstico precoz y reducir el estigma y el prejuicio relacionado a la realización del test anti-VIH.

Tratamiento precoz de las otras ITS

Es necesaria la ampliación de las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS en el Sistema Único de Salud, especialmente de forma integrada con las otras acciones apuntadas para la salud sexual y reproductiva desarrolladas en la red básica de salud y de los servicios de atención de la salud de la mujer; también es preciso incluir a las ITS de forma efectiva en la agenda del movimiento social de sida, ampliar el monitoreo de las acciones programáticas de las coordinaciones provinciales, reducir la sub-notificación de las ITS y aumentar el control de la sífilis congénita en el prenatal y en el parto, accediendo a las mujeres y sus parejas.

Reducción de daños asociados al consumo de drogas

Es importante desarrollar estrategias de monitoreo y evaluación de las acciones de reducción de daños, con especial atención en la descentralización de los proyectos con usuarios de drogas inyectables. Ampliar las acciones de prevención del sida entre usuarios de drogas en el ámbito de los servicios públicos de salud, con la organización de programas de reducción de daños y de tratamiento para el consumo. Implantar programas de reducción de daños en presidios y adoptar una legislación nacional que dé mayor amparo a las acciones desarrolladas.

Transmisión Vertical

Se debe buscar la ampliación de la cobertura de las acciones de prevención de la transmisión vertical, promoviendo la disminución de las desigualdades regionales y sociales. Desarrollar estrategias para incluir a la población masculina en las cuestiones de salud sexual y reproductiva. Incluir las informaciones sobre transmisión vertical del VIH en el protocolo de consejería post test para hombres y mujeres y desarrollar acciones para evaluación y mejora de la calidad de la consejería ofrecida en la red básica de salud.

Jóvenes

Es importante mejorar las iniciativas en las escuelas, de modo a tornarlas continuadas, participativas, menos centradas en la transmisión de informaciones y más extensivas a la enseñanza infantil y fundamental. Además, es importante desarrollar programas de capacitación de profesores; priorizar políticas públicas de prevención apuntadas a los jóvenes en situación de exclusión social y que se encuentran fuera de la escuela y promover el fortalecimiento de las acciones intersectoriales (Educación, Salud, Cultura, Desarrollo Social, entre otras), buscando una actuación más complementaria y sinérgica.

Lugar de trabajo

Las cuestiones relacionadas al trabajo son la segunda causa más frecuente de violación de los derechos de personas viviendo con VIH y sida. Por lo tanto, es necesario monitorear el estigma y la discriminación en el ambiente de trabajo, incluyendo, en especial, el acompañamiento del uso indebido del test anti-VHI para admisión en los empleos. El diagnóstico con este fin, a pesar de estar prohibido, hoy responde por el 7,8% de los tests hechos en el País, según pesquisa del IBOPE de 2003.

Las acciones de prevención en los lugares de trabajo deben inducir a la adopción de programas permanentes de prevención en empresas y deben incorporar instituciones/organizaciones que tengan como finalidad la formación profesional y el desarrollo de actividades sociales y de promoción de la salud para los trabajadores.

Otro desafío es el de incluir estrategias volcadas hacia trabajadores más vulnerables como desempleados, personas con menor escolaridad, trabajadores en la economía informal y excluidos de las políticas de protección social.

Cuidados, Apoyo y Tratamiento

El análisis de este capítulo será realizado en dos partes: la primera abordando aspectos relativos a la atención de la salud en personas viviendo con VIH/sida y la segunda discutiendo la sustentabilidad del acceso universal a los medicamentos anti-retrovirales.

La atención en personas viviendo con VIH/sida

El capítulo *Cuidados, Apoyo y Tratamiento* de la Declaración de Compromiso sobre VIH y Sida de las Naciones Unidas contempla dos aspectos principales: (1) el fortalecimiento de los sistemas de salud para la provisión de terapia anti-retroviral segura y efectiva y del mejor cuidado preconizado para la prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas, incluyendo acciones en el campo de las políticas y prácticas farmacéuticas que posibiliten la viabilización y manutención sustentable de esa provisión; y (2) el desarrollo e implementación progresiva de estrategias abarcativas en el cuidado y soporte, inclusive psico-social, para individuos, familias y comunidades afectadas por el VIH/sida, con base familiar o comunitaria o en el ámbito de los sistemas de servicios de salud.

Avances

Los compromisos firmados para 2003 y 2005 ya estaban contemplados en las directrices adoptadas por el gobierno brasileño que, de forma innovadora y pionera, ya en 1996, sancionó la Ley 9313, disponiendo sobre la obligación del Estado en distribuir de forma universal y gratuita los medicamentos para el tratamiento de los portadores del VIH/sida, y que históricamente ha trabajado con estrategias abarcativas de enfrentamiento de la epidemia, con una amplia articulación junto a la Sociedad Civil organizada.

En la política de asistencia farmacéutica a individuos con VIH/sida, en Brasil se resalta el carácter universal y gratuito y la base técnica. Las recomendaciones para el uso de la terapia anti-retroviral y profilaxis y el tratamiento de enfermedades oportunistas son pactadas con el consenso de especialistas brasileños, teniendo por base las directrices clínicas preconizadas internacionalmente. El llamado “Consenso Brasileño” es difundido nacionalmente, y es actualizado periódicamente.

El impacto de la política de atención integral de la salud en personas viviendo con VIH/sida en Brasil es expresivo. El número de internaciones por sida disminuyó 6,8 veces entre 1997 y 2004, siendo que solamente en el 2004 fueron evitadas 170.000 internaciones. Con eso, en aquel mismo año fueron economizados US\$483,9 millones. La adherencia al tratamiento en el País, con prevalencia de 75% del cumplimiento del tratamiento en los últimos tres días es similar al de los Países desarrollados. Por otro lado, la tasa de resistencia primaria verificada es expresivamente menor en Brasil, alrededor del 5%.

En relación a la preocupación con el establecimiento de una asistencia integral a individuos, familias y comunidades afectadas por el VIH/sida, se subraya el hecho por tratarse de una preocupación histórica que se efectiva por medio de la articulación con la Sociedad Civil y por la actuación de un amplio espectro en el enfrentamiento de la epidemia.

Desafíos y Recomendaciones

En Brasil emergen cuestiones que trascienden la simple observancia de las metas, en el plano formal, y se colocan desafíos en el sentido del monitoreo más fino de los procesos y resultados relacionados con la asistencia de individuos afectados por el VIH/sida, en el ámbito farmacéutico, de los servicios de salud o comunitario. La variabilidad de esos procesos y resultados debe ser explorada y comprendida, con vistas a la identificación de estrategias que, de hecho, puedan ampliar los beneficios hoy observados. También precisan ser más conocidas las denuncias de reacciones adversas a la terapia anti-retroviral, para estructurar respuestas asistenciales oportunas y efectivas.

La interiorización y la pauperización del sida, sin embargo, colocan desafíos para el País, en lo que atañe a la necesidad de garantizar que los resultados obtenidos en los principales centros urbanos, como en el estado de San Paulo, sean extensivos a todas las regiones y segmentos sociales. Brasil debe incorporar las discusiones sobre la utilización de modelos de intervención que utilicen tecnologías menos complejas y más factibles para contextos con estructuras de salud menos desarrolladas y con poblaciones de difícil acceso, pero que garanticen los mismos resultados.

Es importante buscar formas de ampliación de las actividades de adhesión por medio del mejoramiento de los servicios de salud y su articulación con la comunidad.

Aún hay que reflexionar acerca de la calidad de la asistencia resultante de acciones de un Programa Nacional diferenciado, bajo diversos aspectos, pero que no prescinde del fortalecimiento del Sistema de Salud brasileño como un todo, que todavía presenta problemas operacionales y realidades regionales diferentes.

La Sustentabilidad del Programa de Acceso Universal a Medicamentos

La Declaración de Compromiso posee párrafos que apuntan a garantizar el acceso sustentable del tratamiento por anti-retrovirales. El párrafo 24 evidencia claramente que: *“el costo, la disponibilidad y el precio accesible de los medicamentos y de sus tecnologías relacionadas son factores significativos para ser revistos y solucionados en todos los aspectos y que existe una necesidad de reducir el costo de estos medicamentos y tecnologías, en estrecha colaboración con el sector privado y las compañías farmacéuticas.”*

De la misma forma, el párrafo 25 evidencia el hecho de que la falta de medicamentos a precios accesibles continúa impidiendo una respuesta efectiva al VIH/sida, especialmente en Países pobres. El Artículo 26 habla del impacto de los Acuerdos de Libre Comercio sobre la fabricación local de medicamentos esenciales y sobre el desarrollo de nuevos medicamentos.

Avances y Desafíos

El gobierno brasileño viene empuñándose para garantizar la sustentabilidad del acceso universal a anti-retrovirales – hoy distribuidos para cerca 170.000 pacientes y representando un gasto anual de aproximadamente US\$ 450 millones. Esta política está compuesta por las estrategias de producción nacional de medicamentos no patentados, la negociación de precios con la industria farmacéutica y la actuación internacional para la alteración de las legislaciones sobre propiedad intelectual y el acceso a medicamentos. Como resultado, entre 1997 y 2004, hubo una reducción, de 4,6 veces, en el precio promedio del tratamiento en el País, que incluye drogas de primera y de segunda línea. El precio promedio del tratamiento en 1997 era de US\$ 6,2 mil y en 2004 pasó para US\$ 1,3 mil.

Sin embargo, a partir de 2005, hubo una alteración en la tendencia y el Ministerio de Salud estima que el precio promedio del tratamiento por paciente aumentará en un 87% en este año. Esto viene de la reducción del consumo de los medicamentos de primera línea, que son producidos localmente y cuestan alrededor de US\$ 600 por año/paciente y del aumento del consumo de las terapias de segunda línea, todas importadas y protegidas por patentes. Actualmente, la importación de anti-retrovirales comprende el 80% del presupuesto gubernamental y la tendencia es que la situación se agrave, en caso de que no sean utilizadas las flexibilidades del TRIPS y no se realice la Licencia Compulsiva. El acuerdo firmado por el Gobierno Nacional y el laboratorio Abbott agrava la situación, ya que fija un precio para los próximos seis años y asume el compromiso de no hacer la licencia compulsiva del medicamento. En síntesis, a pesar de que los anti-retrovirales son distribuidos gratuitamente, el costo para el País se está tornando insustentable y amenaza al Programa Nacional de ITS y Sida.

Adicionalmente, la política de producción de genéricos para sida adoptada por Brasil fue fundamentada en el fortalecimiento de los laboratorios públicos, posibilitando, también, el desarrollo de otras drogas esenciales para el sistema público de salud. Con todo, a partir de 2003, hubo una desorganización en el sistema de producción pública de medicamentos y en la capacidad de los laboratorios estatales para promover la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías. Este hecho, adicionado a las fallas administrativas y burocráticas del Ministerio de Salud, provocó, en 2004 y 2005, el desabastecimiento de medicamentos anti-retrovirales, retardó proyectos de desarrollo de nuevos medicamentos, incluyendo las drogas asociadas y de dosis fijas y colocó en riesgo la sustentabilidad del Programa Nacional de ITS y Sida y la calidad de la atención de las personas viviendo con VIH y Sida.

La legislación sobre propiedad intelectual y la sustentabilidad del programa de acceso universal

Las leyes internacionales son incompatibles con las necesidades de los Países del sur para la promoción de la investigación, el desarrollo tecnológico y el fortalecimiento de la industria doméstica. En el caso brasileño, aunque no sea posible afirmar que haya una política clara para investigación y desarrollo, la legislación internacional inhibió la posibilidad de hacer la ingeniería reversa, el desarrollo de drogas de segunda línea y así desarrollar la industria nacional. En el ámbito local, el gobierno no adoptó medidas para garantizar el respeto al Artículo 68 de la Ley de Propiedad Intelectual, que define el plazo de 3 años, posterior al registro de los medicamentos, para que sea iniciada la producción nacional de los mismos.

Brasil ha actuado intensamente para que los acuerdos de libre comercio en negociación, no incluyan capítulos restrictivos en lo que atañe a la propiedad intelectual, refiriéndose al acuerdo TRIPS y a la Declaración de Doha

como la escala máxima de comprometimiento con las cuestiones de propiedad intelectual. Mientras tanto, Brasil no incorporó todas las flexibilidades del TRIPS en su legislación y no usa las flexibilidades en el ámbito de la salud pública. Por ejemplo, la importación paralela y la solución del 30 de agosto de 2003 de la OMC no fueron incorporadas en la legislación nacional y las reglas de concesión de patentes han sido más favorables para el empresariado, con la concesión de patentes de nuevo uso o de nueva formulación que son perjudiciales para la salud pública y no representan verdaderas innovaciones. Por otro lado, el Gobierno Brasileño alteró, en 2003, la legislación para permitir la importación de medicamentos genéricos en situación de licencia compulsiva y la Cámara de Diputados aprobó, en 2005, el Proyecto de Ley que torna a los medicamentos de sida no patentables. El Proyecto actualmente está en discusión en el Senado Federal.

La Calidad de los Medicamentos

Brasil posee reglas bien definidas para el registro y el control de medicamentos producidos nacionalmente, contando con una Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Sin embargo, los laboratorios oficiales, a pesar de realizar los exámenes de bio-equivalencia de los medicamentos producidos nacionalmente, aún no cumplieron todos los procedimientos exigidos para el registro de los medicamentos como genéricos. Se espera que se hagan esfuerzos en el sentido del mejoramiento de la calidad del tratamiento ofertado.

Derechos Humanos y Reducción del Impacto Económico

Las metas de la UNGASS en derechos humanos hasta fines 2005 previeron acciones relacionadas con las estrategias de prevención, capacitación y empoderamiento de las mujeres. Las metas para reducción del impacto social y económico, a su vez, hablan al respecto del establecimiento de un conjunto de medidas y políticas contra la miseria y la discriminación en el trabajo. La respuesta brasileña en estos dos campos aún es precaria, aunque existan avances en términos de derechos reproductivos (norma técnica de atención humanizada al abortamiento) y en el campo de prevención y tratamiento de los agravantes resultantes de la violencia sexual contra mujeres adolescentes.

La composición de políticas de prevención, asistencia y derechos humanos es parte de la estrategia central del Programa Nacional de ITS y Sida. El Programa dispone, para esto, de una Unidad de Articulación con la Sociedad Civil y de Derechos Humanos que compone, junto a otras áreas relacionadas, la formulación de directrices y el acompañamiento de cuestiones de violación de derechos humanos que tengan un impacto relevante a nivel nacional. Entre las estrategias, se encuentra el apoyo a proyectos de la sociedad civil para la ejecución de acciones de asesoría jurídica para personas viviendo con VIH/sida y segmentos poblacionales más vulnerables. A partir de 2004, estas acciones fueron descentralizadas para los estados.

Avances

Derechos Humanos

Entre los años de 2002 y 2005, se destacan la nueva reglamentación y las acciones de gobierno que siguen:

- Decreto 4.228, de 13 de mayo de 2002, que instituye, en el ámbito de la Administración Pública Federal, el *Programa Nacional de Acciones Afirmativas*.
- Día Mundial de Lucha Contra el Sida – En 2005, Brasil tuvo como tema el *sida y el racismo, efectivizando acciones en el ámbito del Programa Brasil Afro-actitud*.
- Resolución 1777, de 09 de septiembre de 2003, que instituye el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario.
- Resolución CFM 1.665/2003 - Dispone sobre la responsabilidad ética de las instituciones y profesionales médicos en la prevención, control y tratamiento de los pacientes portadores del virus del sida y seropositivos.
- Resolución 880, de 13 de mayo de 2004 - Dispone sobre la creación del Comité Técnico para la formulación de propuesta de la política nacional de salud de la población de *gays*, lesbianas, transgéneros y bisexuales - GLTB.
- Programa Brasil sin Homofobia/2004
- Publicación, en 2004, del Manual *Implicaciones Éticas de Diagnóstico y de la Selección Serológica del VIH*, actualizando la orientación del MS en cuanto al tema.
- Ley 10.886, de 17 de junio de 2004, agrega dos párrafos al art. 129 del Código Penal (Decreto-Ley 2.848/40), creando el tipo especial de crimen, denominado “Violencia Doméstica”.
- Atención Humanizada al Abortamiento: Norma Técnica. Elaboración: Adson França y otros. Brasilia: Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de la Salud. Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas, 2005. 36p. ISBN 85-334-0873-0
- Prevención y Tratamiento de los Agravantes Resultantes de la Violencia Sexual contra Mujeres Adolescentes - Norma Técnica. 2. ed. actual. y ampl. Elaboración: Antônio Carlos Toledo Junior y otros. Brasilia: Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de la Salud. Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas, 2005. 68p. ISBN 85-334-0881-1.

Reducción del impacto social y económico

Los siguientes dispositivos pueden ser colocados como nuevas referencias en relación al impacto social y económico:

Medida Provisoria 2.206-1, de 6 de septiembre de 2001. Crea el Programa Nacional de Ingreso Mínimo, vinculado a la salud: "Beca-Alimentación" y da otras providencias. El art. 3º, § 1º de esta ley define que “Niños hijos de madres seropositivas por VIH/sida podrán recibir el beneficio desde su nacimiento.”¹

¹ Disponible en www.planalto.gov.br, link “legislação”.

Resolución INSS/DC n° 89, de 5 de abril de 2002 - DOU (Boletín Oficial) de 29/04/2002 - Aprueba la Norma Técnica de Evaluación de la Incapacidad Laboral para fines de Beneficios Previsionales en VIH/Sida.

- Resolución 2.313, de 19/12/2002, instituyendo incentivo financiero para que los estados, el Distrito Federal y los municipios implementen acciones programáticas para sida y otras ITS, y alteraciones – Res. 1.071, de 09/07/2003, Res. 2.129, de 06 de noviembre de 2003, Res. 1679, de 13 de agosto de 2004 (normativas relativas al sistema de monitoreo de la política de incentivo), Res. 1.680, de 13 de agosto de 2004.
- Resolución 1.824, de 2 de septiembre de 2004 - Resolución para el financiamiento de Casas de Apoyo para adultos viviendo con VIH/sida.
- Instrucción Normativa INSS n° 25, de 7 de junio de 2000, que establece, por fuerza de decisión judicial, procedimientos a ser adoptados para la concesión de beneficios previsionales al compañero o compañera homosexual.
- Ley n° 10.421, de 15 de abril de 2002. Extiende a la madre adoptiva el derecho a la licencia por maternidad y al salario-maternidad, alterando la Consolidación de las Leyes de Trabajo, aprobada por el Decreto-Ley n° 5.452, del 1° de mayo de 1943, y la Ley n° 8.213, de 24 de julio de 1991.

Desafíos y Recomendaciones

El no cumplimiento de algunas de las metas de la Declaración de Compromiso puede ser visto como referencia para la elaboración de una agenda para movimientos sociales relacionados al sida, Redes de Personas Viviendo con VIH/Sida y ONGs/Sida, siendo importante la capacitación de dirigentes para el cumplimiento de esta tarea, en especial lo que dice respecto al uso de instrumentos internacionales de protección de derechos humanos.

Es fundamental que sean estimuladas estrategias de *defensoría* y de respuesta a la estigmatización y discriminación vinculadas al VIH y sida, iniciativas capaces de producir efectos favorables en las acciones de derechos humanos y de reducción del impacto social y económico del VIH/sida.

Niños huérfanos o en situación vulnerable por causa del VIH en Brasil

La Declaración de las Naciones Unidas sobre VIH y sida, en los párrafos 65 y 66, detalla lo que constituye un ambiente de apoyo y de derechos humanos para niños huérfanos como consecuencia de la epidemia de VIH y sida. En el cuadro que sigue, se presentan estos aspectos y aquellos relacionados a la Constitución Brasileña.

Cuadro 1: Ambiente de apoyo y derechos humanos para niños huérfanos y los que se encuentran en situación vulnerable por causa del VIH/sida

| Ítems para un ambiente de apoyo | Derechos constitucionales |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <i>Consejería y apoyo psicosocial</i> | Derecho a la salud |
| <i>Garantía de matrícula en la escuela</i> | Derecho a la educación |
| <i>Acceso a la habitación</i> | Derecho a la vivienda |
| <i>Buena alimentación</i> | Derecho a la alimentación |
| <i>Acceso no discriminatorio a los servicios sociales de infectados y afectados</i> | Derecho a la no discriminación |
| <i>Protección de los huérfanos y niños vulnerables de todas las formas de malos tratos, violencia, explotación, tráfico y pérdida de derechos sucesorios</i> | Derecho a la integridad física y mental |

Adicionalmente, se comprende que en este capítulo de la Declaración de Compromiso están incluidos cualquiera de los niños o adolescentes entre 0 y 18 años que hayan sido afectados por la epidemia en sus distintos momentos - infección, enfermedad y muerte - pudiendo ser : (1) *portadores del VIH/sida* (infectados o enfermos), (2) *afectados no huérfanos* (aquellos que conviven y dependen de adultos, padres o cuidadores infectados por el VIH o enfermos de sida) y (3) *huérfanos* (aquellos que perdieron uno de los padres por sida).

Avances

En relación a este tópico, la respuesta brasileña a la epidemia, hasta el momento, se ha concentrado en:

- 1) ofrecer asistencia médica para niños y adolescentes *portadores del VIH/sida*;
- 2) financiar la instalación y manutención de casas de apoyo para niños o adolescentes *afectados* (huérfanos o no) y
- 3) apoyar proyectos de organizaciones no gubernamentales volcados para apoyo social a los niños afectados por la epidemia.

El País adoptó un referencial ético que garantiza la protección del derecho a la educación de niños viviendo con VIH/sida. Esta política está expresada en la Resolución Interministerial Sheila Cartopassi 796/92, de los Ministerios de Salud y de Educación, que inhibe la discriminación en el ambiente escolar, prohibiendo las exigencias serológicas injustificadas, la divulgación de diagnósticos y la existencia de clases especiales o escuelas específicas para infectados por el VIH.

Un estudio realizado en la ciudad de Porto Alegre (RS) (Doring, França-Junior y Stella, 2003, 2005) encontró que para cada 10 personas fallecidas por sida, habían quedado cerca de 8,8 huérfanos. El mismo estudio observó que la mayor parte de los niños huérfanos, en función del sida, son integrados a otros núcleos familiares, generalmente de parientes de los padres fallecidos, hecho que es interpretado como resultante de la característica solidaria de la cultura brasileña.

Desafíos

Ciertamente que lo que se avanzó en el País no es poco, pero no es lo suficiente como para afirmar que ya creamos un ambiente de apoyo para huérfanos, niños y adolescentes infectados o afectados por el HIV/sida.

El País todavía no tiene una política o estrategia dirigida a las necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables, conforme propone la Declaración de Compromiso. En el Plan Estratégico del Programa Nacional de ITS y Sida, de marzo de 2005, por ejemplo, no hay ninguna nueva política o estrategia para infectados y afectados, que no sea la de mantener la asistencia médica para niños expuestos y niños y adolescentes enfermos, así como el financiamiento episódico para el abrigo y el acogimiento de afectados.

Delante de eso, las informaciones sobre niños y adolescentes infectados con VIH, afectados no huérfanos y huérfanos como consecuencia de la epidemia son prácticamente inexistentes en el País, tanto en lo que se refiere a la magnitud del problema, como las relacionadas a la promoción de los derechos fundamentales de esta población. Las informaciones más sistematizadas se refieren a los enfermos de sida que, de 1980 a 2004, suman 4.953 casos en menores de 5 años, 1.996 casos entre 5 y 12 años y otros 4.331 entre 13 y 19 años.

En lo que se refiere a los huérfanos por sida, no disponemos de información recogida por encuesta de base poblacional o secundaria recogida por censo o vigilancia epidemiológica, pero disponemos de estimativas basadas en modelos matemáticos. Las estimativas oscilan entre 27.000 y 34.000 huérfanos por muerte materna.

Un estudio conducido por la Global Orphan Project/Instituto Pro-mundo en 1998 estimó que 15.900 niños menores de 15 años habían perdido a sus madres por sida, 57.600 tenían madres vivas con sida, y 136.650 tenían madres infectadas con VIH, siendo proyectado el total de 27.000 huérfanos en el año 2002.

Otro estudio (Szwarcwald, Andrade y Castilho, 2000) estimó que 30.000 niños menores de 15 años se habrían quedado huérfanos debido a óbito por sida de la madre, de 1987 a 1999. Para 1999, este estudio estimaba que 5.500 niños se habrían quedado huérfanos por sida materna.

La ONUSIDA, la UNICEF y la USAID, estimaban, en 2001, la existencia de 127 mil huérfanos maternos y paternos por sida en Brasil. En lo referido a los huérfanos maternos, la estimativa era de 34.000, un poco más elevada de lo que las obtenidas anteriormente.

Los indicadores previstos para el monitoreo de los compromisos asumidos en la Declaración sobre VIH y Sida, en el capítulo niños y huérfanos, son insuficientes. El único indicador propuesto se refiere a la frecuencia escolar entre huérfanos y no huérfanos con una edad determinada. Para los niños y adolescentes *infectados con VIH, enfermos por sida y afectados no huérfanos*, no son presentados indicadores específicos.

Recomendaciones

Es necesario establecer indicadores adicionales para el debido monitoreo de los compromisos establecidos en la Declaración para niños y huérfanos, se sugiere la inclusión *del porcentual de niños menores a 15 años de edad que son huérfanos como uno de los indicadores*.

Para poder obtener informaciones más precisas sobre niños y huérfanos en Brasil, todo indica que tendremos que basarnos en encuestas, como es recomendado en el documento de indicadores de la UNGASS o que adaptemos y creemos un conjunto de registros con base en los sistemas de información o investigaciones existentes.

Investigación y Desarrollo en VIH/Sida

La Declaración de Compromiso trae metas referentes a las inversiones en el desarrollo de vacunas, a la construcción de capacidad nacional de investigación y a la realización de pesquisas de carácter biomédico, social, cultural y comportamental que puedan subsidiar y mejorar las estrategias de prevención y asistencia del VIH/sida. Y se refiere, también, a metas de apoyo para el desarrollo de la capacidad instalada e infraestructura de investigación en Países en desarrollo y en aquellos más afectados por la epidemia, a metas de desarrollo y evaluación de estrategias de monitoreo de diversos aspectos del tratamiento con anti-retrovirales, a metas de fortalecimiento de la cooperación internacional, a metas de evaluación de los protocolos de pesquisa para investigaciones sobre tratamiento y vacunas por comités de ética independientes, de los cuales participen las personas viviendo con VIH/sida y los profesionales de salud involucrados en la atención del VIH/sida.

A despecho de la relativa concisión de los tópicos 70-73 del documento, que contiene las metas arriba citadas, ellos engloban, en verdad, una agenda de investigación en VIH/sida extremadamente amplia y compleja. Por esta razón, en el presente análisis seleccionamos algunos ítems específicos para la discusión, a partir de áreas en que la literatura indexada brasileña (e internacional) se muestra más consistente.

Avances

La literatura brasileña en VIH/sida evidencia progresos incontestables en áreas vitales, referentes al monitoreo de la diversidad y resistencia viral, en oposición a visiones alarmistas de que el País se vería en las proximidades de una situación caótica al implementar un programa de acceso universal a los anti-retrovirales, en un contexto de sabidas deficiencias e inequidades. Adicionalmente existen iniciativas importantes de testeo de vacunas, que vienen siendo realizadas por instituciones brasileñas en cooperación con otros Países.

En este, como en otros aspectos, ya sea el de la producción en ciencia, tecnología e innovación, o sea el de su vida social y actividad económica, Brasil se resiente por una profunda desigualdad regional y social, con una concentración de su producción científica (y una concentración aún más pronunciada en el ámbito de la tecnología e innovación) en unas pocas islas de excelencia, básicamente localizadas en las regiones más industrializadas del País.

Desafíos

El País se depara con dilemas importantes en dos campos fundamentales de una posible respuesta global al VIH/sida: el desarrollo de vacunas y de microbicidas vaginales. En esto, el País en nada difiere de los impases y contradicciones mundiales. Después de dos décadas y media de investigaciones, no hay hoy claridad en cuanto a parámetros inmunológicos de protección para las vacunas, ni para microbicidas a ser, de hecho, testados en ensayos clínicos de larga escala, ya sea en Brasil o en el mundo.

En un escenario bastante probable de testeo de productos que ofrezcan protección apenas parcial – por lo tanto, de una combinación compleja entre el uso de esos insumos en el “campo” y la implementación de acciones preventivas renovadas, compatibles con esta protección apenas parcial –, contamos, hoy, con ventajas. Entre ellas, la capacidad instalada en términos de monitoreo de la diversidad y resistencia viral y la existencia de una red de evaluación del mérito científico y ético de esas y de las demás propuestas de investigación, a partir de la ampliación y capacitación de comités de ética locales y de la consolidación de la instancia nacional de evaluación en el campo de las investigaciones en seres humanos.

La desventaja es que esta cuestión extrapola, y mucho, el campo del VIH/sida. Encontrando limitaciones en la insuficiencia de nuestra política de ciencia, tecnología e innovación y la ausencia de una política industrial de medio y largo plazo.

Recursos

Las metas sobre recursos previstas en la Declaración de Compromiso sobre VIH y Sida de las Naciones Unidas tratan, en general, de la necesidad de conseguir recursos adicionales para el combate del VIH/sida. Nótese que los valores acordados y traducidos en la Meta 2 (US\$ 7 a 10 mil millones) son inferiores a las estimativas de necesidades de recursos calculadas en otras estimativas de las Naciones Unidas y están por bajo de los cálculos realizados por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS. Por ese parámetro, los valores representan el monto mínimo necesario a ser distribuido para gastos en VIH/sida en 2005.

Sin embargo, aún siendo una condición necesaria, sólo canalizar más recursos puede mostrarse insuficiente para lograr éxitos en la lucha contra el VIH/sida, dadas las dimensiones y la naturaleza del problema. Concomitantemente, hay que explorar otras estrategias, de forma complementaria y no excluyente: (i) reducción de costos de insumos y servicios, a fin de redireccionar recursos para otros gastos; (ii) aumento de la eficiencia al acceso y en el uso de los financiamientos, de forma a poder ampliar los recursos reales; y (iii) canalización de nuevos recursos, aumentando el volumen de recursos nominales.

Avances

Los gastos con el sida ocupan, en términos relativos, una posición nada despreciable en los gastos del Ministerio de Salud, habiendo sido superior al 3% en 2003. Los datos de financiamiento revelan la prioridad dada al sida, en relación a otras enfermedades, especialmente, con los gastos para adquisición de medicamentos anti-retrovirales.

La profundización del proceso de descentralización de acciones en ITS y VIH/sida por medio de la Política de Incentivo también es digno a ser notado. Los estados y municipios que reciben recursos por ese mecanismo reúnen la mayor proporción de la población brasileña y de los casos de sida del País.

Se destaca el protagonismo brasileño en los foros externos que resultó en conquistas expresivas para la lucha contra la epidemia y en la cooperación con Países de menor desarrollo relativo, en especial la participación para la creación del Fondo Global.

Desafíos

Garantizar la sustentabilidad de la respuesta brasileña al VIH/sida. Entre 1999 y 2002, la sustentabilidad financiera del combate a la epidemia en Brasil se obtuvo gracias a la reducción de los costos, así como por los acuerdos de préstamos con el BIRD. Aunque haya crecimiento en los valores absolutos del dispendio federal con VIH/sida entre los años 1999 a 2004, estos se expandieron a tasas inferiores al crecimiento ya bastante modesto del PBI en ese período. En 1999, el dispendio con el conjunto de proyectos y programas de sida era del 0,079% del PBI, mientras que en 2004 correspondió al 0,05%, lo que representa una reducción del 37% en el dispendio del Gobierno Federal con sida. En este contexto, es necesario garantizar que recursos federales destinados a las acciones y servicios de combate al VIH/sida sean, como mínimo, iguales al valor contado en el año anterior, corregidos por la variación nominal del PBI.

Apuntar para la necesidad de una mejor articulación entre las diferentes fuentes de financiamiento para el VIH/sida, de forma a evitar problemas de eficiencia distributiva de los recursos. Se observa que los recursos disponibles no llegan a Países fuertemente necesitados o, cuando lo hacen, no llegan con la velocidad demandada por la gravedad de la epidemia.

Asegurar reducciones en los precios unitarios de ítems de peso en el gasto con la enfermedad, conforme lo observado hasta 2002. Para esto, hay que reducir la dependencia de importación de medicamentos y fármacos químicos, entre otras acciones.

Recomendaciones

Sería oportuno que el gobierno brasileño adaptase las metas de la Declaración a la realidad nacional, de forma que se tome en consideración particularidades de la política brasileña de combate de la epidemia, así como los resultados alcanzados y los desafíos a ser enfrentados.

El concepto de bien público global debe ocupar una posición destacada en los debates sobre el financiamiento del combate a la epidemia de VIH/sida, conducidos internamente y, principalmente, en foros internacionales.

En relación a las metas relacionadas a los esfuerzos para destinar recursos a Países de bajos ingresos, la participación de las naciones de ingresos medios debe ser apenas residual. Los países en desarrollo deben actuar, prioritariamente, con la sugerencia y en el monitoreo de acciones colectivas, de políticas a ser implementadas por los Países desarrollados y de estrategias a ser adoptadas por organismos multilaterales, así como por medio de la provisión de asistencia técnica.

Al mismo tiempo, otras metas, están asociadas al comprometimiento de recursos de fuentes externas, que podrán ser direccionados para Brasil. En ese caso, al gobierno brasileño le cabría explorar mejor las posibilidades de encuadramiento en los criterios de elegibilidad de esos recursos, especialmente aquellos relacionados con la pobreza y las desigualdades de ingresos.

Se destacan, también, otras sugerencias para actuación del gobierno brasileño:

Apoyar el cambio de abordaje de la asistencia convencional, actualmente focalizada en Países, para la cooperación regional entre los Países. Ya se admite que debería haber dos corrientes de “Recursos para Asistencia Oficial al Desarrollo (ODA): una para la ayuda bilateral tradicional, para financiar bienes nacionales y locales; y otra para financiar prioridades globales.

Incitar a las fuentes de financiamiento externas para desarrollar un análisis crítico de los criterios de elegibilidad y de los principales entresijos para que los recursos se tornen disponibles para el combate de la epidemia. De esta forma, es posible distribuirlos de forma más eficiente.

Incentivar a los acreedores para que reevalúen las exigencias financieras vinculadas a los recursos de préstamos. En general, las tasas de interés a ser pagadas por el País deudor son definidas en base al PBI y no toman en cuenta el tipo de beneficio que el bien financiado producirá.

Luchar por la ampliación de la cooperación internacional coordinada y el fortalecimiento de los gobiernos nacionales. Para esto, es preciso actuar en tres frentes: incremento de la ayuda financiera, ampliación de los flujos de comercio internacional y solución de conflictos armados.

Aplicar recursos para la reconstrucción del combaleciente parque industrial de fármaco-químicos. Para esto se deben garantizar recursos del Presupuesto del Ministerio de Salud y de otras áreas afectadas.

Invertir en investigación y desarrollo de nuevos productos. Se sugiere, para esto, la constitución de un fondo global para investigación.

Profundizar la utilización de las flexibilizaciones contenidas en el TRIPS. Es necesario emitir licencias compulsivas para medicamentos nuevos.

Enfocar no sólo en el aumento de la participación de los recursos para el sida en el Ministerio de Salud, como así también y principalmente en el incremento de recursos para la salud como un todo. Deben ser empeñados todos los esfuerzos para que sea cumplida la Enmienda Constitucional n° 29 de 2000 y que la Ley Complementaria n° 01 de 2003 elimine controversias existentes en cuanto al monto y a la forma de distribución de los recursos mínimos a ser aplicados en salud.

Discutir prioridades de la política económica, que últimamente relegó cuestiones sociales a un segundo plano. La política monetaria, comprimida con intereses elevados, que onera sobremanera el servicio de la deuda, compromete recursos que podrían ser utilizados en programas sociales.

Realizar inversiones en intervenciones costo-efectivas y que reduzcan eventuales externalizaciones negativas.

Promover la sistematización periódica de datos sobre financiamiento y gasto con VIH/sida, de forma de identificar, con mayor precisión y transparencia, el déficit de recursos sectoriales y geográficos, orientando la toma de decisiones a nivel nacional e internacional.

Actividades de Monitoreo

El texto de la Declaración de compromiso considera *“esencial mantener el ímpetu y monitorear los progresos realizados, haciendo “análisis periódicos a nivel nacional, con la participación de la sociedad civil, en especial, de las personas que viven con VIH/sida, de los grupos vulnerables y de los prestadores de cuidados, de los progresos alcanzados en la consecución de estos compromisos e identificar los problemas y obstáculos surgidos en la realización de estos compromisos, y garantizar una amplia difusión de los resultados de esos análisis”*; así como *“crear mecanismos de observación y evaluación adecuados que ayuden a medir y evaluar los progresos y crear instrumentos apropiados de observación y evaluación, con datos epidemiológicos adecuados”*;

Avances

La Declaración de Compromiso fue elaborada con foco en Países con alta prevalencia del VIH, con una rápida expansión de la epidemia y sin un sistema de salud estructurado como el de Brasil. Así, algunas de las metas propuestas ya habían sido contempladas, total o parcialmente, como la participación de la sociedad civil en la definición y acompañamiento de las acciones. Los personajes nombrados en la Declaración de Compromiso como “sociedad civil”, las personas viviendo con VIH/sida, los grupos más vulnerables y los prestadores de cuidados, no expresan exactamente al conjunto de personajes que construyen el gran arco social alrededor de la lucha contra el sida en Brasil, que incluye otros varios actores sociales, inclusive los productores de conocimiento e información. No obstante, para la sociedad civil muchas veces la idea de monitoreo se confunde con la de control ciudadano. De hecho, no hay como hacer control ciudadano sin que no haya monitoreo de la política o de los problemas que las políticas buscan resolver, y, al mismo tiempo, para la sociedad civil el monitoreo sólo tiene sentido para subsidiar las acciones de control ciudadano.

Respondiendo a compromisos firmados en el III Acuerdo de Préstamo con el Banco Mundial, a la Declaración de Compromiso, y también a sus necesidades propias, el Programa Nacional de ITS y Sida elaboró en 2002 el Plan Nacional de Evaluación (PNA, en portugués), cuya matriz está organizada en las dimensiones del monitoreo, incluyendo indicadores de implementación (acceso y calidad) y desempeño (efectividad y satisfacción del usuario), y de evaluación. Para ambas dimensiones son definidos conjuntos de indicadores de resultado y de impacto, que van subsidiar el Monitorsida, Sistema de Monitoreo de Indicadores del Programa Nacional de ITS y Sida, construido a partir de las bases de datos nacionales para salud, disponible por medio magnético en el site del Programa Nacional de ITS y Sida.

Desafíos y Recomendaciones

Invertir en la superación de los siguientes límites identificados en el Monitorsida: calidad, periodicidad y grado de agregación de datos distintos en las diferentes bases usadas para componer los indicadores y disponibilidad de indicadores de impacto y de resultado que puedan subsidiar la planificación de las intervenciones en contraposición a los actuales, que reflejan la realidad de cuatro a cinco años atrás.

También deben ser elaboradas estrategias de capacitación de la sociedad civil apuntando a una mayor apropiación y uso del Monitorsida, así como al desarrollo de otros instrumentos para el acompañamiento de las políticas públicas;

También es recomendable el desarrollo de estrategias cualitativas de acompañamiento de las acciones que sean al respecto de aspectos de gestión, calidad y satisfacción del usuario.

Ficha Técnica

Coordinación Institucional

Alessandra Nilo

Gestos

Alexandre Grangeiro

Instituto de Salud

José Carlos Veloso

Gapa/SP

Redacción y Elaboración del Informe

Alexandre Grangeiro – Instituto de Salud

Dulce Ferraz – Instituto de Salud

José Carlos Veloso – Gapa - SP

Wilza Villela – Grupo de Trabajo Abrasco

Colaboradores

Draurio Barreira – Pact Brasil

Maria Amélia Veras – Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de San Paulo

Regina Barbosa – Instituto de Salud

Análisis y textos de apoyo

La Epidemia de VIH y Sida en Brasil: Inês Dourado - Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Bahía y Ana Brito - Universidad de Pernambuco e Investigadora del CPqAM/Fiocruz/PE

Dirigente: Ximena Pámela Díaz Bermudez - Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia y Fernando Seffner, Universidad Nacional de Río Grande del Sur.

Prevención y Reducción de la Vulnerabilidad: Vera Paiva - Departamento de Psicología Social de la Universidad de San Paulo e investigadora del NEPAIDS; Lígia Pupo - Instituto de Salud; y Renato Barboza - Instituto de Salud.

Cuidado, Apoyo y Tratamiento: Margareth Portela - Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz.

Acceso a Medicamentos y Propiedad Intelectual. Michel Lotrowska – Médicos Sin Fronteras, Brasil.

Derechos Humanos y Reducción del Impacto Social y Económico: Rosa de Oliveira - Núcleo de Identidades de Género y Subjetividades de la Universidad Nacional de Santa Catarina.

Niños huérfanos y Vulnerables por causa del VIH/Sida: Ivan França Junior - Departamento de Salud Materno-Infantil de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Paulo.

Investigación y Desarrollo: Francisco Inácio Bastos y Mariana A. Hacker – Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz.

Recursos: Luciana Teixeira – Universidad de Brasilia

Actividades de Monitoreo: Wilza Villela - Grupo de Trabajo de la Abrasco.

Participantes y Debatedores en el Seminario: Aluisio Segurado, Ana Lúcia Weinstein, Artur Kalichman, Áurea Abbade, Cláudio Gaslvez, Cristina Câmara, Glaudston Cordeiro de Lima, Jacqueline Rocha

Côrtes, José Marcos de Oliveira, Maria Clara Gianna, Naiara Costa, Ondina Leal, Paulo Teixeira, Rogério Gondim, Sara Sorentino, Silvia Aparecida de Almeida, Veriano Terto Jr., e Verônica Machado.