



International AIDS Society

**Reunión del Fondo Educativo
5 de abril de 2017
Rio de Janeiro, Brasil**

**“Ciencia y comunidad en la respuesta al VIH
en América Latina y el Caribe”**



Ciencia y comunidad en la respuesta al VIH en América Latina y el Caribe

Antecedentes

El 5 de abril de 2017, la Sociedad Internacional de SIDA (International AIDS Society, IAS) reunió 46 científicos y representantes de la comunidad de América Latina y del Caribe para un taller de jornada completa en Río de Janeiro, Brasil. Los copresidentes de la reunión fueron la presidenta de la IAS, Linda-Gail Bekker, profesora y directora adjunta del Centro Desmond Tutu contra el VIH, Instituto de Enfermedades Infecciosas y Medicina Molecular, Universidad de Ciudad del Cabo, y Mauro Schechter, representante de América Latina en el Consejo Directivo de la IAS y profesor titular de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de Río de Janeiro. La reunión se celebró antes del Congreso sobre HIV y hepatitis en América y del Congreso de América, y se realizó en portugués, español e inglés, con traducción simultánea en los tres idiomas.

Las opiniones expresadas en el informe no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Sociedad Internacional de SIDA.

Palabras de bienvenida y nota de apertura

Prof.^a Linda-Gail Bekker, IAS, Sudáfrica

Prof. Mauro Schechter, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil

Al comienzo de la reunión el Prof. Mauro Schechter hizo una introducción sobre el fundamento del taller promovido por la IAS. ¿Qué perspectiva tiene la sociedad acerca de lo que es preciso hacer? ¿De qué manera la comunidad médica puede influir en la sociedad y en el gobierno en cuanto a la lucha que implica el acceso a la salud de los portadores de VIH? En los últimos años, esta lucha perdió representatividad política y social. La IAS busca representantes de América Latina, de otros sectores, no solo de la salud, que quieran involucrarse en estas cuestiones importantes.

Otro punto abordado por el Prof. Schechter fue la necesidad de integración entre científicos y representantes de la comunidad. El taller realizado gracias a recursos donados por la industria farmacéutica, es un ejemplo de la necesidad de integración de los muchos intereses que convergen en la lucha por el derecho a la vida de las personas que conviven con VIH. Es una prioridad de la IAS movilizar a la sociedad para la adquisición de recursos con el fin de luchar contra la pandemia del VIH/SIDA. No solo la lucha para disminuir y eliminar la estigmatización, sino también para que haya una mayor integración entre las comunidades de todo el mundo.

Luego todos hicieron una breve introducción de la razón que los motivó para estar en la reunión. El Prof. Schechter presentó a los asistentes y recalcó la importancia del acercamiento entre la sociedad y la comunidad científica. El objetivo de la reunión, así como la misión de la IAS, es buscar formas de conciliar los intereses de la industria farmacéutica, de los científicos y de la comunidad, que tiene la necesidad de beneficiarse de los avances científicos. ¿Cómo lograr el diálogo entre estas áreas diferentes? El Prof. Schechter resaltó la importancia de pasar del modelo de “rata de laboratorio” al de “participación voluntaria en proyectos de investigación”. El papel de la IAS es ser un impulsor para que esos diversos actores se comuniquen y trabajen juntos. El Prof. Schechter enfatizó que todos esos asuntos son muy importantes para la nueva gestión de la IAS.



La Prof.^a Linda-Gail Bekker hace una introducción y destaca la importancia de concentrar esfuerzos e ideas para alcanzar una solución global. En la actualidad, es necesario encontrar soluciones que permitan lidiar con la epidemia. Según la Prof.^a Bekker, llegó el momento, hoy más que nunca, de reescribir la historia y hacer que las voces de todo el mundo sean escuchadas para que se pueda lidiar en conjunto contra el VIH. En su opinión, la IAS definió una estrategia que puede ser concretada en tres palabras:

- ⤴ Ciencia - La ciencia tiene la obligación de no dejar excluida a ninguna persona.
- ⤴ Personas - La lucha contra la epidemia no puede funcionar sin preocuparse de aquellos que están lidiando directamente con el virus, tanto investigadores como pacientes. No se puede perder de vista a las personas que están viviendo y trabajando en contacto permanente con el VIH.
- ⤴ Progreso - La IAS necesita que las personas estén unidas. La educación es necesaria, así como la integración para que todos contribuyan con innovaciones.

Optimización de la terapia antirretroviral: ¡4, 3, 2, 1 y menos!

Dr. Anton Pozniak, Clínica Kobler, Hospital NHS Chelsea y Westminster, Reino Unido

El Dr. Pozniak inició su presentación cuestionando el motivo de optimizar el número de comprimidos que se prescriben a los pacientes al comienzo del tratamiento de VIH. Pozniak argumentó que cuando se logra que el paciente tome menos comprimidos, ello implica menos costes, menos medicamentos para fabricar y conservar, menos probabilidades de efectos adversos y menos comprimidos para consumir.

¿Y cuatro fármacos? Cuando se dan más fármacos, cuatro en lugar de tres, ¿se pueden prevenir más muertes? Según el Dr. Pozniak, hay estudios que revelan que prescribir cuatro fármacos en lugar de tres al inicio del tratamiento no mejora los resultados. ¿Y si se prescriben solo dos fármacos en lugar de tres? Cuanto menor sea la cantidad de fármacos, más económico será y menos efectos adversos tendrá. El Dr. Pozniak presentó estudios que demuestran que iniciar el tratamiento con tres fármacos es mejor que con dos y que se obtienen más beneficios. ¿Y si se cambia a dos fármacos? Si el virus estuviese en niveles indetectables, podría bajarse la cantidad a dos fármacos, pero se desconoce si eso será beneficioso para el paciente a largo plazo. ¿Y si cambiásemos por fármacos inyectables de larga duración? Según el Dr. Pozniak, los resultados hasta ahora son buenos. No se tienen resultados peores que cuando los fármacos se consumen por vía oral. Sin embargo, en el caso de algunas personas que lo tomaron solo cada ocho semanas, los virus se tornaron resistentes a los medicamentos.

Pozniak también habló sobre embarazo y hepatitis y luego volvió a hablar sobre la optimización del uso de fármacos. En cuanto al uso de un solo fármaco, el Dr. Pozniak presentó estudios que demuestran que los resultados son peores. Afirmó que los médicos no deberían tratar a los pacientes con un único fármaco, ya que muchos de ellos desarrollan resistencia a la monoterapia.

Asumir el desafío de las vacunas y de la cura

Dr. Luis Soto-Ramirez, INCMNSZ, Brasil

¿Cura o vacuna? Según el Dr. Luis Soto-Ramirez el deseo de una vacuna es enorme. Comenzó su charla hablando sobre la cantidad de personas que suspenden el tratamiento por pensar que están curadas. Y cuando se suspende el tratamiento, retorna el virus. Por ello, Soto-Ramirez inició su exposición explicando sobre los reservorios del virus.

¿Cómo curar la infección si no conseguimos encontrar los reservorios del virus? El reservorio es el virus unido al material genético de la célula. En todo lugar donde haya células linfoides, allí estarán escondidos los virus. El Dr. Soto-Ramirez explicó dónde están los principales reservorios y los motivos para que el virus vuelva al suspenderse el tratamiento. Explicó también las razones por las que no se sabe el tamaño de los reservorios. Entonces, concluyó, ¿cómo podemos curar la infección si no sabemos dónde están los reservorios?



El Dr. Soto-Ramirez dijo que, cuando se piensa en la cura, hay dos posibilidades. Una es la cura estéril, en la que se eliminan todos los virus. La otra posibilidad es la cura funcional, una persona que vive con el virus, pero no necesita ningún tratamiento. Un ejemplo de ello son los controladores de élite, un grupo de pacientes que, gracias a ciertas características genéticas, consiguen controlar el virus. Soto-Ramirez describió también a un grupo de pacientes que con un tratamiento intensivo en el inicio de la infección y su suspensión a posteriori fueron capaces de controlar la infección.

¿Qué se puede hacer para eliminar esos reservorios de virus? ¿Cómo eliminar o reducir ese reservorio? El Dr. Soto-Ramirez habló sobre las posibilidades de vacunas para el VIH. Explicó que será difícil lograr que las personas se apliquen la vacuna y después se expongan al virus. Finalmente, terminó su exposición diciendo que hasta el 2030 no se podrá acabar con el SIDA. No obstante, preguntó, aunque se tenga una vacuna y una posible cura, ¿cómo nos aseguraremos de que todos se la apliquen? ¿Cuál sería el coste económico para vacunar al mundo entero? ¿Sería accesible para todos? ¿Cómo costear una vacuna que debería producirse a tan grande escala? También habló sobre los aspectos éticos. ¿Cómo lidiar con la estigmatización? ¿Cómo sacar el estigma de quien estaba curado; en el caso de personas que se curaron y tuvieron relaciones sexuales sin protección, se re infectaron, contrajeron sífilis, etc.? ¿Cómo tener una cura realmente disponible para todos y cuáles serían las condiciones de acceso a esa cura? El Dr. Soto-Ramirez finalizó su presentación diciendo que el deseo de lograr la cura es solo una parte de la historia, ya que lo principal sería la prevención.

Derechos humanos y barreras estructurales

Veriano Terto Jr., ABIA, Brasil

El Sr. Veriano Terto Jr. habló sobre los derechos humanos y las barreras estructurales en respuesta a la pandemia del VIH/SIDA. El Sr. Terto Jr. dio inicio a su exposición hablando de su confianza en el diálogo entre la sociedad y el ámbito académico. Cree que siempre se debe procurar ver la epidemia de modo interdisciplinario. El SIDA, afirmó, debe ser visto de forma integral, ya que todas las crisis sociales afectan a la sociedad como un todo. Así, el VIH/SIDA debe ser visto como una sindemia, un conjunto de factores en sinergia con otros agravantes físicos y clínicos, pues el VIH nunca está solo. Otras razones, culturales y sociales, contribuyen a la enfermedad.

Según el Sr. Terto Jr., el SIDA debería ser visto como tres epidemias, involucrando estigma, prejuicios y discriminación en interacción constante con la infección y la enfermedad. Las presiones sociales que forman parte de las sociedades como el racismo, las presiones de género, la violencia urbana, la homofobia, el hecho de “condenar” y discriminar a los portadores de VIH dificultan la atención de las personas y el control de la epidemia. Por ello, la respuesta debe integrar las dimensiones individuales, sociales y programáticas.

Terto Jr. sostiene que las tres dimensiones (individual, social y programática) deben trabajarse en conjunto para que se pueda lidiar con todos los factores que contribuyen a la enfermedad. La respuesta debe ser siempre integral y no fragmentada. El Sr. Terto Jr. también habló sobre las poblaciones claves, poblaciones más vulnerables a infectarse con VIH. ¿Cuál sería la terminología correcta que llegue al ciudadano? ¿Qué discurso facilitaría una respuesta más integral en la que los derechos humanos fueran incorporados con más efectividad para que no se tenga apenas un control del riesgo sobre los cuerpos que conviven con VIH, sino, sobre todo, se brinde calidad de vida?

Preguntas y respuestas n.º 1



A continuación, se abrió un espacio para realizar preguntas y debatir. Los temas que se debatieron fueron los siguientes:

- ✦ ¿Cuándo los ciudadanos serán tratados no solamente como cuerpos, sino como portadores de un virus? Se continuó con un animado debate en relación a las interpretaciones morales de lo que es cierto o equivocado en cuanto a la exposición al VIH, es decir, qué sería “ponerse en riesgo”.
- ✦ Se debatió también sobre la prevención para personas que no tienen “estructura” o “proyecto de vida”, así como también de la necesidad de orientar de modo diferente a los excluidos, a los marginados. Se cuestionó cómo las estrategias para hablar sobre prevención deberían ser diferentes de acuerdo con los distintos escenarios, poblaciones y prácticas.
- ✦ Se habló sobre la comunidad transexual que no está amparada legal ni socialmente. En lo que se refiere a las mujeres trans, se discutió la asociación hecha por la sociedad con la prostitución. Con relación a los hombres trans, se habló de las consecuencias de su casi total falta de visibilidad social, médica y científica.
- ✦ Se hicieron preguntas sobre el tiempo estimado para descubrir la cura de la enfermedad y sobre los fundamentos en que se basan las distintas estimaciones.
- ✦ Se discutió si los fármacos en desarrollo contemplan pacientes de largo tiempo, portadores de virus resistentes a múltiples fármacos.
- ✦ Se debatió también sobre la prevención para personas VIH positivas.
- ✦ Se discutió sobre el cuidado integral. Muchos consideran que la atención a los pacientes se hace sobre la base de una fragmentación de las personas en la que no se consideran las dimensiones sociales y culturales en las cuales están insertas. Se hicieron fuertes críticas a los profesionales de la salud que solo consideran la carga viral del paciente limitándose así a una visión biomédica.

VIH en América Latina: Prevención de la infección con VIH en mujeres trans y en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres: lecciones aprendidas, puntos positivos y desafíos

Dr. Alfonso Silva-Santisteban, UPCH, Perú

En su exposición, el Dr. Alfonso Silva-Santisteban comenzó hablando sobre las limitaciones de los servicios ofrecidos a la población clave. La no inclusión de las mujeres trans y los efectos que ello genera en esa población marginada y excluida. Como cultura paralela, la población trans sigue privada de los servicios de salud y, también, del acceso a los servicios de prevención.

Otro gran problema es el desconocimiento del propio diagnóstico, ya que muchas de ellas no saben que están infectadas. Las intervenciones, según el Dr. Silva-Santisteban, requieren ser estructuradas, ya que todo el sistema es deficiente en la atención a ese grupo poblacional. Es necesario que haya una adaptación de los servicios para la atención de la población LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales) y se adecuen los servicios en relación a la comunidad atendida. Una de las opciones sería hacer pruebas de resultados rápidos y ofrecer servicios móviles en lugares de socialización.

El Dr. Silva-Santisteban habló también sobre las lecciones aprendidas con sus investigaciones. Resaltó la necesidad de comprender los contextos epidemiológicos, sociales y locales para poder adaptar las intervenciones e integrar los sectores de la salud y otros sectores a través de programas sociales. Su conclusión fue que el entrenamiento y la sensibilización de los trabajadores de la salud es la clave para mejorar la prestación de los servicios.

VIH en el Caribe

Dr. Anton Best, Ministerio de Salud, Barbados

El Dr. Anton Best comenzó describiendo la situación de la epidemia en el Caribe. En el 2015 hubo



13 000 muertes relacionadas con VIH/SIDA. Señaló también la alta prevalencia de la infección entre las trabajadoras sexuales. Habló sobre el financiamiento de las investigaciones en el Caribe y sobre la situación de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.

Cuba fue el primer país en eliminar la transmisión del virus de madres a hijos. En el caso de Haití, se estima que un 5,4 % de los niños nacieron con VIH en el 2015.

Según el Dr. Best, los países del Caribe, en general, tienen unas de las peores leyes y políticas para la prevención de la infección con VIH en poblaciones claves. Por ejemplo, se “condenan” las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo y hay leyes que impiden el acceso a las políticas de salud sexual y reproductiva. Finalizó preguntando, ¿cómo obtener respuestas más eficientes para el tratamiento del VIH frente a la situación legal y política de la región?

Preguntas y respuestas n.º 2

A continuación, se abrió un espacio para preguntas. Inicialmente se debatió el papel de la IAS en la disminución de la estigmatización de las personas que conviven con VIH. La Prof.^a Bekker habló sobre la IAS y cómo esta organización dialoga con diferentes grupos, se inserta en diversos programas de salud para lidiar con la estigmatización de las personas que conviven con VIH. El Prof. Schechter reiteró la nueva fase de la realidad de la IAS, la vuelta a sus orígenes, el activismo, con un lugar central en la búsqueda de programas que brinden soluciones.

Seguidamente se debatieron los siguientes temas:

- ⤴ ¿Cómo crear prácticas de inclusión social abordando la salud de los grupos poblacionales trans?
- ⤴ ¿Cómo priorizar y destinar recursos para detener la propagación de la epidemia?
- ⤴ ¿En qué lugar quedan los hombres trans que no se ven contemplados en los discursos ni en las pautas sociales?
- ⤴ ¿Cómo serán los próximos años en Brasil, ya que los incentivos a los programas de VIH/SIDA se están reduciendo?

¿Dónde está el VHC?

Carlos Varaldo, World Hepatitis Alliance, Brasil

El Sr. Carlos Varaldo habló sobre las enormes disparidades entre el número estimado de personas infectadas por el virus de la hepatitis C, aportado por varias instituciones como la Organización Mundial de la Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) de los Estados Unidos, diversos Ministerios de Salud e investigadores independientes. Como demostró el Sr. Varaldo, estas estimaciones pueden diferir en más de un 100 %. Así, en su opinión, el primer paso para combatir la epidemia es conocer su real magnitud. El Sr. Varaldo presentó algunas sugerencias sencillas basadas en la experiencia que, en su opinión, podrían contribuir para una mejor localización de la epidemia de hepatitis C.

También habló sobre la dificultad de acceder al tratamiento en Brasil. Demostró que, aunque los fármacos más modernos están a disposición gratuitamente en el servicio público, las barreras burocráticas son enormes y, en la práctica, limitan el acceso al tratamiento.

Participación de la comunidad: Desafíos y avances

Jana Villayzán, IRGT: Una red global de mujeres trans y VIH, Perú

La Sra. Jana Villayzán comenzó su presentación contextualizando la participación de la comunidad, sus avances y desafíos actuales. Mencionó la importancia de una red global que conecte mujeres transexuales. Se preguntó, ¿dónde están las mujeres trans? En su opinión, el ejercicio de los derechos humanos es fundamental para la implementación y ejecución de políticas de protección para las personas que viven a diario situaciones de vulnerabilidad.



En cuanto a la transparencia y sustentabilidad, la Sra. Villayzán señaló que ambas son fundamentales en las políticas gubernamentales para que los gobiernos puedan distribuir medicamentos de manera gratuita e igualitaria a los grupos poblacionales más vulnerables que no están protegidos por la legislación. Comentó también sobre la desigualdad diaria en la actualidad, la falta de espacios de convivencia para las personas trans y como todos esos aspectos deberían también ser responsabilidad de las organizaciones comunitarias.

En su opinión, como los grupos poblacionales trans y gais no tienen poder político y el movimiento todavía está fragmentado, se torna todo más difícil, como la lucha y los movimientos en pro de la vida de los integrantes de esos grupos.

Preguntas y respuestas n.º 3

A continuación, se abrió un espacio para la tercera rueda de preguntas y debates. Los temas que se discutieron fueron los siguientes:

- ⤴ La importancia de realizar y participar en investigaciones biomédicas.
- ⤴ ¿Quiénes son las personas que forman parte de las investigaciones en VIH/SIDA?
- ⤴ Las cuestiones éticas que involucran el pago a voluntarios para participar de investigaciones.
- ⤴ Las políticas de fomento a las investigaciones, ¿incluyen a todas las franjas de la población?
- ⤴ La poca participación de hombres y mujeres trans en las investigaciones.
- ⤴ La falta de visibilidad de la población trans y la falta de proyección de personas trans de clase media que no están contempladas en los estudios.
- ⤴ La mayoría de las personas trans viven en la miseria. Por lo tanto, ¿cómo deberían ser tratadas las cuestiones estructurales que exceden las investigaciones?
- ⤴ La importancia del entrenamiento de los activistas en la defensa de los derechos.

Situación del SIDA en Venezuela

Dr. Martín Carballo, Unidad de AIDS, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

El Dr. Martín Carballo habló sobre el reconocimiento de la diversidad, sobre cómo incluir a todas las personas y no excluir grupos poblacionales. Se manifestó, también, sobre la situación del VIH/SIDA en Venezuela y la falta de acceso a las terapias antirretrovirales.

Seguidamente, describió la situación de la epidemia en las poblaciones indígenas. Según sus datos, hasta un 10 % de esa población convive con la infección. Existen grandes barreras culturales, geográficas y económicas que tornan difícil el trato de estos individuos. Además, existen barreras lingüísticas, ya que muchos integrantes de esas poblaciones nativas no hablan español.

Haití: Prestación de servicios a pacientes con SIDA en situación de crisis

Prof. Jean William Pape, GHESKIO, Haití

¿Cómo lidiar con la epidemia del SIDA en situaciones de crisis? ¿Cómo prepararse para catástrofes? El Prof. Jean William Pape, después de describir las catástrofes naturales que azotaron Haití y las respuestas del grupo que él lidera, explicó situaciones a tener en cuenta, por las que se deberían hacer provisiones de medicamentos como mínimo para tres semanas, almacenar remedios en lugares específicos y protegidos en las ciudades, confeccionar listas de los domicilios de los pacientes por barrios, clínicas, y unidades médicas que informen a sus pacientes para los casos de viajes, sobre la existencia de otros centros de cuidado esenciales en el país. Establecimientos de grupos multidisciplinarios situados en los mismos barrios que los pacientes para que sea más fácil la organización de los servicios y transporte, señales de radio y comunicaciones activadas las 24 horas. Los planes de contingencia siempre se deben revisar,



desarrollar y mejorar después de cada catástrofe.

República Dominicana: Respuesta Nacional al VIH

Dra. Mónica Thormann, Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana

La Dra. Mónica Thormann comenzó su exposición con las cifras estimadas de VIH en la población de la República Dominicana en el 2015, como así también de los presupuestos gubernamentales destinados a la provisión de fármacos y suministros en general. A lo largo de su exposición habló sobre la situación general de la República Dominicana y las personas que conviven con VIH, como así también, sobre las estimaciones de presupuesto gubernamental. Presentó datos e informaciones del año 2015.

Respuesta al VIH durante una epidemia de Zika en Brasil

Dra. Adele Schwartz Benzaken, Ministerio de Salud, Brasil

La Dra. Adele Schwartz Benzaken habló sobre el Zika en el contexto del VIH. El virus del Zika apareció en el año 2015 y lo que más impacta son las microcefalias. Como respuesta nacional, el

Ministerio de Trabajo creó un grupo involucrando varios sectores. Una de las luchas principales se centra en la población joven. Como medida gubernamental de control del virus del Zika, el gobierno brasileño implementó el control del vector, el cuidado de los pacientes y la educación, el desarrollo tecnológico y la investigación. La Dra. Benzaken resalta la importancia de la discusión interna de los educadores y de la sociedad para encauzar las respuestas de lo que las investigaciones evidenciaron.

Permanencia del paciente en el tratamiento

Prof. Mauro Schechter, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil

El Prof. Mauro Schechter habló sobre la permanencia del paciente en el tratamiento y sobre cuándo comienza. En su opinión, la expectativa de vida de las personas que conviven con VIH cambió enormemente. Sostuvo que las proyecciones demográficas formuladas en el Reino Unido revelan que las personas que conviven con VIH tienen una mayor expectativa de vida que la población en general. Es decir, que el tratamiento da resultado.

El Prof. Schechter presentó datos que indican que cerca del 50 % de las personas dejan los programas de seguimiento de la evolución de la enfermedad pasados tres años de tratamiento. Este es un fenómeno que sucede en el mundo entero. En su opinión, no basta con tener una carga viral indetectable, sino que es necesario que esa condición perdure por mucho tiempo. Comentó que hay un fenómeno llamado “cansancio de pastillas” que lleva a los pacientes a no tomar sus medicamentos. Eso trae consecuencias personales y para la epidemia, ya que un 60 % de las nuevas infecciones son adquiridas de personas que saben que son seropositivas e interrumpieron el tratamiento. Una de las consecuencias es el aumento de la prevalencia de resistencia a los antirretrovirales entre personas que reciben tratamiento por primera vez.

El Prof. Schechter preguntó lo siguiente: ¿qué es necesario hacer para incrementar la permanencia y la adhesión al tratamiento? ¿Cuáles deben ser las prioridades? ¿Cómo hacer para que los pacientes continúen con el tratamiento a lo largo de los años, durante décadas?

PrEP (profilaxis preexposición) y nuevas opciones de prevención de la infección con VIH



Prof.^a Beatriz Grinsztejn, Fiocruz, Brasil

La Prof.^a Grinsztejn habló sobre la prevención de la infección con VIH y la prevalencia en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. En su opinión, un estudio epidemiológico reciente reveló que la prevalencia del VIH en travestis y transexuales es de más del 30 % en Río de Janeiro. Según la Prof.^a Grinsztejn, es necesario discutir, en profundidad, las cuestiones que afectan a estos grupos poblacionales, como también combatir la estigmatización, el prejuicio y la “condena”. Manifestó que estudios realizados en los Estados Unidos avalaron la supervivencia de las minorías de acuerdo con el área en el que vivían, mostraron que la mortalidad es mayor en áreas donde hay una mayor estigmatización, tanto por violencia, como por suicidio.

La Prof.^a Grinsztejn también comentó sobre la profilaxis preexposición en Brasil y la posibilidad de su implementación en el Sistema Único de Salud (SUS).

Finalmente, habló sobre cómo combinar la prevención con políticas de salud sobre el VIH en jóvenes, gays, mujeres trans y trabajadoras sexuales. De acuerdo con su opinión, el trabajo debería ser interseccional con movimientos que actúen de forma más integral de lo que lo hacen las acciones gubernamentales y de las ONG. Por último, afirmó que la lucha contra la estigmatización sigue siendo importante y que la ciencia tiene una gran responsabilidad en acabar con ella, que la ciencia necesita trabajar junto a la comunidad para atender las demandas sociales.

VIH entre los jóvenes

Adolfo Ruiz, SOMOSGAY, Paraguay

El doctor Adolfo Ruiz presentó tasas e informaciones sobre el índice del VIH entre los jóvenes. También habló de cómo se da la estigmatización y las subjetividades de poblaciones de esa franja de edad que conviven con el virus.

Preguntas y respuestas n.º 4

A continuación, se abrió un espacio para preguntas y para el debate. Se debatió principalmente sobre los siguientes temas:

- ⤴ Políticas públicas lanzadas en el 2013 en Brasil sin previa consulta popular, lo que fue cuestionado por parte de la representante del Programa Nacional de SIDA en Brasil.
- ⤴ Mecanismos de acceso a los jóvenes y de estos a la salud. El papel de las redes sociales, la importancia de los medios de comunicación para acceder a la comunidad de los jóvenes en la prevención de la infección con VIH, la búsqueda de nuevos lenguajes para entenderse con ellos.
- ⤴ Activismo entre los jóvenes, estímulo a nuevos líderes jóvenes, papel de líderes jóvenes que se vuelven adultos.

Seguidamente, los participantes se dividieron en tres grupos de acuerdo con el idioma en el que preferían expresarse (portugués, español e inglés). Cada grupo, después de debatir un tema específico, presentó sus conclusiones a los demás.

Primer grupo

El primer grupo discutió sobre la permanencia del paciente en el tratamiento, teniendo en consideración aspectos personales, mentales, estructurales y la problemática clínica.

En su opinión, la adhesión al tratamiento depende de la calidad del tratamiento clínico disponible. De este modo, el establecimiento de políticas para la atención necesita reconocer la estigmatización de las personas que acceden al tratamiento. Se habló de las dificultades de adherir al tratamiento a las trabajadoras sexuales y de otros grupos marginados que precisan



atenderse en clínicas que no están orientadas a sus necesidades y tienen que lidiar con la estigmatización.

Discutieron también sobre cuáles son los sistemas de salud en cada país y cómo cada sistema construye sus políticas, sus modelos de cuidado y de acceso a los medicamentos. Se analizó si la lucha debe ser por la mejora del sistema de salud como un todo y, de ese modo, mejorar la atención de personas que conviven con VIH o, por el contrario, se debería focalizar en la mejora de la atención a personas que conviven con VIH, lo que, con el tiempo, beneficiaría a la población en general.

Asimismo, se debatió sobre el seguimiento de pacientes, sobre si resulta fácil cambiar de sistema de salud, cambiar de clínica, en caso que se sienta o se tenga la necesidad.

Concluyeron que es necesaria la implementación de un modelo de salud descentralizado. Se debatió también acerca de la implementación de esquemas terapéuticos para pacientes sin necesidad de consumir medicamentos durante los fines de semana; cuándo iniciar el tratamiento y cómo asegurar el acceso a este.

Concluyeron también en la necesidad de un entrenamiento urgente para todos los profesionales que tratan con pacientes. No solo médicos y enfermeras, sino todo el equipo, ya que la falta de una atención considerada dificulta la adhesión al tratamiento.

Segundo grupo

El segundo grupo debatió en detalle sobre la implementación de la profilaxis preexposición (PrEP) en la red pública de Brasil, en particular en lo que refiere a las medidas necesarias para la inclusión de adolescentes. Se planteó la cuestión de la desinformación de la población y de los profesionales de la salud, como quedó claro en estudios sobre profilaxis posexposición. Según los planes del Ministerio de Salud, inicialmente habría un centro de provisión de profilaxis preexposición en cada capital.

Se resaltó la importancia de que los centros de tratamiento estuviesen abiertos fuera del horario comercial. En cuanto a las personas que comienzan la PrEP, pero después desisten, se recalcó el uso del momento del test para informar a la población sobre sus derechos, para estimular la percepción de la ciudadanía y los derechos individuales.

Se debatió también la cuestión del acceso de usuarios de drogas a la PrEP y si deberían ser atendidos en otros centros de salud. Se discutió acaloradamente la falta de estudios que involucran a niños y adolescentes. En particular, se analizaron cuestiones legales, éticas y morales sobre el hecho de proporcionar tratamiento o PrEP a adolescentes sin el consentimiento de los padres.

Tercer grupo

El tercer grupo debatió sobre dónde estamos y hacia dónde queremos ir en lo que respecta a la temática de la juventud. En su opinión, muchos hablan de la juventud, pero no saben qué hacer con las comunidades afectadas. Los jóvenes son el presente.

Muchas son las cuestiones que están sin definición. ¿Cómo trabajar las leyes de identidad de género? ¿Cómo trabajar con temas tan vulnerables y tan poco estudiados como los menores portadores de VIH/SIDA?

Como, cada vez más, la vida sexual comienza más precozmente, las políticas públicas no pueden pasar por alto esta realidad. ¿Dónde, cómo y cuándo, y en qué momento se debe trabajar con los jóvenes? ¿A partir de qué edad? ¿A qué edad se debe empezar a trabajar con la prevención primaria y la prevención positiva?



Se resaltó la falta de espacios para la participación de mujeres jóvenes que conviven con VIH. Se remarcó también que muchos jóvenes dejan de ser activistas en la lucha contra el VIH por falta de fondos y de recursos que aseguren esa militancia. Se reafirmó la necesidad de incrementar el apoyo técnico y financiero a los grupos de jóvenes, de tal modo que se aproveche la influencia de estos en las redes y comunidades.

Se debatió también sobre los lugares y momentos para actuar, destacándose la importancia de replicar conocimientos adquiridos y del trabajo conjunto.

El papel del sector de la educación fue bastante discutido. En varios países, los Ministerios de Educación y de Salud no pueden distribuir material educativo en las escuelas por causa de fuerzas retrógradas que impiden la creación de políticas de educación sexual efectivas. Así, sin la colaboración de los diversos sectores de la educación es imposible trabajar con las generaciones más jóvenes. El grupo concluyó en la necesidad de ampliar el debate sobre la prevención combinada y no restringirlo únicamente al uso de preservativos.

Consideraciones finales

Al final de la reunión, los profesores Linda-Gail Bekker y Mauro Schechter agradecieron la presencia de todos y reiteraron que la IAS está absolutamente comprometida a trabajar con las generaciones más jóvenes, estimulándolos y creando oportunidades como este taller para que interactúen con otros jóvenes y creen sus propias redes de militancia. Afirmaron también que la IAS no cree que la epidemia esté acabándose, sino que, todavía, hay un largo camino por delante, y que, para ser exitosos, es esencial la comunicación constante entre la comunidad y la ciencia. Y el papel de talleres como este es estimular a activistas y a otros profesionales, no solo médicos y científicos de las áreas biológicas para que se afilien a la IAS, con el fin de que sean miembros activos y se postulen a su Consejo Directivo.