



Aportes Andinos N. 9 Discriminación, exclusión y racismo

La epidemia del VIH/SIDA y los derechos humanos en la Comunidad Andina de Naciones*

Edgar Carrasco**
Orlando Montoya***

La enfermedad de VIH/SIDA ha sido abordada por los países de la Comunidad Andina de formas diferentes, sin políticas claras en algunos casos, con instituciones establecidas pero sin financiamiento o con programa que cubren a personas que viven con el virus en porcentajes muy reducidos. Esta situación no tiene perspectivas de cambiar a corto plazo.

Contenido

¿Qué pasa con la epidemia del VIH/SIDA en los países andinos?
La respuesta del sector gubernamental
Hacia la integración subregional
La situación de las Personas que Viven con VIH/SIDA
Un asunto vinculado a la vida y la salud
Recomendaciones

¿Qué pasa con la epidemia del VIH/SIDA en los países andinos?

El Sida es una epidemia con características globales que hasta la presente fecha ha notificado 40 millones de casos, repartidos en todas las regiones del mundo; para finales del 2001 se estimaba según el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA, que 280.600 personas vivían con VIH/SIDA en la Comunidad Andina de Naciones. El SIDA se presenta como un grave problema de salud pública con implicaciones en el desarrollo y los derechos humanos. La pandemia continúa afectando a los países más pobres, en donde los sistemas de salud no están en capacidad técnica y

económica para responder adecuadamente. En este escenario se presenta la epidemia en la Comunidad Andina de Naciones.

El primer caso de SIDA diagnosticado en Bolivia fue descrito en 1984 en Santa Cruz de la Sierra. Desde esa fecha hasta junio del 2002, el número

de casos registrados por el programa ITS/SIDA del Ministerio de Salud es de 907 personas. La tasa nacional de prevalencia es de 25 por 1.000.000 habitantes en el año 2001. Esta tasa de prevalencia del VIH/SIDA es la más baja de la región, sin embargo es necesario mencionar que existe un importante subregistro de casos. Para fines del 2001, ONUSIDA estimaba que el número

de personas que viven con el VIH en el país era de 4.600. La vía de transmisión del VIH más frecuente en Bolivia es la sexual (95%), luego está la vía sanguínea a través de transfusiones de sangre (3%) y la perinatal, de la madre viviendo con el VIH al niño/a (2%). En la transmisión por vía sexual, el 61% corresponde a heterosexuales, el 39% a homosexuales. Del total de la notificación el 32% corresponde a mujeres y el 68% a hombres.

Conforme al Instituto Nacional de Salud (INS) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el periodo 1983 hasta diciembre de 2002, se notificaron en Colombia un total de 36.419 casos de VIH/SIDA. Del total de casos el 63,34% provienen del Distrito Capital de Bogotá, y los Departamentos de Antioquia y Valle (1). Sin embargo, al relacionar la cantidad de casos con la cantidad de población, se encuentra que la propagación de la epidemia se da con mayor impacto en regiones intermedias como el departamento de Risaralda, o en el Departamento de San Andrés y Providencia, área turística del país. Además, la mayor cantidad de casos se reportan en población joven y adulta (entre los 20 y 49 años) con un 72,99%. Si bien la mayoría de los casos reportados son hombres (82,22%), se observa como la tendencia al aumento de casos de VIH/SIDA en mujeres.

La forma de transmisión del VIH en el Ecuador es predominantemente sexual. Hasta el 2001 era el 93,7% de los casos notificados. La distribución porcentual por sexo fue entre 1984-2001, el 76,84% hombres y el 23,15% mujeres. Del total de hombres, el 48% se reconocieron como heterosexuales y el 45,7% como homo-bisexuales. El predominio porcentual de los heterosexuales se evidencia desde 1998, pues desde el inicio de la epidemia hasta 1997 predominaron los homo-bisexuales. En el país la epidemia afecta a la población económicamente activa y joven, personas de los 15 a 30 años de edad. ONUSIDA estima que existen aproximadamente unas 40.000 personas viviendo con el VIH/SIDA. En Ecuador también existe un subregistro de casos.

Según la Oficina General de Epidemiología, en Perú el número total de casos de SIDA acumulados desde 1983 hasta septiembre del 2002, ha sido de 13.257 casos. A estas cifras también se suman aproximadamente 60.000 personas que se estiman permanecen como portadoras asintomáticas. Se reconoce oficialmente que existe un subregistro de casos, calculado en un 40% del total de casos que se han presentado hasta el año 2002. En Perú el 96% de la transmisión del VIH es por vía sexual, Lima

concentra el mayor número de casos (aproximadamente el 70-75%). Los grupos en edades comprendidas entre los 20 y 49 años representan el mayor número de casos notificados de SIDA entre los hombres. Las mujeres entre los 20 y 39 años, son el 40% de casos de VIH/SIDA notificados. En la distribución de los casos de SIDA por sexo, se observa al año 2002 una relación 3:1. También, en el país hasta el año 2000 la epidemia seguía concentrada en algunos grupos específicos, así la prevalencia en gestantes señaló el 0,35%, en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 11%, en trabajadoras sexuales 2% y en personas privadas de su libertad 1,1%.

En Venezuela según datos suministrados por el Programa Nacional de SIDA –PNS-, para noviembre del 2002 se habían registrado 17.585 casos de VIH/SIDA en el país, esto representa un acumulado desde el año 82, cuando se diagnosticó el primer caso. El 90% de los casos notificados se produce por transmisión sexual, dentro de dicho registro, el grupo más afectado es la comunidad homosexual y de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), que registra el 80% de los casos notificados. Igualmente se tiene registrado que el grupo etéreo más frecuente para la infección por VIH está entre 15 a 45 años de edad. Según el informe sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA, publicado en 2002 por ONUSIDA, se establece que el número estimado de personas que vivían con el VIH/SIDA a finales del 2001 en Venezuela, ascendía a 62.000 infectados/as. Según las autoridades del PNS, existe un subregistro de casos que se eleva hasta un 80%.

Como pudimos apreciar en estos breves informes epidemiológicos, el VIH/SIDA tiene un "comportamiento" muy similar en los países que conforman la subregión, las principales características de la epidemia son: concentrada en poblaciones en situación de vulnerabilidad, tales como hombres que tienen sexo con hombres; principalmente de transmisión sexual; afecta a población joven y económicamente activa; geográficamente las áreas más afectadas son las ciudades. Resulta preocupante a los fines de las estrategias de prevención y asistencia del sector gubernamental, que la epidemia en todos los países de la subregión, a excepción de Colombia, tiene un importante subregistro de casos, que van desde un 40% en Perú, hasta un 80% en Venezuela.

La respuesta del sector gubernamental

Para la aplicación, coordinación y regulación de los principios orientadores, políticas y regulaciones con relación al VIH/SIDA, desde los inicios de la epidemia la respuesta gubernamental se dio a través de los programas nacionales de VIH/SIDA, ya sea a modo de direcciones, comisiones y/o coordinaciones. Con los vientos de la modernización del sector salud, los Programas de SIDA tienden a desaparecer, para ser trasladados como subprogramas en la intrincada burocracia de los Ministerios de Salud Pública de la Región.

El Programa Nacional de ITS-SIDA de Bolivia, cuenta con un Plan Estratégico quinquenal, para el período 2000-2004, que es parte del Seguro Básico de Salud, del Escudo Epidemiológico, de la Medicina Familiar y Comunitaria y de los Programas Prioritarios de Salud, como el Programa de Atención Integral a la Mujer y la Salud Sexual y Reproductiva. Sus estrategias y líneas de acción están orientadas a: la concertación social en el desarrollo de un marco legal relacionado con las ITS-SIDA; aplicación del “manejo sindrómico” de ITS-SIDA; gestión de recursos financieros y técnicos; revisión, adecuación y aplicación de normas vigentes, sistematización y difusión de proyectos y fomento de la investigación; fortalecimiento del Comité Nacional y los Comités Regionales interinstitucionales; Coordinación con el Ministerio de Educación en el proceso de elaboración, revisión y aplicación de los contenidos curriculares transversales sobre educación para la sexualidad; participación y fortalecimiento de poblaciones vulnerables y coordinación con ONGs que trabajan en la temática; desarrollo de mecanismos de educación alternativa para la prevención y de un sistema solidario de gestión y canalización de recursos para medicamentos antirretrovirales.

En la actualidad, en Colombia no existe un Programa Nacional sobre el SIDA como tal, ya que sus responsabilidades durante el Gobierno del Presidente Andrés Pastrana, han sido trasladadas al interior del Instituto Nacional de Salud, y dejó de fungir con su papel rector; al Programa Nacional le sobrevive el Consejo Nacional de SIDA.

El Programa Nacional SIDA/ITS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se encuentra bajo la dependencia de la Dirección Nacional de Epidemiología y tiene entre sus funciones, la coordinación de las políticas y la gestión tanto pública como privada con relación a la epidemia del SIDA en el país. El Programa Nacional SIDA/ITS, fue creado bajo el Acuerdo Ministerial

del Ministerio de Salud Pública en 1985 y desde entonces, ha enfocado sus esfuerzos principalmente hacia la vigilancia epidemiológica del VIH, al control de calidad de la sangre y productos derivados de la misma, con un fuerte déficit en acciones dirigidas a la prevención. En el año 2001 coordina la formulación del Plan Estratégico Nacional para el 2001-2004, el mismo que se concibe como una herramienta conceptual y para organizar la respuesta nacional coordinada de manera estratégica frente al SIDA. Este plan define cuatro líneas de acción: la atención, que incluye el establecimiento de servicios de atención para las PVVs (personas que viven con SIDA); educación; reforzamiento de laboratorios y bancos de sangre y la vigilancia epidemiológica.

Similar a lo sucedido con el Programa Nacional de SIDA de Colombia, en Perú el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA –PROCETSS–, fue desactivado siendo trasladado a la Dirección de daños y riesgo del Ministerio de Salud Pública. PROCETSS durante su existencia como ente coordinador de la respuesta nacional frente al SIDA, tuvo como objetivos principales: el reconocimiento de la prevención como propósito prioritario y objetivo básico para el control de las ITS/VIH/SIDA; dar prioridad a la labor en escenarios con mayor riesgo e intervenciones de mayor impacto y mejor rendimiento costo-beneficio; control de las ITS como estrategia básica para la prevención del VIH/SIDA.

En Venezuela el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), cuenta actualmente con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, el cual es la evolución de la Comisión Nacional creada por ese Ministerio en 1982 y la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA en 1990. El MSDS cuenta con una política de salud y desarrollo social orientada a la respuesta frente al SIDA, cuyo objetivo es facilitar el manejo de los recursos humanos y financieros, el cual es denominado Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA, con el cual el Ministerio “asume el compromiso ético de colocar la lucha contra el VIH/SIDA, como una prioridad de la Agenda Nacional por la Salud y la Vida, y por tanto como un asunto de interés público”. El Plan Estratégico tiene trazadas varias metas fijadas a largo plazo como: eliminar la discriminación y el estigma; reducir la mortalidad infantil producto de la transmisión vertical del VIH; acceso universal a la información sin ningún tipo de discrimen; acceso a la adecuada atención para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, así como de la salud de las mismas.

Podríamos concluir este segmento referente a la respuesta del sector gubernamental, afirmando

que si bien se han creado las dependencias para llevar adelante las estrategias de prevención y asistencia, encontramos que las mismas continúan muy débiles ante los desafíos que impone la epidemia. Así, el subregistro; políticas erradas que no atienden las reales necesidades de la gente afectada o vulnerable a una epidemia concentrada; los prejuicios y estigma con los cuales responden los gobiernos andinos; la escasa asignación de recursos; el desfase entre prevención y asistencia; la corrupción; y la desorganización reinante en el sector público, concurren para diagnosticar como ineficaz y obsoleta la respuesta a la epidemia en la subregión.

Hacia la integración subregional

Políticas de integración regional que buscan favorecer los esfuerzos en prevención y asistencia en VIH/SIDA y derechos humanos en el ámbito país.

Los cinco países de la Comunidad Andina de Naciones, participan conjuntamente en dos convenios que son, el Convenio Andrés Bello, referido a Educación y el Convenio Hipólito Unanue, referido a aspectos de salud. El convenio Hipólito Unanue, convertido actualmente en el Organismo Andino de Salud en cuanto al VIH/SIDA, ha estado trabajando en aspectos relacionados a la vigilancia epidemiológica, y más recientemente en la negociación de medicamentos antirretrovirales para las PVVs.

Los países de la Comunidad Andina de Naciones, en sus convenios comunitarios han incorporado en materia de Derechos Humanos su propia Carta, conocida como la *Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos*, firmada por los 5 Presidentes de la Comunidad en julio del 2002, en la cual ratifican su compromiso de respetar y aplicar la Carta de Naciones Unidas, la Carta de la Organización de los Estados Americanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos -Pacto de San José-, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -Protocolo de San Salvador-, la Carta Democrática Interamericana y demás instrumentos internacionales de derechos humanos de los cuales los países andinos son Parte.

No obstante estos instrumentos importantes de la integración andina, de acuerdo al informe de la Secretaría Protempore de la Comunidad Andina

(junio 2000-2001), señala: “a pesar de que los avances en materia económica y comercial han tenido un desempeño continuo e irreversible y que el acento de la integración hasta ahora se ha centrado en aspectos económicos, se han descuidado aspectos sociales fundamentales en la consolidación del proceso de integración.”

Cabe apuntar que la primera negociación andina, celebrada en Perú en junio de 2003 para la compra de antirretrovirales, en su primera ronda de negociaciones no logró los acuerdos esperados para un precio regional de referencia, ello en parte por privilegiar los intereses particulares de gobiernos y empresas farmacéuticas, dejando a un lado las urgentes necesidades de las PVVs. El acuerdo perseguía reducir los precios de los medicamentos en el ámbito subregional.

Recientemente en Venezuela se celebró la XXV reunión de Ministros de Salud del Área Andina, con participación de representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a fin de debatir la posibilidad de producir medicamentos genéricos dentro de la región, con el objeto de abaratar costos a los sistemas públicos de salud y facilitar el acceso a fármacos esenciales. Llama la atención que siendo las PVVs las principales beneficiarias y afectadas de estas decisiones, no fueron convocadas a las deliberaciones, lo que demuestra la poca apertura gubernamental para la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones en materia de salud, contraviniendo acuerdos adoptados en ese sentido en la Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el SIDA, producto de la Asamblea General Especial de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (25-27 de junio de 2001). Se desconocen los resultados de estas negociaciones.

La situación de las Personas que Viven con VIH/SIDA

Derechos humanos más frecuentemente vulnerados

A pesar de que en los 5 países comunitarios andinos se dispone de normativas y regulaciones, que en principio se orientan hacia la protección de los derechos humanos y de aplicación muy especial a los de las PVVs, la situación de las personas que viven con el VIH/SIDA y poblaciones en situación de vulnerabilidad en la Comunidad Andina de Naciones, es muy precaria en cuanto a sus derechos humanos. Los derechos fundamentales más frecuentemente vulnerados son: vida, igualdad, salud, privacidad, reputación,

honor, intimidación, propia imagen, libertad y seguridad personales (tratos crueles, inhumanos y degradantes), trabajo y educación.

Pasando de la descripción anecdótica de los casos de violación a los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA, ahora en la región se encuentran descritas muchas denuncias y procesos de mediación a través de las diferentes defensorías del pueblo, ante cortes constitucionales y la utilización de mecanismos como la Tutela para el reconocimiento de los derechos afectados por acción u omisión, en la mayoría de los casos con relación al derecho a la vida, salud y trabajo.

En Bolivia, el SIDA ha desatado una serie de prejuicios, señalamientos y discriminaciones hacia personas que viven con el VIH y de grupos sociales denominados "de riesgo" como homosexuales, trabajadoras comerciales del sexo, adolescentes que viven en calle y extranjeros, que han conducido al ostracismo y la estigmatización.

En Colombia, la situación de la mayoría de las personas que viven con el VIH y con SIDA, sistemáticamente recurre a las acciones de Tutela, para que alguno de los sistemas de seguridad social, y otros, faciliten el acceso a los servicios de salud y la provisión de medicamentos. En el país la Corte Constitucional ha emitido resoluciones donde recuerda que: "El Estado, la sociedad y la familia conjuntamente participan en el cuidado de la salud de las personas asintomáticas y enfermos de SIDA... en el mismo sentido recuerda, sobre la obligación por parte de las autoridades "están en la obligación de darle a estas personas protección especial como miras a garantizar sus derechos humanos".

Pese a los avances en legislación vigente en el Ecuador, con relación a la defensa y protección de los derechos humanos en su integridad, en el país la persistencia de violación de los derechos de las personas que viven con el VIH y con SIDA, se ve expresada principalmente en los ámbitos de lo laboral (donde se aplican las pruebas de VIH como pre-requisito o permanencia del empleo), la educación, la atención médico-clínica (serias limitaciones en los servicios, diagnóstico y acceso a tratamiento) y en el ámbito de la estructura familiar, a la cual se le suman el estigma y la discriminación en la mayoría de los casos.

La situación de las personas que viven con el VIH/SIDA en el Perú, está plagada de una serie de situaciones que en la mayoría de los casos atenta contra sus derechos individuales, protegidos y garantizados por las normas nacionales, así como por diversos pactos y convenciones de derechos

humanos, ante los cuales no se acciona por lo difícil que resulta embarcarse en procesos administrativos y/o judiciales destinados a que se reconozcan los derechos humanos. Al igual que en el Ecuador, la solicitud de pruebas para el VIH en el inicio del empleo y/o se le condiciona hacerse la prueba para continuar en el trabajo, para seguir una carrera en las Fuerzas Armadas o para ingresar a la universidad. Así también las transgresiones se dan al no orientar a las personas con la consejería debida; pre y post examen. Igualmente, existe violación de derechos, al no respetarse la autonomía de la voluntad cuando para la realización de la prueba. Las constantes violaciones a la confidencialidad de exámenes y sus resultados, las dificultades para acceder a servicios de salud, conforman este cuadro de irrespeto, desconocimiento, abuso y violación a los derechos humanos de las PVVS, los que han sido presentados en los tribunales de justicia. Adicionalmente se han presentado solicitudes de medidas cautelares ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

En el escenario venezolano la situación de las PVVS, si bien por el lado de acceso a tratamiento perfila mejores condiciones que el resto de sus países hermanos, las personas en general se ven expuestas a violaciones a sus derechos humanos en ámbitos fuera del contexto de la atención de salud. Ante los tribunales venezolanos se han presentado una serie de denuncias y acciones de amparo con la finalidad de lograr el reconocimiento y la reparación de la vulneración de los derechos a la salud, vida privada, intimidad, honor, reputación, trabajo y educación. En este sentido, existen en Venezuela importantes sentencias del Tribunal Supremo de Justicia y tribunales de instancia, entre las cuales destacan las acciones de Amparo Constitucional emprendidas por las organizaciones no gubernamentales.

Igual a lo que sucede en el resto de países de la región andina, en Venezuela también un derecho especialmente vulnerado es la divulgación del diagnóstico y otras informaciones confidenciales, así como la práctica generalizada por parte de los empleadores de efectuar diversos exámenes médicos a las personas que laboran o aspiran a obtener un puesto de trabajo. Entre esas pruebas se encuentra la de anticuerpos contra el VIH, la cual se efectúa sin previo consentimiento e información. Cómplices de esta práctica son los médicos y laboratorios privados que informan a las empresas, específicamente a las gerencias de Recursos Humanos, los resultados arrojados por exámenes practicados, difundiendo de esta forma antitética, información confidencial acerca de la

condición de salud de sus pacientes, lo que está en franca contravención con la ley y la deontología. Recientemente el Tribunal Supremo de Justicia (enero 2004), dio a conocer un anteproyecto de reforma penal, que incluye prisión y multas para quienes transmitan el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Un asunto vinculado a la vida y la salud

El acceso a la atención integral con tratamientos antirretrovirales (ARVs)

Cuando en 1996 fueron presentados por vez primera los resultados clínicos de los llamados cócteles de antirretrovirales, la historia del VIH/SIDA dio un vuelco tremendo, pasando de ser una enfermedad con una tasa de mortalidad de más del 50%, a una condición crónica de salud. Los elevados costos, las patentes y la indiferencia gubernamental trajeron al mundo la inequidad en cuanto al acceso a los ARVs, permitiendo que los afectados en el mundo desarrollado (1.615.000 personas) tuvieran una mejor calidad de vida, contra 38.170.000 personas, que en el mundo en desarrollo continúan sufriendo debido a las complicaciones clínicas del SIDA. El acceso a los medicamentos ARV se transformó en el mundo en desarrollo, en el asunto más importante a reivindicar. En Latinoamérica el reclamo se orientó por los derechos humanos.

En Bolivia desde que se inició la epidemia en 1984 hasta la fecha, las personas que viven con el VIH/SIDA no contaron, ni cuentan hoy día, con programas de apoyo por parte del Estado para el tratamiento de las enfermedades oportunistas, ni tampoco para realizar la profilaxis. En cuanto a medicamentos ARVs, no existió ni existe una voluntad política del gobierno para ofrecer un acceso real y sostenible a los ARVs. A fines del 2000, el gobierno de Brasil, decidió donar a Bolivia dos tipos de medicamentos ARVs, con el compromiso de que el gobierno boliviano otorgue el tercero para completar el esquema de triterapia. Actualmente en Bolivia menos del 2% de las personas, tienen acceso a la triterapia. De éstos, una parte es comprada por los mismos pacientes o familiares, y algunos reciben donaciones de organizaciones internacionales. La Caja Nacional de Seguro (CNS), ha incluido en su vademécum cinco medicamentos antirretrovirales que están destinados exclusivamente a pacientes asegurados, sin embargo existen frecuentes interrupciones del tratamiento, debido a la falta de existencia de los mismos en los inventarios de la CNS.

En Colombia se evidencian también severas dificultades en cuanto al acceso a medicamentos y

a exámenes relacionados. El 90,90% de las quejas presentadas ante la Defensoría del Pueblo, están relacionadas con el derecho a la salud, constituyéndose en el principal factor violatorio de las personas que viven con el VIH/SIDA. Adicionalmente para el año 2001, interpusieron 140 acciones de tutela para solicitar tratamientos antirretrovirales. El 91% de las tutelas han fallado a favor del demandante. En la mayoría de las Entidades Prestadoras de Salud y otras, los médicos tienen la orden de recetar los medicamentos aprobados en el Plan Obligatorio de Salud o aquellos que tengan existencias en las farmacias de las instituciones, por lo que el tratamiento es condicionado a otros factores y no por las necesidades médicas de los usuarios.

Caso similar al boliviano, en el Ecuador el acceso a medicamentos en general, incluyendo los antirretrovirales no llega para más del 98,5% de las personas que viven con el VIH/SIDA, en el 1,5% que reciben en la actualidad ARVs, se incluyen parte de las personas que demandaron al gobierno ecuatoriano y que por las medidas cautelares reciben parte del tratamiento. En la actualidad, en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha establecido 5 clínicas de atención a pacientes VIH o con SIDA en tres ciudades del país, a través de las cuales hace entrega de ARVs a un pequeño grupo, no mayor de 100 personas de todo el país, y brinda atención médica de especialidad, programa que, según asegura el Ministerio de Salud, crecerá gradualmente incorporando a nuevas personas. Los sistemas de seguridad social tanto el de las Fuerzas Armadas como para el régimen laboral (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS), destinan recursos para sus afiliados, pero las personas que son atendidas bajo el sistema del IESS, sufren de interrupciones sistemáticas del tratamiento con ARVs a causa de la lentitud en los procesos de licitación y facturación que maneja este sistema de seguridad social.

En el Perú, la situación es similar a Bolivia y Ecuador, por cuanto pese a que cuentan con normas específicas en la materia, no existe acceso a los tratamientos en el sistema público para las personas viviendo con el VIH/SIDA en general, sólo para madres gestantes para ayudar a disminuir la transmisión vertical y para los niños recién nacidos con lactancia artificial. Además, cabe señalar que en los Hospitales del Sistema de Seguridad Social (ESSALUD), tienen acceso a provisión de medicamentos alrededor de 1.200 PVVS, que correspondería aproximadamente al 10% del total de PVVS del país, y el Ministerio de Salud provee profilaxis gratuita para la prevención de infecciones oportunistas, aunque el programa sufre de interrupciones sistemáticas. Las

personas que viven con el VIH/SIDA en el Perú que actualmente quieren acceder a tratamientos ARVs, deben por sí mismas asumir los costos económicos, los cuales bordean aproximadamente entre 500 y 800 dólares mensuales. En el Perú el sueldo promedio que gana un empleado y que recibe el salario mínimo, es de aproximadamente de 130 dólares mensuales.

De los países de la región, Venezuela muestra el mejor escenario en cuanto a acceso a ARVs, pues el Programa Nacional de SIDA contempla una cobertura para 5.200 personas ya ingresadas en este plan, que no incluye gastos referentes a fármacos para enfermedades oportunistas y reactivos. El plan venezolano incluye también el acceso a ARVs para casos de accidentes de exposición (laboral y abuso sexual) y prevención vertical. También cuenta con un programa de medicamentos para Enfermedades Oportunistas. Por su parte, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), no solamente atiende a personas afiliadas a la seguridad social, esto es a los trabajadores que cumplan con las cotizaciones requeridas, sino que también este servicio atiende a PVVS no afiliadas a la Seguridad Social, por lo que provee ARVs a 2.970 personas. Su programa incluye la provisión de equipos de emergencia, mediante los cuales se otorgan ARVs para casos de PVVS en situación de emergencia.

Sin embargo, todo este beneficioso programa ha entrado en riesgosos incumplimientos para la vida de las PVVS, provocado por negligencia y complicaciones burocráticas de la Seguridad Social y el Ministerio de la Salud, produciendo constantes desabastecimientos en ARVs, con la consecuente interrupción de medicamentos a las PVVS. Con relación al acceso a exámenes de diagnóstico y especialidad, como Carga Viral y CD4, si bien están incluidos en la atención, se incurre también en desabastecimiento de los reactivos necesarios. Esta situación originó que las PVVS pidieran la intervención judicial, a través de la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo en fecha 22 de julio de 2003, pero hasta la presente fecha no hay pronunciamiento de este tribunal.

Recomendaciones

La necesidad de fortalecer los mecanismos de participación ciudadana, y muy especialmente, los relacionados con los de control de la gestión pública y auditoría social a las acciones de las entidades gubernamentales y privadas de prestación en servicios de salud.

Es importante la creación de un observatorio de derechos humanos y VIH/SIDA, que permita medir

de manera permanente y sistemática los casos que se presentan, con el fin de apuntar a la construcción de una política pública en la materia, la cual en la actualidad es altamente deficiente.

Los Estados deben fortalecer una serie de mecanismos prácticos, enfocados al cumplimiento y aplicación de la visión de los derechos humanos descritos en sus Constituciones y normativa vigente, así como en sus respectivos planes y programas, además de reiterar, no solamente en la obligatoriedad de la observancia de los mismos, sino también de sanciones por su incumplimiento tanto en los ámbitos de gobierno como privado y personas responsables.

En el orden normativo, difundir todas las Resoluciones, leyes, acuerdos y compromisos internacionales, a todos los servicios públicos y privados para su conocimiento, a través de actividades de capacitación, formación y en los currículos de formación de los funcionarios públicos tanto del sector salud, migración, sistema jurídico, trabajo, educación, universidades, federaciones, sindicatos y otras instituciones, de tal manera que esto se refleje en programas institucionales en VIH/SIDA y de protección de los derechos humanos de las PVVS y de los grupos en mayores condiciones de vulnerabilidad social, principalmente minorías sexuales, trabajadores/as sexuales y usuarios/as de drogas.

En función del cumplimiento de sus obligaciones internacionales, es necesaria la creación de instancias de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las mismas, incluyendo una amplia participación ciudadana, además de la activación del respectivo mecanismo de coordinación intersectorial sobre el VIH/SIDA. En este mismo sentido es clave la creación de veedurías ciudadanas en los países donde existirá financiación del Fondo Global (FG), que los gobiernos no reemplacen su inversión por los montos del presupuesto asignado para la propuesta país del FG.

Convocar la participación ciudadana en general, instituciones públicas y privadas, ONGs, PVVS, para que en forma conjunta se pueda fortalecer la respuesta frente al VIH/SIDA, incluyendo en la respuesta nacional, otras instancias como el ONUSIDA y las agencias de cooperación técnico-financiera de carácter supranacional.

Reconocer que en cumplimiento de sus obligaciones con relación a los derechos humanos de acuerdo a los estándares internacionales y nacionales ostentan un saldo negativo, ya que persiste la discriminación, las dificultades para el acceso a la justicia, la impunidad, la corrupción

gubernamental, la impunidad como elementos que impiden la promoción y justiciabilidad de los derechos fundamentales.

Es necesario la despolitización y desburocratización de las instituciones del Estado llamadas a la protección y promoción de los derechos humanos, tales como la Defensoría del Pueblo y el Ministerio Público, pues impiden que la ciudadanía encuentre respuestas adecuadas a las violaciones de sus derechos humanos.

Asegurar el acceso a servicios de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, incluyendo los de diagnóstico y tratamiento con ARVs en los países con mayor deficiencia como Bolivia, Perú, Ecuador, y observar la calidad de la atención, aseguramiento y sostenibilidad de los mismos en Venezuela y Colombia, tanto por parte de las instituciones de la seguridad social como las entidades prestadoras de servicios en salud privadas.

Aumentar la inversión en recursos técnico-financieros para ampliar la respuesta nacional frente al VIH/SIDA y la ejecución de los respectivos planes estratégicos y el fortalecimiento político-financiero de los correspondientes Programas Nacionales sobre el SIDA/ITS.

La Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el SIDA (UNGASS) debe redituarse en la exigencia a los países con relación a sus cuentas nacionales sobre el VIH/SIDA, de tal manera que esto permita asegurar a las políticas existentes su eficaz aplicación y cumplimiento.

Fortalecer los mecanismos que en el ámbito país ha desarrollado el sistema de Naciones Unidas, tales como: Equipo País, Grupo Temático y Grupo Técnico, asegurando la participación de la sociedad y en especial de las PVVs.

Nota

1. Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia – Centro de Control de Enfermedades, 2003.

* *El presente artículo es un resumen del "Informe Comparado sobre la Situación del VIH/SIDA y los Derechos Humanos en la Comunidad Andina de Naciones" y los Informes Nacionales. Ver informes completos en: www.laccaso.org; www.equidadecuador.org; www.vialibre.org.pe. Los informes fueron elaborados por: El Instituto para el Desarrollo Humano IDH-Bolivia, Fundación Vivir Mejor-Colombia; Vía Libre-Perú; Fundación Ecuatoriana Equidad-Ecuador; Acción Ciudadana de Lucha Contra el SIDA-ACCSI.*

****Edgar Carrasco.** Coordinador General de Acción Ciudadana Contra el SIDA en Caracas, Venezuela. Secretario Regional del Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en VIH/SIDA/LACCASO. Miembro del Grupo de Referencia en DDHH de ONUSIDA

*****Orlando Montoya.** Presidente Ejecutivo de la Fundación Ecuatoriana Equidad en Quito, Ecuador. Coordinador General de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina, ASICAL.