

La estrategia cubana de respuesta al VIH/sida: Un enfoque integral con base en los derechos

Julio 2008



ÍNDICE

	Páginas
Resumen	3
La epidemia cubana: pasado y presente	6
La prevención del sida en Cuba	12
Las mujeres y el VIH	18
HSH: Los más vulnerables en Cuba	23
Programas y protocolos de tratamiento	28
Los retos futuros	34
¿Es replicable el modelo cubano?	37
Conclusiones	43
Referencias	44

Este documento fue elaborado por Conner Gorry, Editora de *MEDICC Review: International Journal of Cuban Health & Medicine* (www.medicc.org), con el apoyo del Programa Conjunto de Oxfam en Cuba que cuenta con apoyo de Intermon Oxfam de España, Oxfam América, Oxfam Canadá, Oxfam Gran Bretaña, Oxfam Novib de Holanda y Oxfam Solidaridad de Bélgica.

Reconocimientos

La autora desea expresar su agradecimiento a varios especialistas que le hicieron llegar valiosos comentarios sobre las versiones iniciales del manuscrito. Ellos son: Carlos Aragonés y el Dr Jorge Pérez, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí; la Dra Rosaida Ochoa y la Dra Myrna Villalón, del Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/Sida; el Dr Rigoberto López, del Centro de Atención Integral a Personas con VIH/sida de La Habana; Mariela Castro y la Dra Ada Alfonso, del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX); la Dra María Isela Lantero y el Dr José Joanes Fiol, del Programa Nacional ITS/VIH/Sida, del Ministerio de Salud Pública; el Dr Manuel Santín Peña, del Programa de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública; y la Dra Arachu Castro, de la Universidad de Harvard. La autora también desea expresar su gratitud a todos los entrevistados: Mariela Mendoza, Daysi Llanares, Raúl Regueiro, Fidel Segura y Omar Parada.

Asimismo la autora desea agradecer el apoyo y compromiso de la oficina de Oxfam en Cuba que hizo posible la realización de este trabajo.

Cualquier error es responsabilidad exclusiva de la autora.

Foto de Portada: Una promotora de salud del Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/Sida distribuye condones e información sobre VIH/Sida en ocasión del Día Mundial del Sida, La Habana. ©MEDICC.

©Oxfam International 2008. Se autoriza el uso y cita del presente documento con fines no comerciales, siempre y cuando se cite la fuente.

*"Debe hacerse en cada momento
lo que en cada momento es necesario."
- José Martí*

RESUMEN

Tras el diagnóstico del primer caso de VIH en el país en 1985, y de otros en 1986, el gobierno cubano puso en práctica un programa nacional de monitoreo y manejo de la epidemia. Su base inicial fueron las estrategias de control y contención de enfermedades infecciosas que posteriormente se ampliaron para incluir labores intersectoriales de educación, prevención y tratamiento. Ese enfoque ha hecho que la isla registre una tasa de prevalencia del 0,1%, la más baja de las Américas [OMS 2008]. La tasa cubana de mortalidad por enfermedades relacionadas con el sida, que es de 1,0 por cada 100 000 habitantes [Ministerio de Salud Pública 2007], es igualmente baja. La transmisión de madre a hijo y la infección a través de la sangre y los hemoderivados son también extraordinariamente reducidas en Cuba, donde la principal vía de transmisión (el 99%) son las relaciones sexuales [Ochoa et al. 2006]. A pesar de esos logros, el número de nuevos casos de infección ha aumentado de forma sostenida a partir de 1996, sobre todo entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH); en la actualidad, el 84% de los hombres diagnosticados como seropositivos son HSH [Programa Nacional ITS/VIH/Sida 2008].

En el presente documento se analiza el enfoque cubano de respuesta al VIH, que, al igual que el sistema de salud del país, se fundamenta en el principio de que **la salud es un derecho humano**. En la práctica, ese principio se traduce en un continuo de atención de salud mediante el acceso universal y gratuito a los servicios de salud primarios, secundarios y terciarios; el compromiso gubernamental de equiparar y mejorar las determinantes sociales; y la investigación y el desarrollo científico puestos al servicio de mejorar la salud de la población. **Los derechos plasmados en la Constitución**, incluidos el derecho al trabajo y el derecho a la vivienda, al igual que las leyes antidiscriminatorias, también desempeñan un papel. El acceso libre e igual a la atención de salud, una importante

capacidad biotecnológica instalada en el país y una ciudadanía educada que confía en el sistema de salud pública han contribuido a contener la epidemia en la isla. Otros componentes que se han incorporado con el paso del tiempo a la estrategia cubana son:

- **Un programa de educación en sexualidad desde la enseñanza primaria** destinado a toda la población;
- **Un programa de prevención dinámico y dirigido a grupos específicos**, que incluye la distribución gratuita y subsidiada de condones, el tamizaje del VIH en las embarazadas y los donantes de sangre, labores de promoción entre los grupos más vulnerables, y el establecimiento de líneas telefónicas confidenciales;
- **Un programa educativo enérgico** acerca de los aspectos epidemiológicos, sociales, psicológicos, y biológicos del VIH y el sida que alcanza a todos los grupos poblacionales (mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres, travestis, reclusos, personas que practican sexo transaccional, etc);
- **La aplicación de pruebas gratuitas y anónimas de VIH** para quienes las solicitan;
- **El tratamiento antirretroviral gratuito** para todas las personas que lo necesitan;
- **La entrega gubernamental de dietas con un alto contenido nutricional a las personas con VIH y sida;**
- **Una amplia gama de servicios de consejería** que incluye acompañamiento, asesoría, apoyo, información, y transmisión de experiencias a disposición de los infectados y afectados por el VIH/sida;

- **Una red nacional de apoyo** para las personas con VIH o sida, sus familiares, amistades, y compañeros de trabajo, así como redes para jóvenes, mujeres, travestis y transexuales, y hombres que tienen sexo con hombres;
- **La sistemática promoción de salud sexual para grupos poblacionales** como mujeres, travestis y transexuales sin considerar su orientación sexual, hombres homosexuales, y bisexuales;
- **La participación de las personas con VIH o sida en el diseño, puesta en práctica, y evaluación de los programas**, que abarcan la promoción, la prevención, la consejería, y la capacitación;
- **La formación de recursos humanos** en la esfera de la salud, incluidas la sensibilización y la capacitación clínica de médicos, dentistas, y otros profesionales de la salud que atienden a personas con VIH; y
- **La coordinación del trabajo entre todos los sectores sociales** para desarrollar una respuesta amplia a la epidemia.

En resumen, la experiencia cubana ha puesto en evidencia que **la voluntad gubernamental unida a un enfoque integral y basado en la práctica de los derechos** puede incidir de manera positiva en la prevención del VIH y proporcionarles una vida saludable y digna a las personas con VIH o sida. El hecho de que esos resultados sean posibles en un país pequeño y de pocos recursos como Cuba puede servir para que otras naciones - especialmente del Sur - que intentan elaborar estrategias para enfrentar la crisis del VIH/sida, extraigan lecciones de esa experiencia.

LA EPIDEMIA CUBANA: PASADO Y PRESENTE

Los orígenes del actual programa de VIH/sida cubano se remontan a 1983, fecha en que las autoridades de salud de la isla conocieron del surgimiento de una enfermedad infecciosa que afectaba el sistema inmunológico de pacientes en los Estados Unidos y Europa. Aunque la etiología de la enfermedad era aún desconocida, las alarmas comenzaron a sonar en La Habana, donde el tratamiento de enfermedades tropicales transmisibles ha sido uno de los retos clásicos de la salud pública. Como resultado de lo anterior, se tomó la decisión de aplicar medidas epidemiológicas tradicionales para controlar la enfermedad que algunos reprensiblemente describían en la prensa internacional como la plaga de los homosexuales. En 1983, Cuba creó una Comisión Nacional del Sida y se puso en pie en hospitales de todo el país el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) con el fin de monitorear la aparición de síntomas clínicos de la enfermedad, entre los que se encontraban la neumonía recurrente (en especial la causada por el *Pneumocystis carinii*) y el sarcoma de Kaposi [Ministerio de Salud Pública 2001].

La **Comisión Nacional del Sida** estaba integrada por un equipo multidisciplinario cuyo mandato consistía en:

- Diseñar un programa nacional de prevención del VIH para la población en general y para los grupos vulnerables;
- Proyectar acciones para prevenir la transmisión materno infantil de la infección;
- Diseñar métodos y medidas para prevenir las infecciones oportunistas y las nuevas infecciones por VIH;
- Asumir la vigilancia y el control epidemiológicos a nivel nacional;
- Encabezar la investigación y el desarrollo científicos en ese campo; y

- Crear una red nacional de sanatorios en la cual se internaría a todas las personas con síntomas de la enfermedad [Pérez et al. 2004].

Cuando se descubrió que la enfermedad se podía transmitir a través de la sangre, Cuba adoptó diversas medidas, entre ellas, la destrucción de 20 000 recipientes de sangre y hemoderivados almacenados en bancos de sangre que podían estar infestados [Lantero et al. 2006], la inmediata prohibición de importar sangre y hemoderivados (p.e., factor VIII y distintos tipos de gamma globulina) y la creación de un sistema para la elaboración nacional de esos productos. Esas medidas, costosas pero efectivas, demostraron ser indispensables para evitar nuevas infecciones. La realización de pruebas de VIH a toda la sangre y todos los hemoderivados se estandarizó en el país en 1986, lo cual eliminó la posibilidad de que las transfusiones de sangre y el empleo de hemoderivados se convirtieran en vías de transmisión.

**Una instantánea:
Datos estadísticos sobre el VIH/sida en Cuba hasta el cierre del 2007**

Número acumulado de seropositivos detectados	9 304
% acumulado de seropositivos detectados en Ciudad de La Habana	54%
% acumulado de seropositivos del sexo masculino	81%
% acumulado de seropositivos del sexo masculino que son HSH	84%
Número acumulado de casos de sida	3 492
Número acumulado de muertes relacionadas con el sida	1 582
Promedio de pruebas de VIH que se realizan anualmente	1,6 millones
Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/sida, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública	

El diagnóstico del primer caso de VIH en Cuba a fines de 1985 resultó un hito por varias razones: en primer lugar, y a diferencia de lo ocurrido en otros países, en Cuba los casos iniciales de la enfermedad no se dieron entre hombres que tenían sexo con otros hombres o en usuarios de drogas inyectables, sino entre los voluntarios internacionalistas que regresaban de África. Según el Dr Jorge Pérez, ex director del Sanatorio de Santiago

de las Vegas y actual vice director primero del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK), “fue una suerte para el país que el primer detectado fuera un internacionalista que había venido de África y que además era un heterosexual...el primer caso no era susceptible a discriminar” [entrevista de Oxfam 2007].

Al inicio, por tanto, el VIH se asumió en Cuba como una infección de transmisión sexual (ITS) que podía afectar a toda la población con independencia de sus prácticas sexuales. Esto le permitió el Estado cubano diseñar una respuesta inicial basada en la epidemiología del VIH, sin verse obligado a lidiar con prejuicios morales y sociales o doctrinas religiosas arraigados entre la población como los que han obstaculizado los esfuerzos para prevenir el VIH/sida en otros países. De hecho, los autores de *Human Rights and HIV/AIDS: Now More than Ever* señalan que “en muchos países... las presiones ejercidas por donantes foráneos, religiosos conservadores y otras fuerzas ideológicas han dado por resultado restricciones a una información que subraye la importancia del sexo más seguro y el uso del condón. Ello ha hecho que no se les brinde a los jóvenes información vital sobre la transmisión del VIH; que las mujeres jóvenes carezcan de acceso a información y servicios de salud reproductiva; y que hombres y mujeres se vean privados de acceso al condón y a una información amplia sobre el VIH.”

Tras confirmar la presencia del VIH en la isla, Cuba puso en práctica una política sanatorial para las personas diagnosticadas con VIH o sida, lo que desató un violento debate en los círculos de salud mundiales. Los críticos denunciaban la estrategia de cuarentena por considerar que violaba los derechos de las personas que vivían con VIH [Pérez-Stable 1991], al tiempo que expertos de salud de la isla y de otras partes del mundo sostenían que el establecimiento de esas comunidades cerradas constituía el mecanismo más efectivo para brindar a los pacientes la atención biológica, psicológica, y social integral que requerían [Bayer y Heaton 1989].

Una vez que se entendió mejor la etiología del VIH - esto es, que se trataba de una enfermedad crónica prevenible y manejable - y que cobraron fuerza las medidas educativas, la política sanatorial fue sustituida en 1993 por una combinación de internamiento y atención ambulatoria. Un factor que contribuyó a este cambio de política fueron los propios pacientes del sanatorio, quienes demostraron la irrelevancia de las razones que inspiraran

la cuarentena una vez que los avances científicos hicieron evidente que el VIH no era una sentencia de muerte. Desde esa fecha, el número de personas internadas en los sanatorios ha disminuido de forma significativa. En septiembre de 2003, el 60% de los seropositivos al VIH eran atendidos en el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), y el 40% permanecía en los sanatorios [Pérez et al. 2004]. En abril de 2008, el número de personas que vivía en el Centro de Atención Integral a Personas con VIH/sida de La Habana (antes conocido con el nombre de Sanatorio de Santiago de las Vegas) era de 220 [Entrevista de la autora 2008]. Vale la pena señalar que la mayoría de los médicos y de las personas con VIH/sida estiman que la atención ambulatoria es el sistema ideal para proporcionar la atención y el apoyo integrales que se requieren [Miñoso & Valdés 2006; Malagón et al 2006]. Cuba cuenta actualmente con 12 sanatorios distribuidos a lo largo del país.

Realizar intervenciones de enfrentamiento al VIH dirigidas a las personas más afectadas exige voluntad política, el empleo a largo plazo de considerables recursos financieros, visión científica y de la salud pública y dedicación de todos los sectores de la sociedad.

- *Nature*, 15 de mayo del 2008

Cuando en 1986 se dispuso de kits de pruebas para el diagnóstico de VIH, Cuba implementó el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/sida a fin de limitar la infección [Ministerio de Salud Pública, 1997]. Con ese propósito, se llevaron a cabo investigaciones para conocer las principales vías de transmisión y se adquirieron equipos de diagnóstico y otros recursos con el fin de equipar 33 laboratorios a lo largo de la isla, incluido el Laboratorio Referencia e Investigaciones en Sida (LISIDA) ubicado en las afueras de La Habana.

Las acciones emprendidas en esta etapa abarcaron un tamizaje activo de los grupos de alta vulnerabilidad considerados de riesgo (que incluían a todos los voluntarios que regresaban de misiones internacionalistas, personas diagnosticadas con otras ITS, y los reclusos); la realización de pruebas a las embarazadas como parte de la serie de exámenes recomendados para todas las futuras madres; y un incremento rápido de la formación de recursos humanos para garantizar un personal y niveles de competencia adecuados en la red de laboratorios. Además, teniendo en cuenta las lecciones aprendidas en el control de

otras ITS (sífilis y gonorrea) en 1986 se implementó como estrategia de control epidemiológico la notificación a los contactos. De esta forma, las personas que habían tenido contacto sexual con las personas diagnosticadas con VIH serían localizadas por personal de salud seleccionado para realizarse prueba de VIH. La participación en el programa era voluntaria y mediante consentimiento informado y los resultados eran notificados a las autoridades de salud correspondientes [Pérez et al. 2004]. Más de un tercio de los cubanos con VIH han sido diagnosticados gracias a este programa de notificación de contactos [Ministerio de Salud Pública 2008].

Los esfuerzos emprendidos en ese período y que condicionaron posteriores resultados positivos fueron, entre otros, la producción nacional de kits de diagnóstico (UMELISA y Western Blot) desde 1995 y la fabricación de medicamentos genéricos y antirretrovirales desde 2003. Esto último ha tenido un gran impacto en la morbilidad por sida en Cuba y en la transmisión materno infantil de la infección [Castro et al. 2007]. Hoy por hoy, la realización de pruebas se centra en los siguientes grupos: donantes de sangre; personas con otras ITS y sus contactos sexuales; pacientes hospitalizadas que exhiben síntomas de VIH o que reciben atención en servicios que los exponen al contacto con sangre y sus derivados en una forma sistemática, como la diálisis; personas que solicitan la prueba; personas enviadas por su médico de familia; embarazadas y sus parejas sexuales; reclusos; e individuos que han tenido relaciones sexuales con personas con VIH. Además, el programa nacional garantiza tratamiento gratuito con antirretrovirales para todas las personas que lo requieran.

Cronología del VIH/sida en Cuba

- 1983 Se crea la Comisión Nacional del Sida
- 1985 El primer caso de VIH en el país es diagnosticado clínicamente.
- 1986 Se implementa el Programa de Control y Prevención del VIH/sida
Se crea el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el Sida (GOPELS)
El gobierno cubano anuncia que se ha detectado la infección por VIH en la población
Fallece el primer cubano a causa de complicaciones relacionadas con el sida
Se realizan pruebas de VIH a todas las donaciones de sangre
- 1987 Se recomienda la Zidovudina (AZT) como monoterapia para los enfermos de sida
- 1989 Se detecta el primer caso de VIH pediátrico
- 1991 Se crea oficialmente el proyecto GPSIDA (Grupo de Prevención del Sida)
- 1993 Se modifica la política sanatorial obligatoria y se establece como alternativa el Sistema de Atención Ambulatoria
- 1995 Los laboratorios de todo el país emplean kits de diagnóstico de VIH producidos en Cuba
- 1996 Los niños con VIH y sus madres comienzan a recibir tratamiento antirretroviral
Cuba se suma al Proyecto Internacional NAMES
- 1997 Las embarazadas con VIH comienzan a recibir AZT para prevenir la transmisión materno inf
- 1998 Se adiciona la alternativa del Hospital de Día al Sistema de Atención Ambulatoria
Se crea el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/Sida
Se funda Línea de Apoyo para las Personas con VIH/Sida
- 2000 Se crea el Proyecto HSH
- 2001 Cuba comienza a producir medicamentos antirretrovirales y a distribuirlos gratuitamente
Se implementa el Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/Sida para el período 2001-2006
- 2003 Se logra hacer universal el Tratamiento Antirretroviral
Se aprueba la primera contribución del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
- 2005 El Ministerio de Salud Pública y GOPELS perfeccionan la Atención Sanatorial y la Atención Ambulatoria
- 2006 Se aprueba la segunda contribución del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
- 2008 Se aprueba la tercera contribución del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

LA PREVENCIÓN DEL SIDA EN CUBA

Un conjunto de factores contextuales le ha permitido a Cuba abordar la prevención del VIH de manera integral y dirigida tanto a grupos seleccionados como a la población en general. En primer lugar, a partir de la década de 1960 el sistema cubano de salud pública brinda atención médica gratuita, accesible, y universal mediante una red nacional coordinada de servicios primarios, secundarios, y terciarios. Esta atención continua está garantizada por la constitución cubana y ha sido reforzado por resoluciones específicas encaminadas a proteger el derecho de las personas con VIH a una atención médica adecuada, empleo, y seguridad social [Ministerio de Salud Pública 1997].

Segundo, el enfoque cubano de la salud se base en el principio de que la prevención de las enfermedades permite un uso más efectivo de los recursos que el tratamiento de esas enfermedades una vez que se manifiestan. Desde la meningitis B y otras enfermedades inmuno-prevenibles hasta dolencias transmitidas por vectores como el dengue, Cuba ha realizado de modo sostenido programas y campañas masivas de prevención de enfermedades cuyo éxito depende de la participación popular. Por lo general, esos programas y campañas tienen un enfoque biosicosocial (en vez de centrarse solamente en la epidemiología de la enfermedad) que considera un conjunto de factores que crean vulnerabilidad en ciertos grupos, como en el caso de la prevención del VIH.

Por último, la voluntad política del gobierno cubano permite el establecimiento de programas multidisciplinarios e intersectoriales que resultan fundamentales para el logro y el mantenimiento de la salud de la población. Con ese fin se creó en 1986 un organismo nacional que coordina las labores de prevención llevadas a cabo por los ministerios, organizaciones, e instituciones del país. Hoy en día, el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha Contra el Sida (GOPELS) coordina el trabajo intersectorial que llevan a cabo entidades tan diversas como el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Cubano de la Radio y la Televisión, y la Federación de Estudiantes Universitarios, entre otros. En su condición de autoridad coordinadora nacional de respuesta al sida, GOPELS, junto a los programas de monitoreo y evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida y el Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH/Sida (2001-2006 y 2007-2011), han puesto en práctica los “Tres Unos,” que son principios claves para la

coordinación de la respuesta nacional al VIH/sida elaborados por los países miembros de UNAIDS en el año 2003.

Un elemento de suma importancia es que en 1984 se inauguró el Programa del Médico de la Familia, que ubicó en cada barrio, con sede en consultorios creados para ese fin, un equipo integrado por un médico o médica y un enfermero o enfermera con el objetivo de identificar la situación de salud de cada área y proporcionar los servicios específicos que requería esa población. Existían ya en todos los rincones del país, además, clínicas comunitarias multiservicios, conocidas con el nombre de policlínicos, cuyo fin era acercar la atención de salud a la población. Esta amplia red de atención primaria orientada a la comunidad no sólo contribuyó a elevar la salud general de la población [Presno & Sansó 2004], de modo que las instituciones que integran al Sistema Nacional de Salud estaban mejor preparadas para responder a enfermedades emergentes (incluido el VIH) y re-emergentes, sino que se convirtió en la primera línea para las tareas de prevención. Hoy por hoy, los consultorios de los médicos de familia y los policlínicos comunitarios desempeñan un papel primordial en la prevención, mediante la consejería, la promoción de prácticas de sexo seguro, la pesquisa activa, y la distribución de materiales educativos, condones, y lubricantes, al tiempo que les brindan atención primaria a las personas con VIH que participan en el sistema de atención ambulatoria. En conjunto, estas iniciativas incidieron profundamente en la manera en que se manifestó el VIH en Cuba durante los primeros años de la epidemia.

A partir de esa fecha, Cuba ha fomentado la colaboración con un gran número de organizaciones internacionales y no gubernamentales con el fin de perfeccionar la respuesta cubana al VIH. Organizaciones como Médicos del Mundo España, Hivos Holanda, Médicos sin Fronteras (Holanda, España), el Fondo Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y varias agencias de las Naciones Unidas (UNAIDS, PNUD, UNICEF Y UNESCO) trabajan con entidades cubanas en la priorización de temas, la evaluación del Plan Estratégico Nacional, y la identificación y solución de problemas en el programa nacional. Según la *Evaluación de la Donación para la Fase I en Cuba del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria*, Cuba hizo un buen uso de los fondos, al alcanzar e incluso superar la mayoría de las metas:

154% de los servicios de consejería planificados para personas entre las edades de 15 y 34 años; 100% de los programas educativos sobre VIH/ITS dirigidos a estudiantes; 241% de la capacitación de pares, la mayoría HSH; 524% de la capacitación de consejeros juveniles; y 116% de la distribución de condones al público general [Global Fund 2005]. Como resultado de esa evaluación, el Fondo aprobó dos nuevas donaciones de fondos para apoyar esa respuesta multisectorial para la epidemia de VIH/sida, la más reciente en el año 2008 [Comunicación personal con Ochoa 2008].

Condomes en Cuba

El uso de condones ha aumentado en Cuba en los últimos años, gracias a la existencia de productos de mayor calidad que se distribuyen mejor y más ampliamente. Investigaciones llevadas a cabo en el país muestran que el porcentaje de adultos entre las edades de 15 y 49 años que usan condones en las relaciones sexuales casuales aumentó de 47% a 69% entre el 2001 y el 2006 [Ministerio de Salud Pública 2008]. En el año 2004 se vendieron más de 90 millones de condones [Lantero et al. 2006], a lo que se suma la distribución gratuita o a precios sociales que se ha realizado gracias a la colaboración del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria [Global Fund 2005]. En estos resultados han desempeñado un papel las investigaciones de mercado, el control de la calidad y la sensibilización de los vendedores. Los condones se pueden adquirir en los siguientes

lugares:

- cafeterías y bares
- farmacias
- hospitales
- policlínicos
- consultorios del médico de familia
- centros de prevención de ITS/VIH/sida
- centros de promoción y educación para la salud
- servicios de consejería

La entidad nacional responsable del componente de educación y prevención del programa de ITS/VIH/sida es el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/Sida. En un trabajo conjunto con otras organizaciones nacionales como la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), entidades como el Grupo de Prevención del Sida (GPSIDA), varios ministerios, federaciones estudiantiles, etc., el Centro Nacional de Prevención desarrolló un amplio espectro de actividades educativas, formativas, investigativas, y de consulta. Los servicios de apoyo - a las personas con VIH/sida, sus familiares y amigos, los grupos vulnerables, las personas que desean

realizarse una prueba de VIH, o quienes simplemente quieren obtener más información sobre la enfermedad - forman parte de sus actividades centrales. Además, el Centro Nacional de Prevención es la contraparte técnica del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/Sida

Como parte del componente educativo del programa de prevención y control de ITS/VIH/sida, el Ministerio de Salud Pública creó en 1998, con el apoyo de Médicos sin Fronteras de Holanda, el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/Sida (CNPITS-VIH/sida) para trabajar en la disminución de la incidencia de las ITS y el VIH/sida en Cuba. El centro diseña, conduce y evalúa sistemáticamente las estrategias de educación y prevención en materia de ITS/VIH/sida en el país. El CNPITS-VIH/sida tiene un enfoque comunitario y participativo, gracias al cual incorpora a sus tareas de educación, investigación, formación, evaluación, y consejería a personas con VIH, jóvenes, mujeres, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que practican el sexo transaccional, y otros grupos vulnerables. Esas actividades las llevan a cabo equipos de trabajo en los niveles local, regional, y nacional, e incluyen, entre otras:

- **Servicios de consejería**, que ofrecen una atención personal en las 304 sedes con que cuenta en todo el país y se conocen con el nombre de Cara a Cara, o a través de LíneAyuda, una línea telefónica anónima y confidencial con 15 nodos en toda la isla.
- **Capacitación**, consistente en sensibilizar y profundizar los conocimientos de los y las profesionales de la salud; capacitar a las y los promotores y consejeros juveniles para los servicios Cara a Cara y LíneAyuda; llevar a cabo labores de educación sobre sexo seguro para y por los grupos vulnerables.

- **Elaboración de programas, proyectos, y materiales educativos** con una activa participación de las comunidades a las que se desea llegar (p.e. jóvenes, mujeres, HSH, personal de salud, etc.).
- **Acompañamiento, apoyo, evaluación, y seguimiento metodológicos** a las actividades de prevención realizadas en los niveles comunitario, municipal, y regional.
- **Promoción del voluntariado** para vincular a la comunidad y a distintos sectores de la sociedad mediante la capacitación, el monitoreo, y la evaluación para la prevención y la consejería mediante la labor de activistas voluntarios.
- **Distribución de condones y lubricantes gratuitos**
- **Red nacional de Línea de Apoyo a Personas con VIH/sida** con 98 Equipos de Ayuda Mutua (EAM) en el país, integrados por personas infectadas y afectadas por el VIH/sida.

En el transcurso de los últimos diez años, el CNPITS-VIH/Sida ha desarrollado diversos proyectos específicos que responden a los aspectos psicosociales del cuadro del VIH en Cuba. La importancia y eficacia de proyectos ya bien implantados como *HSH* y *Carrito por la Vida* (un centro móvil de consejería y distribución de condones operado por jóvenes y dirigido a un público juvenil), y otros más recientes, entre los que se encuentran *Salud y Belleza* (peluqueras y peluqueros capacitados como promotores de salud en la prevención del VIH) y *Afroaché* (formación de promotores entre los practicantes de las religiones cubanas de origen africano) han dado por resultado que miembros de distintos grupos vulnerables participen activamente en el diseño y la puesta en práctica de iniciativas y materiales educacionales y de prevención. Libros escritos por médicos y dirigidos a otros médicos que tratan a personas con VIH en el Sistema de Atención Ambulatoria, manuales de capacitación diseñados por personas con VIH para otras personas también con VIH, y

publicaciones dirigidas a la familia escritas en colaboración con familiares de personas con VIH constituyen algunos ejemplos de ese enfoque participativo de pares. Otras publicaciones del CNPITS-VIH/Sida, entre las que se encuentran *Nutrición y Sida y Legalidad y SIDA en Cuba* abordan cuestiones fundamentales para el logro de una vida saludable y digna.

Desde su fundación, el Centro ha dedicado sus programas elaborados por y para las personas que viven con VIH o sida a garantizar su participación en las decisiones que afectan su calidad de vida. A ese fin, en 1998 el Centro incluyó entre sus actividades centrales la Línea de Apoyo a las Personas con VIH, una red nacional de apoyo para las personas con VIH y sida. Los 98 Equipos de Apoyo Mutuo de la Línea de Apoyo, ubicados en provincias y municipios de todo el país constituyen una red coordinada de personas con VIH y que realizan labores de concientización en la comunidad de los seropositivos, el sector de la salud, las familias, y la sociedad en general a fin de desestigmatizar el sida; capacitan a personas con VIH como consejeros y promotores de salud para las personas infectadas y afectadas por el VIH; aumentan la visibilidad de las personas con VIH y sida en la sociedad cubana; y refuerzan las relaciones de cooperación entre diferentes instituciones cubanas y de estas con instituciones internacionales que trabajan en temas que afectan la vida de personas con VIH o sida. Las iniciativas de educación y capacitación, la participación activa en el diseño de políticas y programas, y el apoyo mutuo en la comunidad de seropositivos son piedras angulares de la Línea de Apoyo.

Grupo de Prevención del Sida (GPSIDA)

Un grupo de personas con VIH/sida y otras personas interesadas en intercambiar información y experiencias acerca de la enfermedad fundaron oficialmente el proyecto GPSIDA en 1991. Ya en 1988 se había formado espontáneamente un grupo de apoyo a las personas con VIH en el sanatorio habanero de Santiago de las Vegas, que publicó los primeros folletos informativos sobre la prevención del VIH. A partir de esos modestos inicios y de publicaciones episódicas, el GPSIDA ha crecido hasta convertirse en una red nacional que cuenta con 16 grupos locales y 350 miembros (115 de los cuales son personas con VIH); ha capacitado a más de 20 000 promotores de salud, consejeros y voluntarios; ha

desarrollado capacidad de publicación (de folletos, boletines y hojas informativas mensuales, literatura científica, etc.); y ha emprendido proyectos específicos para los grupos cubanos más vulnerables, tanto mujeres como HSH y los reclusos. Esas actividades tienen como fin alcanzar los siguientes objetivos:

- Contribuir a que la población manifieste actitudes y conductas positivas hacia las personas infectadas y afectadas por el VIH/sida.
- Contribuir a la capacitación y el apoyo psicosocial a los infectados y afectados por el VIH/sida.
- Contribuir a que la población tenga conocimientos y modifique actitudes y conductas para disminuir el riesgo de infección por VIH/sida; una parte importante en esta área consiste en trabajar en prevención secundaria con personas diagnosticadas con VIH para prevenir nuevas infecciones.
- Continuar desarrollando el trabajo organizativo y de prevención de los GPSIDA en los niveles provincial, regional, y nacional [GPSIDA 2007].

LAS MUJERES Y EL VIH

Las mujeres han estado en el centro de una diversidad de tareas de prevención y tratamiento desde los inicios de la epidemia de VIH en Cuba. De hecho, uno de los pasos iniciales que se dieron cuando se diagnosticó el primer caso de VIH en un internacionalista que regresaba de África fue el de hacerle una prueba a su esposa (quien también resultó seropositiva al VIH). Poco después, en 1986, se adoptó una estrategia nacional para el control de la transmisión del VIH de madres a hijos, gracias a la cual se logra la detección precoz mediante la aplicación de pruebas de VIH a todas las embarazadas durante el primer trimestre de la gestación. A las que resultan positivas se les proporcionan servicios especializados de consejería para que los padres decidan si quieren continuar o interrumpir el embarazo. En el primer caso, la madre puede optar por llevar a término la gestación sin

consumir medicamentos, o comenzar el tratamiento con antirretrovirales (ARV), que se indica en la semana catorce del embarazo (a no ser que la madre ya esté consumiendo ARV), durante el nacimiento y para el recién nacido hasta los 18 meses. Las estadísticas muestran que el aborto voluntario de las mujeres seropositivas ha disminuido a partir de la introducción de la terapia antirretroviral [Castro et al. 2007] Otras medidas incluyen el uso de la cesárea y proporcionar sustitutos a la leche materna, suplementos nutricionales, y un meticuloso seguimiento. Según la Dra Ida González (especialista en sida pediátrico) y otros, “el sistema de salud cubano les brinda una cobertura de servicios gratuitos de consejería y prevención a todas las mujeres diagnosticadas como portadoras del VIH, y esa es una de las razones por las que tan pocos recién nacidos hayan sido infectados por sus madres” [González et al. 2006]. Desde 1986 hasta fines del 2007, 3,8 millones de embarazadas se han realizado pruebas para detectar el VIH, y sólo se han producido 31 casos de transmisión de madre a hijo entre 369 nacimientos de hijos de mujeres con VIH [Ministerio de Salud Pública 2008].

No obstante, el éxito cubano al lograr mantener en cifras tan bajas la transmisión de madre a hijo no se puede atribuir únicamente al uso de mejores prácticas y la aplicación de ARV a las embarazadas. Debe entenderse más bien en el contexto del sistema de salud cubano, que desde hace casi cinco décadas brinda una atención universal gratuita y accesible. El Programa Materno Infantil (PAMI) fue uno de los primeros programas nacionales creado en el marco del sistema de salud universal, y brinda una atención integral a las mujeres en edad reproductiva durante el embarazo y el nacimiento, y a los niños desde que nacen hasta la adolescencia. Un promedio de 12 consultas médicas durante la gestación, nacimientos hospitalarios atendidos por un personal médico calificado, el empleo del método piel a piel para los prematuros, y otras normas de atención han hecho que Cuba alcance indicadores de salud infantil comparables a los de la mayoría de los países desarrollados: la mortalidad infantil es de 5,3 por cada 1 000 nacidos vivos; el 99,9% de los nacimientos tienen lugar en hospitales; la mortalidad de los niños menores de 5 años es de 7,1 por cada 1 000 nacidos vivos; y la mortalidad debida a malformaciones congénitas en los niños menores de un año es de 1,3 por cada 1 000 nacidos vivos. Es ese continuo de atención de salud, unido a las medidas adoptadas como parte del Programa Nacional de

Prevención y Control del VIH/Sida lo que condujo a la UNAIDS a declarar que el programa de transmisión de madre a hijo aplicado en Cuba era uno de los más efectivos del mundo [UNAIDS 2006].

Un testimonio: Daysi Llanares, voluntaria de LíneaAyuda

Hace año y medio que Daysi Llanares labora voluntariamente en LíneaAyuda, la línea telefónica anónima de ITS-VIH/sida de La Habana y desde hace dos años colabora en un centro de pruebas anónimas y consejería del VIH en La Habana Vieja - uno de los municipios con la tasa de prevalencia más alta del país - donde también coordina el proyecto Mujeres y VIH del Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida.

Pregunta: ¿Qué tipo de llamadas atiendes en LíneaAyuda?

Daysi: La pregunta que más nos hacen es “¿dónde puedo ir a hacerme una prueba anónima de VIH?” Después le siguen preguntas generales sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual como el virus del papiloma humano, las verrugas genitales, la gonorrea...

Pregunta: ¿Dónde van quienes quieren realizarse una prueba anónima?

Daysi: Hay toda una red de centros donde se realizan pruebas anónimas. Yo trabajo en el Policlínico Tomás Romay de La Habana Vieja, al que pueden acudir las personas y hacerse la prueba sin dar ninguna información personal. Vienen, se les hace la prueba y reciben los resultados al cabo de cinco días. Yo soy la consejera que les da los resultados. El mes pasado hicimos 198 pruebas, y cada vez vienen más.

Pregunta: ¿Qué te motiva a hacer este trabajo voluntario?

Daysi: El VIH es algo malo, malo, malo. Es algo que me afecta mucho, aunque no soy positiva y nadie en mi familia lo es tampoco. Soy enfermera y siento que tengo que hacer algo para ayudar. Lo hago con tanto amor, tanto amor. Sólo Dios sabe con el amor que yo lo hago.

Pregunta: ¿Puedes contarme una de tus experiencias más memorables?

Daysi: Fue hace poco. Fue tan fuerte y difícil. Nunca la olvidaré: una jovencita de quince años vino a hacerse la prueba. Venía con su uniforme escolar, y me recordó mucho a mi propia hija. Su primera prueba dio positiva. Su madre estaba completamente destruida; era una situación dramática, como te puedes imaginar. Decidí que no sería capaz de darle los resultados si se confirmaba la positividad. Sencillamente, no podía. Le hicimos otra prueba para confirmar el resultado y al final la muchachita resultó negativa, pero esa jovencita y su mamá me sacudieron.

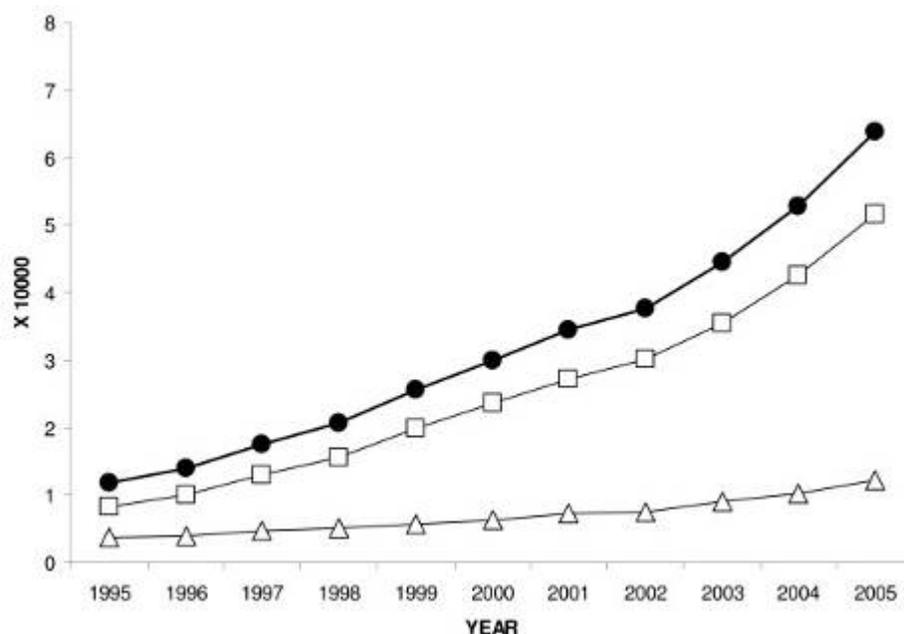
Pregunta: ¿Cuál ha sido tu experiencia en el trabajo con las mujeres y la prevención del VIH?

Daysi: Me gusta trabajar con las mujeres y la prevención, sobre todo con las jóvenes. Me resulta muy gratificante ayudar a esas muchachas a entender los riesgos que corren y cómo pueden prevenir la infección. Eso me hace muy feliz.

Pregunta: Pero debe ser difícil anunciarle a la gente el resultado de sus pruebas, ¿no?

Daysi: No es fácil. Desde el principio hay que empezar a preparar a la gente para la posibilidad de que sean positivos. A mí me resulta más difícil darles los resultados a las mujeres que a los hombres, y mi experiencia es que las mujeres tienen más dificultad que los hombres para aceptar el diagnóstico. El VIH afecta a las mujeres de modo diferente; socialmente, por ejemplo, pueden ser más marginadas. Además, si no tienen hijos, eso puede afectar sus decisiones sobre la maternidad; y si tienen hijos, la pregunta es: ¿cómo se lo digo? Por lo general los hombres no se lo dicen a sus hijos.

El efecto de la pandemia global sobre las mujeres es especialmente agudo en el Caribe, donde el 43% de los adultos con VIH pertenecen al sexo femenino (en el 2001 era un 37%), cifra sólo inferior a la del África Subsahariana [UNAIDS 2007]. Aunque en Cuba la gran mayoría de las personas con VIH son hombres, las mujeres constituyen un segmento de la población seropositiva al VIH que ha experimentado un crecimiento sostenido a partir de 1996 (ver Figura 1) y representan en la actualidad el 19% de los cubanos seropositivos en la isla [Castro et al. 2007]. Esto preocupa mucho a quienes diseñan e implementan las políticas de salud, quienes han puesto en práctica iniciativas para impedir la feminización del VIH en Cuba, dado que la biología y el género se combinan de tal forma que las mujeres son más vulnerables al VIH. Desde el punto de vista biológico, las mujeres corren un riesgo mayor, porque el semen es más infeccioso que los fluidos vaginales, y permanece en los conductos vaginal y rectal más tiempo que los fluidos vaginales en el pene; la fina mucosa vaginal de las mujeres jóvenes y de la tercera edad es más permeable al VIH; y muchas ITS son asintomáticas en las mujeres y, por tanto, no se detectan, lo cual aumenta el riesgo de contraer el VIH [Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/Sida 2004].

Figura 1: Prevalencia no corregida del VIH en personas de 15 a 49 años

Leyenda: Círculos: población total de adultos; Triángulos: las mujeres; Cuadrados: los hombres

Fuente: de Arazoza et al. The HIV/AIDS Epidemic in Cuba: description and tentative explanation of its low HIV prevalence BMC Infectious Diseases. 2007.

La construcción social del género aumenta la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, ya que pueden sentirse incapaces de negociar el uso del condón, o de hablar abiertamente sobre el sexo con sus parejas masculinas, por temor a perder el apoyo económico o emocional que estas les brindan. Investigaciones realizadas entre el año 2000 y el 2005 por de Arazoza et al. revelaron que el 71% de las mujeres incluidas en el estudio probablemente habían sido infectadas por hombres que también tenían sexo con hombres. Proyectos específicos como *Salud y Belleza* y *Mujer y Sida*, del Centro Nacional de Prevención, hacen promoción entre grupos seleccionados, organizan talleres de formación, capacitan a promotoras y promotores de salud y publican materiales informativos. La Federación de Mujeres Cubanas (FMC), una organización comunitaria de alcance nacional que cuenta con 3,8 millones de miembros (el 85% de las cubanas mayores de 14 años) trabaja en relación estrecha con el Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida y sus proyectos para incidir de manera positiva sobre la salud de las mujeres. A ese fin, la FMC capacita a promotoras de salud y trabajadoras sociales sobre trabajo

comunitario y personas con VIH; imparte cursos sobre el VIH para las mujeres y sus familias; y organiza talleres, debates y otras actividades con mujeres de mayor vulnerabilidad.

HSH: LOS MÁS VULNERABLES EN CUBA

Más del 80% de los cubanos infectados con el VIH son hombres. De ellos, el 84% mantienen relaciones sexuales con otros hombres [Programa Nacional ITS/VIH/Sida 2008]. Estas estadísticas han llevado a las autoridades sanitarias, los educadores, y los promotores cubanos a elaborar programas, emprender investigaciones, y buscar maneras novedosas de llegar a este grupo, que es el más vulnerable de la sociedad cubana.

Un estudio sobre la conducta sexual de los hombres que tienen sexo con hombres llevado a cabo en La Habana en el año 2001 dio luz sobre el problema: de los 264 estudiados (más del 96% de los cuales se autoidentificaban como HSH), más del 52% había tenido una o más relaciones sexuales sin condón en el último año, mientras que casi el 28% no sabía si era o no seropositivo al VIH [Chacón et al. 2004]. Esa conducta sexual de riesgo se debe a una baja percepción del riesgo, así como a estereotipos sexistas de masculinidad y a la homofobia de la sociedad cubana, que hace que los hombres que tienen sexo con hombres a menudo sostengan esas relaciones clandestinamente, de manera apresurada o en lugares semipúblicos, lo cual dificulta negociar el uso del condón. Además, los hombres cubanos que tienen sexo con otros hombres tienen menos probabilidades que otros hombres de contar con un apoyo familiar que les permita debatir y resolver problemas de sus relaciones, su salud o ambas. En conjunto, todos estos factores pueden afectar la autoestima, y producir depresión o sentimientos de resignación, culpa o aislamiento, lo cual dificulta llegar a esa comunidad con las estrategias tradicionales de prevención y detección precoz que han dado resultados en otros sectores de la sociedad cubana.

La respuesta a este reto tiene como base dos estrategias:

- Capacitar a HSH como promotores y consejeros de salud para que apoyen, eduquen, e informen a otros HSH, aprovechando sus propias experiencias para las tareas de prevención y tratamiento biosicosociales;
- Realizar acciones de prevención en sitios de encuentros de los HSH en vez de esperar a que busquen ayuda, apoyo, o información.

Por su parte, el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/Sida cuenta con el *Proyecto HSH* nacional que diseña materiales educativos, organiza video debates, y auspicia festivales de cine para los HSH. Además, GPSIDA cuenta con varios proyectos HSH a nivel local. El empleo y la calidad de los condones, la salida del closet, los homosexuales en Cuba, y otros tópicos relacionados han sido abordados en boletines y manuales específicamente dirigidos a los HSH que han sido publicados como parte de esos proyectos. En conjunto, con todas estas iniciativas se realiza una importante labor de promoción y educación con la comunidad de los HSH, y se ha capacitado a más de 7 000 HSH voluntarios como promotores de salud en todo el país.

Un testimonio: voluntarios del Proyecto HSH

Raúl Regueiro y Fidel Segura, de La Habana, y Omar Parada, de la provincia oriental de Granma, pioneros del programa de prevención del VIH en Cuba, laboran como promotores de salud con el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/Sida desde 1998. En el año 2001 ayudaron a fundar el Proyecto HSH, y hoy en día se dedican a tareas de educación y consejería sobre la prevención del VIH/sida entre los miembros de la comunidad masculina homosexual y bisexual de Cuba.

Pregunta: Descríbanme su trabajo. ¿Qué hace un promotor de salud del Programa HSH?

Fidel: Trabajamos por las noches y los fines de semanas. Cuando otros descansan nosotros trabajamos yendo a los sitios de encuentro donde la comunidad gay va a divertirse y relajarse.

Raúl: Hablamos con la gente, respondemos sus preguntas, aclaramos sus dudas. Y, por supuesto, regalamos condones y lubricante y les enseñamos cómo usarlos. A veces nos hacen preguntas sorprendentes, como “¿Qué aspecto tiene una persona con VIH?” Otra parte importante de nuestro trabajo es la capacitación. En estos mismos momentos conducimos un taller de formación de promotores de salud con 32 participantes. Los video debates también son muy populares.

Omar: Dedicamos mucho tiempo a responder preguntas sobre la sexualidad y las prácticas sexuales, sobre qué constituye una conducta de riesgo y cómo se transmite el VIH. También organizamos actividades como la Muestra de Cine sobre Diversidad Masculina, que ha tenido un gran impacto, sobre todo en mi provincia.

Pregunta: *¿Cuál es la atmósfera en Granma con respecto a los HSH? Me imagino que es muy distinta que en La Habana.*

Omar: Mientras más pequeño es el lugar, más obvio se vuelve quien es diferente. Hay prejuicios y machismo, pero es más a nivel personal que institucional. El Proyecto HSH ha contado con mucho apoyo gubernamental, y eso ayuda. En Granma también hay muchos bisexuales: por el día están en el closet, pero por la noche no.

Pregunta: *Dicen que trabajan en los sitios de encuentro. ¿Qué quiere decir eso? ¿Bares gays y cosas parecidas?*

Raúl: Cuba tiene sus propias particularidades y está escribiendo su propia historia...no es posible compararla con otros lugares. No tenemos bares gays per se, pero hemos creado nuestros propios espacios. Especialmente el Proyecto HSH, que organiza todo tipo de actividades recreativas, galas, talleres.

Fidel: Aprovechamos esos espacios creados por la comunidad para hacer trabajo de promoción y educación. El Malecón, por ejemplo, es uno de esos espacios que en las noches y los fines de semana se transforma en un sitio de encuentro gay.

Pregunta: *Este trabajo voluntario puede ser muy exigente desde el punto de vista psicológico. ¿Cómo evitan el desgaste?*

Omar: Evitando la repetición y variando el tipo de actividades que hacemos. Cambiar de un taller de capacitación o una gala a un salón o una clase de promotores de salud ayuda. La consejería es la actividad más agotadora.

Raúl: Calculamos un “tiempo de vida” de los promotores de unos dos años. Es por eso que constantemente estamos entrenando a nuevos voluntarios. También organizamos excursiones y reuniones regionales y nacionales, para que los voluntarios se conozcan, establezcan relaciones grupales, y se relajen y se diviertan.

Pregunta: *¿Han experimentado la discriminación por ser homosexuales?*

Fidel: Formar parte del Proyecto HSH ayuda. Tiene mucho prestigio, y el hecho de ser un promotor de salud tiende a disminuir la discriminación.

Omar: Pero a veces es una discriminación invisible, silenciosa o subliminal, que puede ser peor. La manera en que la gente te mira o en que un policía te molesta ...

Raúl: No es visceral, pero está ahí. A veces la gente quiere imponerse o ejercer su poder...

Una parte de la promoción y las iniciativas educativas y legislativas más dinámicas en torno a los temas de la homosexualidad, la bisexualidad, la transexualidad y el travestismo en Cuba ha estado encabezada por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX; www.cenesex.sld.cu). “En Cuba tenemos que hacer todo lo posible por legitimar y garantizar el respeto a la orientación sexual”, afirma Mariela Castro, directora del CENESEX [Reed 2006]. Con este fin se presentó al parlamento cubano en 2007 un proyecto de enmienda al código de familia que reconoce las uniones civiles y amplía los derechos personales y patrimoniales a las parejas del mismo sexo, el cual se espera que se apruebe próximamente. El mismo enfoque legislativo se adoptó con respecto a los y las transexuales, quienes pronto podrán cambiar sus documentos de identificación oficiales sin someterse a una cirugía de reasignación de género, y a las lesbianas, quienes podrán solicitar los servicios de reproducción asistida.

En el ámbito comunitario, CENESEX organiza talleres de sensibilización para la policía, auspicia regularmente grupos de apoyo a homosexuales, bisexuales, travestis, transexuales y sus familiares. También ofrece una variedad de servicios de consejería sexual. CENESEX también se ubica en la vanguardia del proyecto educativo cubano para el respeto a la libre orientación sexual e identidad de género, una estrategia integral y coordinada en los medios de comunicación que abordan por primera vez estos temas en la televisión, la radio y la prensa plana. Sólo en el año 2008, Cuba se preparó para el inicio de una serie radial de diez capítulos sobre la diversidad sexual, presentó un personaje homosexual y otro con VIH en la novela *Polvo en el viento* y organizó en La Habana y otras seis provincias del país la Jornada Cubana por el Día Mundial Contra la Homofobia, un evento muy promocionado y al que asistió un numeroso público. El evento combinó la educación, la cultura y la prevención, y fue la mayor celebración de la diversidad sexual de la historia de Cuba. La jornada, organizada por el CENESEX junto a otras organizaciones e instituciones estatales, contó con un amplio apoyo gubernamental, que incluyó la presencia de Ricardo Alarcón, presidente de la Asamblea Nacional cubana.

La educación de la población cubana sobre la diversidad sexual unida al empoderamiento de homosexuales, bisexuales y transexuales mediante el intercambio de experiencias y el conocimiento de sus derechos y la manera de ejercerlos, anuncia un

cambio en las percepciones prejuiciadas acerca de la orientación sexual y la identidad de género. La cultura tradicional cubana tendría, entonces, la posibilidad de armonizarse con una legislación basada en derechos ya consagrados por las leyes. En términos de prevención “no podemos desentendernos de la realidad social, política, histórica, y cultural que significan los hombres que tienen sexo con hombres” afirma Mariela Castro. “Tenemos que trabajar para desestigmatizarlos, apoyarlos y desarrollar una prevención más allá de ‘usa condón’”[Castro 2008].

**Una instantánea:
elementos que componen el enfoque cubano sobre el VIH/sida**

La estrategia cubana de respuesta al VIH/sida aúna componentes epidemiológicos, de educación y prevención, de atención y apoyo, y de diagnóstico e investigaciones - todos fundamentales para controlar la diseminación de la infección, al tiempo que contribuyen a proporcionarles una vida segura, sana, y digna a las personas con VIH o sida.

Entre esos elementos se encuentran:

- Una atención de salud gratuita y universal, que incluye todas las pruebas de diagnóstico, los medicamentos, servicios especializados y atención hospitalaria.
- La consideración del VIH/sida como una prioridad nacional para el gobierno y las personas encargadas de tomar decisiones.
- Un organismo coordinador nacional de las iniciativas intersectoriales
- Leyes que protegen los derechos de las personas con VIH, incluido el empleo
- Esfuerzos de prevención y un continuo de atención con un enfoque biopsicosocial
- La detección precoz mediante un tamizaje amplio, incluida la localización de los contactos sexuales
- Tratamiento gratuito con antirretrovirales para todos los que lo necesitan
- Participación activa de las personas con VIH/sida en los procesos de prevención y tratamiento
- Atención y tratamiento de enfermedades oportunistas
- Prevención, prevención y más prevención
- Educación, educación y más educación

PROGRAMAS Y PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO

Desde el inicio, la estrategia cubana para abordar el VIH y el sida ha combinado la prevención y la detección precoz con el tratamiento. Desde 1986 se empezó a recomendar el uso en las personas con VIH de medicamentos que refuerzan el sistema inmunológico y un año después la Zidovudina (AZT) para todas las personas con sida. Los niños con VIH y sus madres comenzaron a recibir tratamiento antirretroviral en 1996, y desde 1997, las embarazadas seropositivas al VIH y sus hijos empezaron a recibir AZT y sustitutos de la leche materna. Hasta el año 2001, cuando Cuba comenzó a producir y distribuir antirretrovirales, esos medicamentos procedían de donaciones. En el año 2003, se alcanzó la cobertura universal con ARV de todos los pacientes con criterio clínico de sida mediante el uso de antirretrovirales genéricos cubanos. Los tratamientos con ARV que no se producen en Cuba se adquieren mediante el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. En la actualidad esos protocolos constituyen la norma de atención a los pacientes de sida en Cuba.

Antirretrovirales genéricos producidos en Cuba

Inhibidores de la reversotranscriptasa nucleósidos

- Zidovudina (AZT)
- Didanosida (DDI)
- Stavudina (D4T)
- Lamivudina (3TC)
- Zalcitabina (DDC)

Inhibidores de la reversotranscriptasa no nucleósidos

- Nevirapina (NVP)

Inhibidores de las proteasas

- Indinavir (IDV)

Fuente: Pautas cubanas para el tratamiento y manejo de los pacientes VIH/sida sometidos a terapéutica antirretroviral. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. 2003.

Administrados según las pautas nacionales, que incluyen un seguimiento meticuloso con ayuda del software cubano SIDATRAT (Sistema Automatizado para la Atención Medical Integral a Personas con VIH/sida) que recoge la historia clínica de cada paciente, sus CD4,

la carga viral, las infecciones oportunistas, y reacciones adversas, y otras informaciones, el tratamiento universal con antirretrovirales ha arrojado resultados positivos. Aragonés reporta que entre el 2001, fecha de introducción de los ARV, y el 2004, las enfermedades oportunistas se redujeron en un 76% [Aragonés 2005]. Aún más impresionante es la mortalidad anual por enfermedades relacionadas con el sida, que disminuyó de 24,3% en el 2000 a 6,25% en el 2007 [Ministerio de Salud Pública 2008]. La satisfacción de esas necesidades de tratamiento constituye la acción más urgente para prolongar y mejorar la calidad de la vida de las personas con sida [Global Fund 2004]. Además, el gobierno cubano les proporciona una dieta con un alto contenido de proteínas a todas las personas con VIH/sida, para garantizarles una nutrición adecuada. Ese esfuerzo se complementa con proyectos como *Nutrición y Sida* del Centro Nacional de Prevención ITS/VIH/Sida.

Cuando se diagnostica a una persona como seropositiva al VIH después de realizarse un mínimo de dos pruebas de ELISA y dos Western Blot “bajo estrictas condiciones de confidencialidad y respeto, un equipo de especialistas (epidemiólogos, enfermeras, psicólogos, médicos de familia) y personas con VIH localizan a esa persona para informarle de su seropositividad, ofrecerle la solidaridad, ayuda, e información necesarias y orientarle a que se incorpore a alguna de las variantes de atención existentes: la atención sanatorial y la atención ambulatoria” [Ministerio de Salud Pública 2001]. El tratamiento es idéntico en ambas variantes, aunque hay que señalar que en el año 2005 el Ministerio de Salud Pública modificó la Atención Sanatorial y la Atención Ambulatoria, modificación que contó con la aprobación de GOPELS. A partir de ese momento existen dos alternativas de Atención Sanatorial: la residencia temporal en el sanatorio seguida de todos los servicios en la localidad donde residen la persona con VIH y la residencia a largo plazo en el sanatorio. Por su parte, la Atención Ambulatoria supone no residir en un sanatorio, sino recibir información, tratamiento y apoyo en el lugar donde viven por parte de profesionales de la salud especialmente capacitados en VIH/sida, y en los centros de prevención y los sanatorios ubicados a lo largo del país [Comunicación personal con Lantero 2008].

Aprender a cuidar de la salud propia es fundamental en todas las enfermedades crónicas. En correspondencia con el enfoque cubano de salud, cada vez que se detecta una

enfermedad transmisible, con independencia de su epidemiología, se espera que la persona diagnosticada asuma la responsabilidad social de proteger la salud de los demás. Estos dos conceptos - la protección de la salud propia y la de los demás - constituyen la base de la educación de salud que reciben todas las personas a quienes se les diagnostica VIH en el curso interactivo de ocho semanas titulado *Aprendiendo a vivir con VIH*. Los participantes reciben el 100% del salario durante su asistencia al curso, que consta de un programa general con información acerca del VIH; elementos sobre el avance de la enfermedad; prácticas de sexo seguro; autocuidados, autoestima y seguridad en sí mismos; adherencia al tratamiento con ARV; y derechos y responsabilidades de personas con VIH. Además, se hace énfasis para que los participantes se integren a uno de los Equipos de Ayuda Mutua (EAM) para intercambiar experiencias e información con otras personas con VIH. El propósito del curso *Aprendiendo a vivir con VIH* es ayudar a las personas a entender y asumir su seropositividad, así como a adoptar prácticas que tengan un impacto positivo sobre su salud y la de los demás.

Un testimonio: Mariela Mendoza, veintiún años viviendo con VIH

Mariela Mendoza, una enfermera, casada con hijos que reside en el Centro de Atención Integral a las Personas con VIH/Sida de La Habana, contrajo el virus mientras trabajaba en Etiopía como integrante del programa internacional de cooperación de salud cubano. Al cabo de veintiún años de vivir con VIH sigue siendo asintomática. Conversamos con Mariela en su casa, enclavada en terrenos del Centro:

Pregunta: Cuéntame un poco de tu historia.

Mariela: Trabajé como enfermera internacionalista en Etiopía entre 1986 y 1988. Cuando estaba allá nos enteramos de que se había detectado el VIH en Cuba. A partir de ese momento, a todos los internacionalistas se les hicieron pruebas a su regreso para detectar el virus, yo incluida. El resultado fue negativo... Volví a trabajar en un hospital psiquiátrico y continué con mi vida normal hasta que se me presentó otra oportunidad de realizar labores internacionalistas ocho meses después. El virus se detectó durante el chequeo de rutina que se les hace a todos los voluntarios antes de marchar al extranjero.

Pregunta: Debe haber sido una conmoción terrible.

Mariela: Equivalía a la muerte. Lo asociaba con la muerte y experimenté todas las emociones: dolor, tristeza, desesperación. Me llevó dos años de tratamiento psiquiátrico volver a empezar y

regresar al trabajo. El trabajo me ayuda a pensar en otras cosas y me hace sentir útil. Es una parte importante de mi tratamiento.

Pregunta: ¿Qué haces? ¿Cómo es uno de tus días típicos?

Mariela: Soy enfermera de atención extrahospitalaria. Eso quiere decir que acompaño a las personas con VIH a sus consultas con los especialistas, sus pruebas de laboratorio, etc. Ser enfermera ayuda mucho a vivir con VIH. A veces, cuando estoy con un paciente en fase terminal, me veo a mí misma en el futuro. Ahí es cuando paso de ser “Mariela la que vive con VIH” a “Mariela la enfermera”, para aliviar el dolor, brindar cuidados con afecto. También he visto discriminación en mi trabajo: ahí es cuando me convierto en educadora y promotora y brindo información sobre el VIH y sobre los derechos de las personas con VIH.

Pregunta: ¿Cómo ha cambiado el enfoque sobre el VIH en Cuba desde que fuiste diagnosticada?

Mariela: Antes era muy distinto. Hasta los hombres lloraban al enterarse de que eran positivos, y en esa época se separaba a todos de sus esposas, sus hijos, sus padres. Hace mucho tiempo que no veo llegar a nadie aquí llorando. La prevención también es totalmente distinta ahora... ¡Antes de llegar aquí yo no sabía lo que era un condón, y soy enfermera! El tratamiento es mejor. Hoy, las personas con VIH pueden residir en sus comunidades, donde tienen acceso a la atención médica con médicos y dentistas que conocen sobre el VIH y sobre cómo tratar a los pacientes de manera digna y atenta.

Pregunta: ¿Cómo ha cambiado el Centro, que antes era el sanatorio, desde tu llegada?

Mariela: Cuando llegué aquí todavía era un lugar secreto y obligatorio. Pero yo nunca me sentí presa, aislada, ni humillada. Aunque estamos lejos de nuestras familias, aquí somos como una familia. Además, ha cambiado el concepto del sanatorio: ahora es como una casa de descanso a la que se viene cuando pasa algo extraordinario, como una infección renal o una gripe horrible, y hace falta un monitoreo y un tratamiento especializados. Los casos sociales son diferentes: viven aquí si no tienen otro lugar donde ir.

Pregunta: Ese no es tu caso. ¿Por qué decidiste quedarte?

Mariela: La razón por la que decidí quedarme es la de proteger mi salud, que es seguida de cerca al trabajar con otras personas con VIH. Eso me hace sentir humana. Es por eso que me quedé. Además, allá afuera hay todo tipo de gérmenes.

Pregunta: ¿Cómo podría mejorarse el programa de VIH/sida cubano?

Mariela: Con más prevención, más capacitación y más información. A veces quienes se desenvuelven en el campo de la salud son los menos informados. También es muy importante que hablemos acerca de los hombres que tienen sexo con hombres. Como sociedad estamos avanzando en esa dirección, y GPSIDA y otros han hecho una labor increíble en ese sentido.

Pregunta: ¿Qué le dirías a alguien a quien le diagnostican VIH?

Mariela: Que cuide su salud. Que use el condón. El sida no tiene rostro, ni edad, ni sexo ni raza. Que trate de vivir. Mírame a mí: veintinueve años viviendo con VIH y todavía estoy viva y feliz.

Al terminar el curso, un equipo multidisciplinario de especialistas evalúa a las personas según pautas nacionales detalladas y de bioética para decidir si están comprometidas con el cuidado de su salud y la de los demás (ver Figura 2). La evaluación incluye su estado psicológico y su estado de ánimo; su empleo, vivienda y situación familiar; su conteo de CD4; y su carga viral. También se realiza una amplia entrevista mediante la cual la persona con VIH incide en la decisión. Sobre la base de esa evaluación y esa entrevista, se remite o no a los pacientes a la atención ambulatoria [Álvarez 2004].

Figura 2: Elementos que intervienen en la protección de la salud propia y la de los demás

Los requisitos para ingresar al Servicio de Atención Ambulatoria incluyen proteger la salud propia mediante:

- El cumplimiento de la dieta adecuada
- El cumplimiento de las indicaciones médicas (administración de medicamentos, visitas programadas a las consultas médicas, exámenes complementarios)
- Una buena higiene personal y ambiental
- La no ingestión habitual de bebidas alcohólicas

Y la protección de la salud de los demás mediante:

- El uso del condón en las relaciones sexuales
- El mantenimiento de una pareja estable y única
- El aviso a la pareja, antes de la primera relación sexual, de su condición de seropositivo al VIH
- Cualquier otro requisito que el médico de familia considere de importancia

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/sida. Ministerio de Salud Pública. 1997.

“Nuestro objetivo es preparar a las personas con VIH en su nueva condición vital y en todos los elementos relacionados con la prevención de la enfermedad y la atención a su salud, para que regresen a sus comunidades y a sus vidas habituales lo más pronto y lo más preparados posible,” afirma el Dr Rigoberto López, director del Centro de Atención Integral a Personas con VIH/Sida de La Habana. Pero admite que no siempre resulta fácil. “No somos magos, tratamos una entidad multifactorial que influye en la esfera psíquica y biológica y con un alto componente desde el punto de vista social, por lo que tenemos que

avanzar paso a paso y concentrándonos en los problemas más urgentes” [Entrevista de la autora 2008].

Un problema siempre urgente es el de la escasez de recursos. Para complicar aún más los retos usuales que enfrentan las economías en desarrollo de todo el planeta, Cuba sufrió una severa crisis económica en la década de 1990, conocida por el nombre de Período Especial, de la que aún no se ha recuperado totalmente. La crisis, precipitada por la caída del bloque socialista, hizo que Cuba perdiera de forma abrupta el 85% de su comercio exterior; sus reservas de medicamentos, equipos e insumos se contrajeron en un 70%; y el consumo diario de calorías disminuyó en un 33% [Reed y Frank 1997]. La situación se vio agravada por el bloqueo comercial y financiero impuesto a Cuba por los Estados Unidos, que ya se prolonga por varias décadas.

El bloqueo le prohíbe a Cuba comprar tecnología, medicamentos, y piezas de repuesto estadounidenses, sea directamente o a través de compañías ubicadas en terceros países, y prohíbe también el intercambio científico entre los especialistas cubanos y norteamericanos. La respuesta al VIH y el sida - debido a la tecnología, los protocolos de tratamiento (muchas de cuyas patentes están en manos de compañías estadounidenses y sus subsidiarias) y los conocimientos especializado que requieren - se han visto afectadas de manera especial por esta política extraterritorial. El Dr Jorge Pérez, vice director primero del IPK, que es el centro de referencia nacional para la atención y el tratamiento de las enfermedades oportunistas, recuerda cuando “fui a comprar la primera máquina de medir CD4 y cuando fui a preguntar por ella, me dijeron: ‘Esta máquina es tecnología norteamericana. Tenemos órdenes explícitas de ni siquiera explicarles a ustedes cómo funciona esta máquina. Ustedes son cubanos. Ustedes no tienen derecho a esta tecnología.’” [Entrevista de Oxfam 2007]. Como la resistencia a los antirretrovirales disponibles tiende a aumentar, esos obstáculos para obtener equipos e insumos podrían representar una dificultad para garantizar las intervenciones efectivas a favor de las personas con VIH en Cuba.

LOS RETOS FUTUROS

Las dificultades producidas por el bloqueo estadounidense y otras realidades económicas seguirán constituyendo retos para el programa de VIH/sida cubano, así como para el sistema de salud pública en su conjunto. Aunque se mantiene intacta la voluntad política de seguir ampliando y perfeccionando el programa, la identificación y potenciación de los elementos más eficientes de la estructura existente a fin de mejorar la atención y hacer un mejor uso de los recursos escasos son elementos claves para avanzar. La descentralización de los servicios de VIH/sida, unida a una reorganización del sistema de atención primaria cubano, es un proceso ya en curso que tiene como propósito incrementar la eficiencia y lograr un nivel de atención mejor. “Hoy ya no sólo enfrentamos el reto de brindar atención universal en todos los niveles,” señala la Dra Cristina Luna, directora nacional de Atención Ambulatoria, “sino también una atención de mayor calidad, con servicios mejor organizados y más integrales. Ahora se espera mucho más de nosotros” que en los sesenta, cuando se inició la atención universal [Reed 2008]. Garantizarles a quienes lo necesitan el acceso a regímenes con antirretrovirales de segunda línea es otro de los retos urgentes que enfrenta Cuba en sus esfuerzos por proporcionar tratamientos más efectivos y un mejor nivel de atención.

El subregistro de VIH/sida continúa siendo un reto regional [PAHO 2007] y Cuba no es la excepción. A pesar de los tamizajes amplios, la promoción activa, el acceso fácil y la gratuidad de las pruebas, y la notificación a los contactos, hay quienes quedan por fuera del alcance de los marcos médicos y sociales del país. En un estudio realizado entre 2003 y 2004, se reportaron 63 pacientes con debut clínico de sida, lo que pudiera significar que nunca antes se habían realizado un examen de VIH y no fue hasta que aparecieron las manifestaciones clínicas del sida que se sospechó el diagnóstico. Ese grupo representa el 4,2% de las personas con VIH/sida en Cuba [Oropesa et al. 2007]. Otro estudio evidenció que el conocimiento inadecuado de los procedimientos de clasificación por parte de los médicos de atención primaria de una barriada de La Habana era un factor que contribuía al subregistro [Bolaños et al. 2006].

El incremento de la incidencia del VIH en Cuba es otra tendencia preocupante, sobre todo porque se hará más complicado y costoso mantener la cobertura universal de

ARV a medida que más personas adquieran el VIH. El sexo transaccional y la actividad sexual tanto de los jóvenes como de personas de la tercera edad son factores que contribuyen a incrementar las tasas de infección cubanas. Esto último es especialmente inquietante; los cubanos con edades entre 20 y 24 años tienen la mayor tasa de infección por cada 100 000 habitantes, y las tasas entre las personas de 70 años o más también aumentan [Cortés et al. 2006]. Las informaciones sobre el VIH en la tercera edad fueron aportadas por el estudio de debut clínico realizado por Oropesa et al., el cual encontró que las personas de más de 50 años - sobre todo los hombres - tenían 17 veces más probabilidades de manifestar síntomas clínicos de sida en el momento de su diagnóstico de VIH que el resto de los grupos estudiados.

“...existe un prejuicio moral muy arraigado y eso es difícil que cambie, tanto es así que los padres te dicen desde pequeño que prefieren tener un hijo ladrón que no maricón.”

- Entrevistado en Torres et al. 2006

Aunque existen regulaciones civiles, administrativas, laborales y otras encaminadas a proteger a las personas con VIH de **la discriminación, el estigma (a menudo silencioso) asociado con el VIH sigue constituyendo un problema**. Por ejemplo, algunas personas con VIH han enfrentado dificultades al regresar a su trabajo [Rodríguez et al. 2005] o, más frecuentemente, “por parte del propio personal del sector salud...en particular en los consultorios médicos,” que incluye la falta de confidencialidad. Esto ha llevado a algunas personas con VIH a ocultar su seropositividad en los ambientes de la salud pública. Hay elementos que permiten plantear que esa discriminación era más pronunciada en los primeros años de la epidemia, y que disminuye a medida que se afianzan la capacitación y la formación específica sobre el VIH/sida dirigidas a los profesionales de la salud [Miñoso & Valdés 2006] y a medida que la disponibilidad de ARV ha convertido el sida en una enfermedad crónica [Castro, Khawja, González-Núñez 2007]. La sensibilización y la capacitación clínica del sector de la salud deberán continuar a buen ritmo para consolidar este avance. El sistema comunitario, en el cual todo, desde la entrega de los suplementos dietéticos hasta las visitas periódicas del médico de la familia, ocurre en el propio barrio,

tiene implicaciones para la privacidad de las personas con VIH/sida, y puede constituir otra fuente de discriminación.

La estigmatización de los homosexuales, los bisexuales, y los transexuales en Cuba es generalizada (incluso en los ambientes de la salud pública), lo que aumenta la posibilidad de discriminación, con independencia de la condición serológica del individuo. Una educación incesante mediante la publicación de materiales informativos, la muestra de películas, y la transmisión de programas de radio y televisión, junto a la activa participación de los miembros de esas comunidades, son esenciales para convertir la diversidad sexual en la norma en la Cuba machista. Dada la alta prevalencia de VIH en HSH, esa es una de las necesidades de prevención más urgentes del país, a pesar de la resistencia de la sociedad a hablar abiertamente sobre la homosexualidad. Como señala Mariela Castro, del CENESEX, “la libertad de opción sexual e identidad de género [es] un ejercicio de igualdad y justicia social;” la igualdad y la justicia social son dos de los pilares del programa revolucionario cubano [Rodríguez 2008]. Un tercer pilar es el derecho humano básico a vivir sin ser discriminado, área en la que la sociedad cubana ha logrado grandes avances en lo relativo a las mujeres y el racismo, pero no en cuanto a la orientación sexual.

Eliminar los tabúes para incrementar la efectividad de la prevención es un campo en el que la educación - en las casas, las escuelas, y la sociedad en su conjunto - debe estar en primera línea. Investigaciones realizadas por Castro y Aragonés arrojaron que “la mayoría de las mujeres de distintas edades que viven con sida no recibieron de sus familiares ningún tipo de información sobre sexualidad durante su infancia o adolescencia, en gran parte por considerarse un tema inapropiado para la conversación familiar” [Castro y Aragonés 2006]. Algunos padres se oponen a la educación sexual en las escuelas, que incluye el análisis de la diversidad sexual y el uso del condón; los programas de televisión y los anuncios de bien público sobre estos tópicos también han sido criticados por ciertos sectores de la sociedad civil. Mariela Castro opina que la solución es más educación y no menos: “Tenemos que trabajar más y mejor en las escuelas. Hemos trabajado con el Ministerio de Educación, pero todavía no estoy satisfecha con el progreso que hemos logrado. Tenemos que profundizar la comprensión de los maestros y del resto del personal de las escuelas. Tenemos que tener más peso en la televisión educativa” [Reed 2006].

El comportamiento individual es otro tema que sigue frustrando las iniciativas de respuesta al VIH/sida en todo el planeta, y también en Cuba. Las prácticas sexuales de riesgo, como las parejas sexuales múltiples y la práctica de sexo sin condón, son dos factores que desempeñan un papel importante en el contexto cubano. El debut sexual más temprano, especialmente de las jóvenes, constituye otra tendencia preocupante [Gómez & Fariñas 2006]. La falta de adherencia a los protocolos antirretrovirales debido a sus desagradables efectos secundarios, su interacción con otros medicamentos, el gran número de pastillas a tomar y los horarios en que hay que tomarlas, las restricciones dietéticas, los efectos adversos durante el embarazo, los hogares o centros de trabajo que no brindan apoyo, o el deseo de tomarse unas vacaciones terapéuticas son ejemplos de cómo la conducta individual puede obstaculizar los tratamientos [Spire et al. 2002]. Una mayor capacitación a los profesionales de la salud, las personas con sida, sus familiares, y otros acerca de la necesidad de cumplir el tratamiento antirretroviral puede resultar útil en este sentido.

¿ES REPLICABLE EL MODELO CUBANO?

Cada país tiene una historia, una cultura y condiciones singulares, y si bien la estrategia cubana de respuesta al VIH/sida no puede trasplantarse íntegramente a otro contexto, su experiencia brinda lecciones valiosas, especialmente para otros países de escasos recursos que son los que cargan el mayor fardo de la enfermedad: de los 60 millones de personas con VIH, el 95% viven en países de escasos recursos [Global Fund 2008]. En la práctica, esa crisis se multiplica debido a la existencia de unos sistemas de salud deteriorados que se caracterizan por la ausencia de vigilancia epidemiológica, estadísticas de salud confiables, personal médico, e incluso infraestructura básica. La experiencia cubana demuestra, además, que compartir la carga y responsabilidad del Estado con las agencias internacionales, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y, sobre todo, los más interesados, esto es, las personas con VIH/sida, a fin de encontrar soluciones más creativas e integrales y que cuenten con un mayor financiamiento, puede tener una incidencia positiva sobre los resultados. Algunos de los

componentes más importantes de esas soluciones que resultan relevantes para otros lugares del mundo incluyen:

Proporcionar atención primaria en la comunidad. Esto resulta de importancia para los sistemas de salud desde Alaska hasta Zimbabwe, porque prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a fin de mejorar, con el tiempo, los estándares de salud. Además, un sistema de atención primaria fuerte promueve la utilización de sistemas estadísticos de recogida de datos, que son fundamentales para el control epidemiológico y para combatir el subregistro del VIH. Para ser efectiva e integral, la atención comunitaria exige que se entienda la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como una serie de factores biosicosociales que promueven y mantienen el bienestar y la salud. Aunque este enfoque resulta extraordinariamente eficiente en términos de costos una vez que se amortiza, exige que los gobiernos se consagren a mejorar y equiparar las posibilidades de la población en lo relativo a un conjunto de determinantes sociales (acceso equitativo a la educación, la vivienda, el agua potable, etc.) y la existencia de los recursos humanos necesarios en el terreno de la salud que puedan brindar los servicios requeridos. La capacitación de promotores de salud de las comunidades en el área de prevención y en cuestiones básicas de salud e higiene, constituye un primer paso muy poco costoso en esa dirección.

Derechos de las personas con VIH/sida

- El derecho a no ser discriminadas por concepto de su seropositividad al VIH.
- El derecho a recibir tratamiento como parte esencial de la atención en salud.
- El derecho a participar en la elaboración de políticas y programas sobre el sida.

Fuente: Human Rights and HIV/AIDS: Now More Than Ever. Open Society Institute. 2007.

Participación activa de las personas afectadas y de grupos vulnerables en el diseño e implementación de las políticas. Este es un aspecto fundamental del control del VIH/sida en cualquier contexto. Sobre todo la prevención ha demostrado ser más efectiva cuando la elaboran y la llevan a la práctica los miembros de la comunidad a la que se pretende llegar, esto es, cuando es una educación de pares o iguales, nombre con el que

se le conoce. Esto resulta esencial en lugares donde el uso de drogas inyectables, el sexo transaccional, y la homofobia contribuyen a diseminar la enfermedad, en especial en América Latina y el Caribe. Las mujeres son particularmente vulnerables al VIH y la incidencia entre ellas aumenta en todo el planeta: según UNAIDS, el 48% de las personas con VIH son mujeres, y el promedio anual de nuevas infectadas es de un millón [UNAIDS 2007]. Las mujeres también deben ser participantes activas en el diseño y la puesta en práctica de programas y mensajes. La incorporación de un enfoque de género en estas iniciativas debe convertirse en una práctica normal.

Limitar el monto de la ayuda condicionada. La ayuda financiera para la prevención y el tratamiento del VIH otorgada sin o con pocos condicionamientos resulta óptima, porque permite que los programas tengan en cuenta tanto la cultura, condiciones, y necesidades locales. Los programas de distribución de jeringuillas y condones, así como los destinados a la educación sobre sexo seguro dirigidos a hombres que tienen sexo con otros hombres y otras iniciativas deben eludir, en lo posible, ciertos criterios de orden religioso o moralista acerca del control de las enfermedades infecciosas. Se deben favorecer vínculos de cooperación con gobiernos, organizaciones internacionales, y del sector privado que ofrezcan ayuda sin condicionamientos por encima de los acuerdos gubernamentales bilaterales y la relación con iniciativas de caridad que imponen restricciones al diseño de las respuestas nacionales al VIH/sida.

Tabla 1: comparación regional del VIH/sida

PAÍS	Prevalencia del VIH entre los adultos (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad por sida, 2005 (por 100 000 habitantes)	Cobertura de la terapia antirretroviral (%)	Prevalencia del anticonceptivo (%)
Argentina	456	11	71	65
Bahamas	2 807	<200	---	---
Barbados	1 236	<200	67	---
Bolivia	120	<10	18	58
Brasil	454	8	78	---
Canadá	222	<10	---	---
Colombia	509	18	34	78
Costa Rica	235	<10	>95	---
Cuba	52	<10	>95	73
El Salvador	770	36	46	67
Estados Unidos	508	5	---	73
Guatemala	825	21	31	43
Haití	3 377	188	26	32
Honduras	1 392	51	41	65
Jamaica	1 371	49	33	69
México	244	6	54	71
Nicaragua	215	<10	26	69
Paraguay	338	<10	25	73
Perú	480	20	42	71
República Dominicana	1 036	75	24	70
Trinidad y Tobago	2 538	146	53	38
Uruguay	362	<50	55	77
Venezuela	598	23	---	---

Fuente: WHO. World Health Statistics. 2008. Ginebra. 2008

Brindar tratamiento antirretroviral universal a quienes lo necesiten. Los resultados de las investigaciones demuestran que el acceso al tratamiento con antirretrovirales es la mejor opción para limitar la mortalidad por sida. El aumento del acceso a los antirretrovirales disminuyó a la mitad el porcentaje de muertes relacionadas con el sida en Bahamas entre los años 1996 y 2005 (de 18% a 9%, aún cuando sólo el 61% de los pacientes que necesitaban la terapia la recibían); en Trinidad y Tobago, las muertes atribuibles al sida descendieron en un 53% entre el 2002 y el 2006, después de la introducción del tratamiento con antirretrovirales; y en Barbados, disminuyeron en un 85% entre el 2002 y el 2006, después de que se comenzara a aplicar el tratamiento gratuito [UNAIDS 2008].

Aunque en el año 2007 recibieron el tratamiento con antirretrovirales 3 millones de personas del mundo en vías de desarrollo que lo necesitaban (lo que representó un incremento del 42% con respecto al año anterior), todavía hay millones de personas con sida en el planeta que no reciben esos medicamentos para prolongar su vida [Lynch 2008]. Al ritmo actual, la meta de “Todos en el 2010” establecida en el 2005 por los signatarios de las Naciones Unidas, que implicaba proporcionarles acceso universal a los ARV a los 10-16 millones de personas que lo requerirían en el 2010 sólo se cumplirá, en el mejor de los casos, en un 50% [Avert 2008]. Este abandono de las personas que tienen una urgente necesidad de medicamentos que estabilizan y prolongan la vida resulta imperdonable, sobre todo porque los ARV, incluidos algunos tratamientos de segunda línea, están ahora disponibles a los precios más bajos desde el inicio de la pandemia, debido a la producción de equivalentes genéricos. Aun así, se mantienen en pie onerosas barreras al acceso a los ARV y las personas siguen muriendo. La falta de voluntad política, la existencia de compañías farmacéuticas que priorizan las ganancias antes que la salud, y la protección de patentes y derechos sobre la propiedad intelectual que les imponen a los países en vías de desarrollo los Estados Unidos y otros países mediante el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (TRIPS en inglés), son todos responsables de esa situación. Cuando los gobiernos priorizan el acceso a esos medicamentos (como en Cuba y Brasil), la mortalidad atribuible al sida cae [Pérez et al. 2004; Marins 2003].

Pero los ARV por sí solos no pueden solucionar el problema, porque muchos países en vías de desarrollo, sobre todo en el África Subsahariana, donde se produjo un 76% de las muertes ocasionadas por el sida ocurridas en el 2007 [UNAIDS 2007], carecen incluso de la infraestructura de salud necesaria para administrar correctamente los medicamentos en caso de que les fueran facilitados. De hecho, la infección de la mayoría de las 6 800 personas que contraen el VIH y la muerte de las 5 700 que fallecen debido al sida diariamente se debe a un acceso inadecuado a servicios de prevención y tratamiento [UNAIDS 2007]. Las respuestas nacionales a la pandemia deben incluir no sólo el acceso universal a los ARV, sino también el acceso equitativo y universal a servicios de salud que garanticen la dosificación, el seguimiento y la atención requeridos.

Diseñar y llevar a la práctica una estrategia integral de educación y prevención.

La mala información, los tabúes sexuales, las desigualdades de género, la discriminación, y la estigmatización sólo pueden superarse mediante un proceso educativo sostenido y multidisciplinario. La organización de un voluntariado para trabajar en iniciativas de educación y prevención es poco costosa y ayuda a los implicados a apropiarse del tema. La sensibilización de los profesionales de la salud y una educación continua acerca de los avances científicos, epidemiológicos, de tratamiento, y otros aportados por las investigaciones sobre el VIH/sida resultan esenciales para contrarrestar la discriminación en el seno de los sistemas de salud. La educación debe también ayudar a las personas con VIH/sida a conocer sus derechos, al tiempo que se les empodera para ejercerlos.

Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo y a través de la sangre y sus derivados. El pesquijaje activo de todas las embarazadas, los donantes de sangre y los hemoderivados constituye un mecanismo de detección precoz relativamente poco costoso y muy efectivo. Además, estas son algunas de las medidas de salud pública políticamente más aceptadas para controlar la infección por VIH. Unir la detección al tratamiento con antirretrovirales, el uso de prácticas seguras para el nacimiento y de sustitutos para la leche materna, (allí donde resulte practicable), ha demostrado ser sumamente efectivo para limitar la transmisión de madre a hijo en Cuba y en otros lugares del mundo.

Proteger los derechos de las personas con VIH/sida. El derecho al empleo y a la vivienda, a llevar una vida digna libre de discriminación y violencia, a salvar la vida o mejorar su calidad mediante el acceso a los medicamentos y la atención de salud, y a participar en la toma de decisiones y en la elaboración de políticas son derechos básicos de todos, incluidas las personas con VIH o sida, que deben ser prioridades de todos los gobiernos.

CONCLUSIONES

No existen recetas ni respuestas fáciles para la crisis global del VIH/sida. No obstante, la experiencia cubana demuestra que un enfoque basado en los derechos que aborde los factores epidemiológicos, biológicos, sociales y psicológicos de la pandemia puede mejorar los resultados de salud, así como proporcionarles una vida más digna a las personas con VIH/sida. Un acceso equitativo a la atención de salud, soluciones multidisciplinarias e intersectoriales a los problemas, programas educativos y de prevención y una participación dinámica de implicados y grupos vulnerables en la toma de decisiones son elementos claves de esa estrategia. Lo anterior resulta más efectivo cuando los programas de control y tratamiento del VIH/sida se elaboran teniendo en cuenta las condiciones locales, incluidas las formas de transmisión más frecuentes, los grupos más afectados, y la estratificación epidemiológica según regiones y localidades.

Poner a disposición de quienes los necesitan los medicamentos antirretrovirales ha demostrado ser la forma más efectiva de controlar la morbilidad atribuible al sida, elevar la calidad de vida de las personas con VIH/sida y controlar la transmisión de madre a hijo. Por otra parte, la mayor disponibilidad de antirretrovirales genéricos menos costosos está contribuyendo a disminuir las barreras para la aplicación de esos tratamientos en todo el planeta, y constituye una refutación al amoral argumento de los costos para brindar acceso a los mismos. El acceso equitativo a esos medicamentos que salvan vidas debería ser, en el contexto de la pandemia global de VIH/sida que se vive en la actualidad, un derecho de todos los que los necesitan y no un privilegio de quienes pueden pagarlos.

Aunque Cuba muestra un ascenso lento pero constante de la incidencia del VIH, y a pesar de que no han desaparecido retos como la homofobia, el machismo, las conductas individuales destructivas, y la escasez de recursos económicos, el compromiso gubernamental con la puesta en práctica de un programa integral para enfrentar el VIH/sida resulta loable. Garantizar los recursos del programa, abordar temas polémicos y difíciles como la homosexualidad y la discriminación en la sociedad cubana, involucrar a las personas con VIH/sida en la toma de las decisiones que afectan sus vidas, hacer cumplir la legislación encaminada a protegerlas, y facilitar la cooperación intersectorial son elementos que demuestran la voluntad política del gobierno de enfrentar el VIH/sida en Cuba.

Y lo que es más importante: los cubanos que viven con VIH/sida en la isla cuentan con el ánimo, la fortaleza, y la inteligencia necesarios para hacerle frente a esta crisis de salud global. Es de ellos, y de sus colegas de otros países, que el mundo puede aprender más.

REFERENCIAS

Álvarez A, Pérez F, Fonseca N, Chacón L, Amargós GM, Villalón M, et al. Conociendo sobre VIH: Manual para médicos de la familia y el personal de salud en Cuba. CNPITS-VIH/SIDA. Habana; 2004.

Aragón C. Cuba: GPSIDA avanza para ganarle al SIDA con más vida. *Impacto*. Primavera 2005; 20-21.

Author interview with Rigoberto López, Director, Centro de Atención Integral a Personas con VIH/SIDA, April 9, 2008.

Author interview with Mariela Mendoza, Centro de Atención Integral a Personas con VIH/SIDA, Santiago de las Vegas, May 16, 2008.

Author interview with Daysi Llaneres, Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, June 2, 2008.

Author interview with Raúl Regueiro, Fidel Segura and Omar Parada, Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, June 2, 2008.

Avert.org [homepage on the Internet]. London: Averting HIV & AIDS; [updated 2008 May 1; cited 2008 Jun 19]. Available from: www.avert.org/aidstarget.htm.

de Arazoza H, Joanes J, Lounes R, Legeai C, Cléménçon S, Pérez J, Auvert B. The HIV/AIDS epidemic in Cuba: description and tentative explanation of its low HIV prevalence. *BMC Infectious Diseases*. 2007; 7:130.

Bayer R, Heaton C. Controlling AIDS in Cuba: The logic of quarantine. *N Engl J Med*. 1989; 320(15):1022-24.

- Bolaños MR, Rojo N, Escobedo AA, Peláez O. Conocimientos y actitudes de los médicos de familia en VIH. Policlínico Carlos M. Portuondo. Marianao 2002. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana. Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA. Habana. 2006.
- Castro A, Khawja Y, González-Núñez I. Sexuality, reproduction, and HIV in women: the impact of antiretroviral therapy in elective pregnancies in Cuba. *AIDS*. 2007; 21(5):S49-S54.
- Castro A, Aragonés C. El impacto del tratamiento antirretroviral en la calidad de vida de las personas que viven con sida en Cuba. Foro Nacional de Investigación e Innovación en Salud; 2006; Habana.
- Castro M. Press conference. Jornada Cubana por el día mundial contra la homofobia. 10 May 2008; Habana.
- Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA [homepage on the Internet]. Havana: Infomed; c2004-2008 [updated 2008 May 1; cited 2008 May 8]. Available from: www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idv=565.
- Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Manual para Promotoras de Salud. CNPITS-VIH/SIDA. Habana; 2004.
- Chacón L, Regueiro R, Reymond V, Sánchez L, Ochoa R, Valdés N. Estudio del comportamiento sexual de hombres que tienen sexo con otros hombres en Ciudad de La Habana. *Sexología y Sociedad*. 2004 Abr; 4:11-17.
- Cortés A, García R, Lantero M, Gonzáles R, Suárez R. El VIH/SIDA en la adolescencia, Cuba 1987 hasta abril 2004: un enfoque epidemiológico. *Rev Cubana Med Trop*. 2006; 58(3).
- d'Adesky AC. Cuba fights AIDS its own way. American Foundation for AIDS Research. Jan 2003. Available from: www.thebody.com/content/art32967.html.
- Fauci AS. 25 Years of HIV. *Nature*. 2008; 453:289-290.
- Fighting AIDS [homepage on the Internet]. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; c2002-2008 [cited 2008, May 21]. Available from: www.theglobalfund.org/en/about/aids/default.asp.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Disease Report: The Status and Impact of the Three Diseases. Geneva: The Global Fund; 2004.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Grant Report Card: Strengthening the multi-sector national response to prevent and address the HIV/AIDS epidemic in the Republic of Cuba. Geneva: The Global Fund; Mar 2005.
- Gómez L, Fariñas AT. Intervención educativa sobre VIH en jóvenes de la escuela emergente de tecnólogos de la salud Salvador Allende, 2003-2004. In: Ochoa R, Rojo N eds. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana. Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA; 2006. p. 50-59.
- González I, Díaz Jidy M, Pérez J, Mengana HL, Guitiérrez I, Gorry C. National Program for Detecting & Treating Mother-to-Child Transmission of HIV. *MEDICC Review*. 2006;7(1):2.
- GPSIDA. Grupo de Prevención del SIDA: 1988-2007 [PowerPoint presentation]. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. 2007.
- Jürgens R, Cohen J. Human Rights and HIV/AIDS: Now More Than Ever. New York: Open Society Institute; Sept 2007.
- Lantero MI, Waller J, Joanes J, Pérez J, Torres R, Santín M, Ochoa R, Estevez G. Cuba. In: Beck EJ, Mays N,

Whiteside AW, Zuniga JM. The HIV Pandemic: Local and global implications. New York: Oxford University Press; 2006. p 379-92.

Lantero, MI. Personal communication. 23 Jun 2008.

Lynch C. AIDS drugs reaching more people in developing world, UN says. Washington Post. 2008 Jun 10; p. A15.

Malagón Y, Fariñas AT, Brenes L. Evaluación del sistema de atención ambulatoria a personas con VIH en policlínicos del municipio Pinar del Río, Cuba, 2003. In: Ochoa R, Rojo N eds. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana. Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA; 2006. p. 132-141.

Marins JR. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. AIDS. 2003 July 25.

Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2006. La Habana (Cuba): Ministerio de Salud Pública; 2007.

Ministerio de Salud Pública. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. La Habana (Cuba): Ministerio de Salud Pública; 2008.

Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional ITS/VIH/SIDA, 2001-2006. La Habana (Cuba): Ministerio de Salud Pública; Ene 2001.

Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Actualización. La Habana (Cuba): Ministerio de Salud Pública; Abril 1997.

Miñoso G, Valdés JR. Fuentes de apoyo y discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA en provincias seleccionadas en Cuba 2004. In: Ochoa R, Rojo N eds. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana. Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA; 2006. p. 97-104.

Ochoa R. Personal communication. 16 Jun 2008.

Ochoa R, Rojo N, Torres Y. Ciencias sociales y salud pública en Cuba. Enfoques en la prevención del VIH. In: Ochoa R, Rojo N eds. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana. Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA; 2006. p. 15-24.

Oropesa L, Sánchez L, Berdasquera D, Gala A, Pérez J, Lantero MI. Debüt clínico del SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop. 2007;59(2).

OXFAM Interview with Jorge Pérez, 5 de julio 2007.

Pérez J, Pérez D, González I, Diaz Jidy M, Orta M, Aragonés C, et al. Approaches to the management of HIV/AIDS in Cuba. Geneva: World Health Organization; 2004.

Pérez-Stable EJ. Cuba's response to the HIV epidemic. AJPH. 1991; 81(5):563-67.

Presno Labrador C, Sansó Soberat. 20 years of family medicine in Cuba. MEDICC Review. 2004;6(2).

Programa Nacional ITS/VIH/Sida. Dirección de Epidemiología. La Habana (Cuba): Ministerio de Salud Pública; Jun 2008.

Proyecto HSH. Boletín Informativo. GPSIDA-Ciudad Habana. March 2008; 1.

Reed G. Cuba's primary health care revolution: 30 years on. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(5).

Reed G. Interview: Mariela Castro, Director National Center for Sex Education. *MEDICC Review*. 2006; 7(1):9.

Reed G, Frank M. *Denial of Food and Medicine: The Impact of the US Embargo on Health and Nutrition in Cuba*. Washington DC: American Association for World Health; 1997.

Resumen estadístico de la epidemia de VIH/sida en Cuba hasta el 2007 [homepage on the Internet]. Havana: Infomed; c 2004-2008 [updated 2008 May 1; cited 2008 June 8]. Available from: www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idv=2240.

Rodriguez, A. Cuban government backs calls to combat homophobia. *Associated Press*. 2008 May 17.

Rodríguez MM, García TM, Valdés JR, Fonseca N. *Legalidad y sida en Cuba*. Molinos Trade SA. 2005.

Spire B, Duran S, Souville M, Lepout C, Raffi F, Moatti JP, Aproco Cohort Study Group. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science and Medicine*. 2002;54(10):1481-96.

Torres Y, Rojo N, García R, Ochoa R, Álvarez I, Gascón B, Cabrera J. Evaluación del proyecto de prevención de ITS/VIH para hombres que tienen sexo con otros hombres, desde la visión de beneficiarios, Villa Clara, 2003. In: Ochoa R, Rojo N eds. *Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana*. Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA; 2006. p. 115-131.

UNAIDS. *AIDS Epidemic Update*. Geneva: UNAIDS; 2007.

UNAIDS. *Caribbean: AIDS Epidemic Update Regional Summary*. Geneva: UNAIDS; 2008.

UNAIDS. *Caribbean fact sheet*. Geneva: UNAIDS; 2006.

World Health Organization. *World health statistics 2008*. Geneva: World Health Organization. 2008.