

ENTREVISTA

Rafael Mazin, asesor regional de la OPS en prevención y atención integral de VIH/ITS

Revista Tempus: Las estrategias de prevención de la infección por VIH Sida han avanzado de manera importante en la región de América Latina. Desde su papel de asesor regional en el área, ¿cómo ve los desafíos que se enfrentan en este campo?

Rafael Mazín: Los desafíos se encuentran en diversas esferas del quehacer en salud pública. Primero que nada, nos enfrentamos con el divorcio entre el discurso oficial que prestigia los esfuerzos en prevención y el enfoque operativo cotidiano que prestigia un modelo curativo-reparador. La prevención efectiva no se consigue solamente a través de proclamar su relevancia ni tampoco ocultándola en “canastas” de atención médica integral, sino a través del uso metódico, sistemático y sostenido de enfoques multisectoriales y multidisciplinarios apropiados para poblaciones y grupos específicos. El segundo desafío es la creencia generalizada de que la prevención efectiva se logra con intervenciones aisladas. Los cambios en comportamientos, hábitos y prácticas buscados requieren intervenciones repetidas y adecuadas a la evolución de las personas y grupos. Las personas y comunidades experimentan cambios a largo del curso de la vida y ante la ausencia de una vacuna efectiva las acciones de prevención deben adecuarse a realidades cambiantes en el entorno y en la vida de las personas. El tercer desafío se encuentra relacionado con la búsqueda y utilización de intervenciones aisladas cuya eficacia y efectividad puedan

ser científicamente demostradas. El uso de modelos de verificación que son aplicables a la medicina clínica no son fácilmente extrapolables a las intervenciones sobre el comportamiento en las que múltiples factores deben enlazarse para desarrollar, lograr y mantener los cambios buscados. La “bala de plata” no se encuentra disponible y por ello resulta necesario combinar acciones que reduzcan riesgo de exposición, eficiencia de transmisión y reducción de vulnerabilidades físicas y sociales de forma sinérgica en vez de proclamar cínicamente que “la prevención no funciona o que es demasiado complicada” como muchos hacen. El cuarto obstáculo es la conspiración de silencio alrededor de la sexualidad y la salud sexual. La inmensa mayoría de infecciones (y re-infecciones) ocurren como resultado de actividad sexual desprotegida. La descalificación o inclusive la colocación de amarras y mordazas a los esfuerzos dirigidos a promover salud sexual y prácticas sexuales de menor riesgo a través de esfuerzos como la educación sexual integral es desafortunadamente una práctica bastante común en pleno siglo XXI. El quinto obstáculo se relaciona con el desarrollo de comportamientos de desinhibición relacionados tanto con creencias profundamente arraigadas acerca de la ciencia y la medicina (“pronto habrá cura”), información incompleta o distorsionada acerca de desarrollos científicos (“ya hay remedios disponibles”) o fatiga y saturación con mensajes preventivos. Por ello hay que asegurar

que haya una comprensión completa, precisa y al alcance de todos acerca de las formas en que la infección se contrae y cómo se puede prevenir, asegurándose de revitalizar los mensajes en forma periódica. El sexto desafío se relaciona con la dificultad práctica de modificar aquellos factores estructurales y circunstanciales que reducen la posibilidad de que las personas eviten el riesgo de exposición (es decir que aumentan su vulnerabilidad) como por ejemplo la pobreza, la dependencia económica y/o emocional, el encontrarse en estado de embriaguez (sin necesariamente ser una persona con problemas de alcoholismo), entre otros. Finalmente, es necesario mencionar el desafío que representa movilizar recursos para asegurar intervenciones preventivas eficaces, efectivas, apropiadas y sostenidas sin por ello reducir los insumos necesarios para proveer una atención de salud adecuada y de calidad a las personas que ya se encuentran infectadas.

Revista Tempus: Desde el punto de vista del acceso universal a la prevención, ¿cuáles son los caminos de la prevención que se tienen en América Latina en tanto que hablamos de epidemias concentradas?

Rafael Mazín: Es evidente que en un escenario de epidemia concentrada es necesario trabajar en forma intensa con los colectivos que se encuentran desproporcionadamente afectados. Estos colectivos, ubicados en el “epicentro” de la epidemia, llegan a tener tasas de infección 20 veces más altas que las que pueden encontrarse en la población general, lo que pone en evidencia que su riesgo es más elevado y por ello es necesario priorizar acciones entre ellos, hacia ellos y con ellos. Hay, sin embargo, que asegurar que otras

poblaciones reciban también los beneficios de acciones de prevención. Para ello hay que entender la dinámica de la epidemia y desarrollar estrategias acordes con la forma en la que el virus se disemina. Uno de los “eslabones débiles” de la respuesta a la epidemia de VIH es la falta de atención a las poblaciones y grupos que mantienen interacciones de tipo sexual, con individuos de los grupos de mayor riesgo sin ser parte de los mismos. La atención a esta “poblaciones puente” es un componente necesario en el trazado de caminos para implementar acciones de prevención en entornos con epidemias concentradas. En América Latina las acciones de prevención tienen que ser particularmente intensas entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, usuarios de drogas, personas que hacen trabajo sexual y personas transgénero. Estas son poblaciones clave tanto por la forma desproporcionada en que se encuentran afectadas como por el rol que pueden tener en el control de la epidemia. Sin embargo, hay que desarrollar estrategias de alcance dirigidas a sus parejas y a otras personas con las cuales tienen relaciones sexuales. Además, es necesario trabajar también con poblaciones que aunque se sabe que no tienen riesgo aumentado tienen, sin embargo, control limitado para evitar la exposición si esta llegara a ocurrir. Es decir, poblaciones con vulnerabilidad aumentada. Este es el caso de la población adolescente, de las personas con baja escolaridad, de un gran número de mujeres jóvenes y adultas, de refugiados o desplazados o de personas en reclusión o en situación de calle. Una intervención a la que se ha prestado poca atención es la de notificar a las parejas o contactos acerca de la existencia de infección para asegurar que tengan un diagnóstico temprano y reciban tratamiento en forma oportuna.

Revista Tempus: En su opinión, considerando los diferentes escenarios que tenemos en la región de América Latina, ¿cómo podemos fortalecer las estrategias de prevención dirigidas a las poblaciones con mayor riesgo? ¿Cómo podemos conciliar las discusiones sobre riesgo, vulnerabilidad y estrategias de prevención?

Rafael Mazín: El paso inicial es a través del desarrollo de un sentido de solidaridad social que permita comprender a los miembros de la comunidad, en todos los niveles, que los esfuerzos tienen que dirigirse contra el virus y no contra las personas y que el al mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los más desposeídos y marginalizados acarrea beneficios globales para toda la colectividad. Este sentido de solidaridad debe reforzarse con una sólida educación comunitaria en materia de derechos humanos que asegure la clara comprensión de su naturaleza inalienable y universal. La siguiente pieza en el rompecabezas es la planificación basada en argumentos de salud pública que permitan la clara comprensión de la ubicación, extensión y tendencias de la epidemia, así como de los factores que favorecen la infección con el VIH. Los datos e información obtenidos a través de vigilancia epidemiológica y estudios etnográficos constituyen el cimiento en el que se construyen estrategias apropiadas para contextos y grupos diversos. El análisis de situación mostrará que existen grupos en los que el riesgo puede controlarse a través de información y acceso a insumos para realizar dicho control. Hay, en cambio, grupos en los que a pesar del conocimiento no hay posibilidad de poner en práctica las acciones necesarias para controlar el riesgo. En el caso de estos últimos es necesario

diseñar actividades que incrementen el poder individual y le permitan a la persona tener mayor control sobre su salud, su sexualidad y su vida en general. La participación y sentido de pertenencia con grupos sociales de referencia y apoyo contribuye al desarrollo y consolidación de ese poder individual. El tratamiento de las infecciones de transmisión es una forma eficiente de reducir la eficiencia de la transmisión del VIH y debe ser un elemento omnipresente de las estrategias de prevención. La educación integral de la sexualidad es otro elemento que tampoco puede faltar en una estrategia efectiva. Cuando se intenta representar gráficamente la situación de la epidemia en la Región puede verse que hay diversos grupos y poblaciones con diversos niveles de riesgo y grados variables de vulnerabilidad. Este “mapeo” permite ver dónde hay que empeñar mayores esfuerzos. Pero siempre hay que mantener la visión amplia. Priorizar y enfocar no debe significar perder la visión periférica ni tampoco descuidar ninguna población. El beneficio de las acciones debe ser integral e inclusivo. El fin último de la salud pública es lograr bienestar para todos.

Revista Tempus: La OPS ha concentrado esfuerzos para discutir en los países plataformas que permitan la organización de servicios de salud que consideren el concepto de equidad, ¿qué tenemos en el campo de los servicios de salud para atender las demandas de la población GLBT?

Rafael Mazín: Existen dos razones fundamentales por las cuales la población GLBT tiene acceso limitado a servicios de salud. La primera se relaciona con las actitudes y comportamientos de desdén, desaprobación, rechazo y maltrato por parte del personal y los proveedores hacia

las personas del colectivo. Se describen estas actitudes y comportamientos como “homofobia”, “homonegatividad”, “transfobia”, “heterosexismo”, entre otras designaciones, las que son en esencia expresiones de prejuicio, temor, falta de empatía y absoluta y llana ignorancia. La segunda razón es la falta de competencia técnica para identificar y tratar los problemas específicos de las personas GLBT, particularmente en la esfera de su salud sexual. Los servicios de salud no pueden concebirse sin la presencia de una fuerza de trabajo competente y sensible. Por ello la OPS se encuentra realizando esfuerzos dirigidos a sensibilizar a funcionarios proveedores para fomentar respeto, empatía y solidaridad, así como para desarrollar las competencias técnicas que permitan dar respuestas apropiadas a las preocupaciones, quejas y demandas en materia de salud de toda la población, incluyendo a la población GLBT. Se encuentran en fase final de desarrollo las herramientas de sensibilización y capacitación de profesionales de salud y empleados de servicios de salud para asegurar una atención de calidad para todas las personas sin exclusión de ninguna población o grupo.

Revista Tempus: Y, para finalizar esta entrevista una última pregunta. El mes próximo en Viena, se llevará a cabo la Conferencia Mundial de Sida con el lema Derechos Aquí, Ahora. Considerando a la salud como derecho, ¿qué podemos esperar de estas discusiones en términos de acceso universal y equidad en los sistemas de salud de nuestra región?

Rafael Mazín: En varios sentidos nuestra Región se encuentra a la vanguardia en materia de acceso universal y hay grandes

expectativas por conocer más de cerca las experiencias latinoamericanas en áreas como salud sexual, acceso a tratamiento, educación sexual integral e inclusión y priorización de las llamadas “minorías sexuales” en programas locales, nacionales y regionales. Sin embargo, esto no quiere decir que los logros se hayan alcanzado y que las inequidades hayan desaparecido. Es un hecho bien conocido que en nuestra región se encuentran los más grandes desbalances en acceso a recursos y beneficios sociales de todo el planeta. La conferencia es una oportunidad para reflexionar acerca de las razones por las cuáles cuesta tanto trabajo cerrar brechas e identificar nuevas avenidas para optimizar recursos y lograr objetivos de manera efectiva. No solamente hay que re-pensar en nuevos formatos para compartir que sean menos costosos que las conferencias y congresos. También hay que buscar cómo las acciones dirigidas a grupos clave pueden tener un impacto mayor en otras áreas, por ejemplo prevención de transmisión de la madre al infante y viceversa: cómo el trabajo con mujeres gestantes infectadas puede permitirnos alcanzar poblaciones con mayor riesgo. Estoy seguro que un tema que saldrá a colación de manera repetida es la preocupación con la sostenibilidad de tratamientos a la luz de recortes presupuestarios, reducción de aportes externos, en fin: la crisis financiera global. Creo que esto servirá para redimensionar la importancia real de la prevención, no en el discurso sino en acciones concretas que permitan detener el crecimiento de la epidemia para mantener la calidad de la atención entre aquellos que ya se encuentran infectados.