

Bertha Gómez

La Epidemia de VIH en la Subregión Andina en tiempos de migraciones y desafíos económicos

Por JORGE LUIS DÍAZ R.*

pp. 125-140

La entrevistada, Bertha Gómez, es Médica Cirujana, Especialista en Administración Hospitalaria y en Bioética, con Maestría en Salud Pública y en VIH, y es candidata a Doctora en Pensamiento Complejo con énfasis en Bioética Global. Ha trabajado con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por más de quince años y fue Jefa del Programa Nacional de VIH de Colombia en el Instituto de Seguros Sociales. Experta de Onusida en la Sección de Apoyo a Países, actualmente, es la Asesora para la Subregión Andina en VIH para OPS/OMS y es la responsable de VIH, ITS y Hepatitis Virales para OPS en Colombia.

Jorge Luis Díaz R.: Para comenzar, díganos, por favor, ¿cuál es en su perspectiva la situación de la epidemia de VIH en la subregión andina en comparación con otras subregiones latinoamericanas y con el resto del mundo? ¿Nos parecemos o tenemos muchas divergencias?

Bertha Gómez: En la subregión andina la problemática comparte elementos comunes con las otras subregiones, pero tiene situaciones diferenciales. Focalizándonos en Latinoamérica, descartando la situación de Estados Unidos y Canadá, los elementos comunes se refieren a que en todos los países se tiene una epidemia concentrada en grupos clave: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, mujeres trans, personas privadas de la libertad, personas que se inyectan drogas. En la subregión andina, por el mismo asentamiento de poblaciones indígenas, se está evidenciando un incremento del VIH, lo cual debe ser estudiado con mucha mayor precisión, y también en personas que usan sustancias psicoactivas inyectables; esto, especialmente documentado en Colombia, genera preocupación porque es un fenómeno que puede afectar a toda la subregión, sobre todo por las consecuencias suficientemente conocidas que tiene para el control de la epidemia.

* Politólogo, Magíster en Planificación del Desarrollo y Candidato a Doctor en Estudios del Desarrollo (UCV). Profesor-Investigador del Área de Desarrollo y Salud del Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes-UCV.
Correo-e: jld.ucv@gmail.com

Esto en cuanto a lo epidemiológico, pero con respecto a la respuesta al VIH, encontramos algunas diferencias entre los países andinos. En primer lugar, debemos decir que en la subregión observamos una gran heterogeneidad a diferencia de otras regiones: Caribe y Centroamérica tienen una historia de trabajo conjunto muy sólido y compartido, al igual que la subregión del Cono Sur, más allá de las diferencias que pueden presentar estos países entre sí. Las respuestas nacionales a la epidemia de VIH del área andina son muy diferenciadas; un ejemplo de ello es la administración de tratamientos antirretrovirales. Venezuela y Colombia destacan por su amplia trayectoria en el suministro de este tipo de tratamientos, así como en el inicio de su distribución como medida pública, considerando, cabe destacar, las posibles consecuencias derivadas de ello, ¿cuáles son estas consecuencias? Los países con mayor trayectoria en el suministro de este tipo de tratamientos pueden presentar una mayor probabilidad de tener resistencias primarias a estos fármacos, que aquellos que no han tenido una experiencia tan amplia en su manejo y exposición, como es el caso de Ecuador y Bolivia.

Por otro lado, sobre los compromisos nacionales también encontramos divergencias. Hay países que disponen de mayores recursos para prevención. Por ejemplo, Perú tiene muy buen trabajo preventivo, cosa que no sucede en países como Venezuela. La asignación y dependencia de recursos es, de igual modo, desigual en la subregión: Colombia y Venezuela están clasificados como países que no presentan dependencia de recursos internacionales; en cambio, Ecuador y Bolivia pudieran ser considerados como medianamente dependientes, aunque es oportuno afirmar que Ecuador ha transitado de ser un país altamente dependiente a recursos externos a bajo dependiente, y Perú está siendo cada vez más independiente en el manejo de estos recursos. Esto es muy importante porque estamos observando que la sostenibilidad de la respuesta al VIH de estos países es mayor con el pasar del tiempo.

En cuanto a la información estratégica sobre VIH, se observan grandes diferencias en los países de la subregión. Tenemos países con un desenvolvimiento excelente en este aspecto, como los son Perú y Colombia, y otros muy débiles, como es el caso de Venezuela, el cual tiene un conocimiento muy escaso de su epidemia al no disponer de estudios epidemiológicos nacionales que permitan conocer la prevalencia y tendencias del fenómeno. Venezuela está a la cola de los países andinos en conocimiento de su epidemia, no por la falta de disposición de datos programáticos sino por la ausencia de datos epidemiológicos; no se dispone de estudios de prevalencia.

JLDR: Adentrándonos un poco más sobre el VIH en las poblaciones indígenas, quisiera consultar con usted las perspectivas que se tienen sobre estas poblaciones, considerando casos como el de algunas etnias que habitan en Venezuela, como los Waraos, en donde se han observado nuevos casos de VIH y que han alarmado a todos los grupos de interés

¿existe un riesgo considerable de que el VIH y también en conjunto con Tuberculosis, pueda mermar estas comunidades, sobre todo a aquellas que sean menos numerosas?

BG: Considero que eso no lo podemos aseverar en estos momentos. Lo importante ahora es conocer las realidades de esas poblaciones frente al VIH y otras infecciones, porque, sencillamente, no las conocemos. ¿Cómo sabemos que están afectadas? Porque ahora se incluyen las variables referidas a las poblaciones indígenas. Hasta hace muy poco los países no disponían de registro sobre esta problemática. Todos los países comenzaron a mostrar preocupación a partir de estudios realizados en Centroamérica y es con ello que las variables referidas a las etnias fueron consideradas en los procesos de captación de información. En este sentido, se ha visto en la subregión andina que las poblaciones indígenas han estado aumentando en el registro de casos de VIH; naturalmente, esto genera una alerta, sobre todo si consideramos las condiciones de vulnerabilidad de estas comunidades. Son poblaciones que presentan un alto grado de movilidad geográfica, especialmente de los más jóvenes a los centros urbanos en búsqueda de mejores oportunidades, por necesidad de sobrevivencia, y si consideramos la falta servicios preventivos adecuados a la diversidad cultural, que reconozcan su cosmovisión y sus necesidades, estas poblaciones se ven expuestas al VIH y otras ITS, y al retornar a sus comunidades pueden ser agentes transmisores para el resto. Por ejemplo, en Perú, en donde sí se disponen de estudios epidemiológicos al respecto, se ha encontrado una prevalencia muy alta de VIH en poblaciones indígenas.

Sabemos que hay una alerta, sabemos que debemos estudiar mucho mejor el fenómeno en estas comunidades y sabemos que cuando hay presencia de VIH, en la mayoría de los casos, como bien usted ha dicho, viene de la mano con Tuberculosis, la cual es altamente prevalente en comunidades indígenas; asimismo, sabemos que hay comunidades indígenas del área amazónica que atañen a Venezuela, Colombia y Brasil que también presentan Hepatitis B, la cual comparte las vías de transmisión del VIH y tiene una potenciación como coinfección. Todo ello, evidentemente, puede poner en riesgo de disminución a una comunidad indígena y también nos indica que este conjunto de problemáticas junto con otras amenazas, como es el desplazamiento forzado de sus zonas de habitación, de sus cultivos y demás elementos de su entorno, podrían poner en riesgo la sobrevivencia de estas poblaciones. Sin embargo, es muy temprano para prever un escenario así; lo que sí es urgente es la necesidad de aproximarnos a estas comunidades de manera responsable, respetuosa y con la ética de respetar su cosmovisión, porque no solamente es imperioso saber si están altamente afectadas, sino cómo ellas interpretan los fenómenos de la salud, sobre todo en contextos de eventos infecciosos. Hemos tenidos experiencias en las que se han realizado estudios de prevalencia sin considerar los episodios posteriores a la identificación de nuevos casos, sin preguntarse si las personas diagnosticadas serán nuevamente

aceptadas en sus comunidades o cómo serán tratadas. Entonces, hay que conocer a las poblaciones con la ética de la investigación y su rigurosidad, no solo por saber qué está sucediendo sino también para saber qué se les puede ofrecer considerando su diversidad cultural.

JLDR: Usted ha dicho algo importante sobre la cosmovisión, porque mucho de lo poco que se ha hecho en poblaciones indígenas es tratar de utilizar los mismos esquemas preventivos y de atención que se practican en poblaciones no indígenas y que no han tenido éxito, en parte porque no se adaptan, a eso que usted precisamente dice sobre la cosmovisión, al modo de vida de estas poblaciones que varía según sea la etnia. ¿Usted cree que si los Estados tienen dificultades en dar una respuesta nacional sus dificultades para dar respuesta a estas poblaciones indígenas son mayores?

BG: Claro que sí. Eso lo hemos visto en los resultados de algunas investigaciones que se han realizado en diferentes comunidades. Sabemos que no todas las comunidades indígenas aceptan que el VIH o enfermedades similares sean inherentes a sus comunidades, sino que consideran que son enfermedades que trae el blanco y que por lo tanto debe ser alejado y castigado. Sabemos que el uso de los medicamentos en estas comunidades es difícil porque no lo aceptan claramente, sino la medicina tradicional que ellos manejan la que debe ser respetada, pero sabemos que probablemente no va a ser suficiente para controlar el VIH. También sabemos que, en algunas comunidades, hay divergencias, hay pluralidad de formas de cosmovisión, como, por ejemplo, el uso de condones; en algunas comunidades indígenas puede o no aceptarse, pues tiene significados diferentes, así como la percepción de las relaciones, por ejemplo, entre personas del mismo sexo. En algunas poblaciones lo ven con naturalidad, en otras es señalado y segregado. Lo mismo pasa con la percepción de las personas *trans*. Hay comunidades que las aceptan como parte inherente a su tradición y costumbres. En cada población esta variabilidad de percepciones exige una respuesta particular y los gobiernos tienen muchas dificultades para atenderla. Si tienen dificultades para responder a la epidemia actual en ciudades grandes, igual las tienen para adaptar sus respuestas a estas comunidades indígenas que aparentemente tienen menos complejidad.

JLDR: Antes de avanzar, quisiera que comentáramos un poco sobre los temas de prevención en la región, sobre todo lo que tiene que ver con el uso del preservativo. ¿Comparten o difieren los países andinos sobre el uso del preservativo?

BG: Hay divergencias entre los países, pero hay cuestiones indirectas que nos indican algunos avances y algunos retrocesos. Por ejemplo, hay países como Colombia, que ha documentado muy bien el retroceso que ha tenido el uso del preservativo. ¿Por qué lo ha documentado muy bien? Porque ha tenido la disciplina de realizar estudios periódicos, no estrictamente con la periodicidad necesaria, pero sí con cierta periodicidad, donde unas de

las preguntas obviamente que se le hace a las poblaciones es sobre el uso del condón. Se ha observado que en algunas poblaciones ha habido un retroceso muy grande en cuanto a su uso y eso se trata de explicar por el cansancio preventivo, que se refiere a que las personas están cansadas de todas estas cosas preventivas y optan por no poner atención; también puede explicarse por las deficiencias en los programas preventivos, etcétera. Por otro lado, en Colombia y en otros países, hay poblaciones que en ciertas circunstancias no hacen uso del condón y otros países que, con ciertas deficiencias, han avanzado mucho en su uso. No se puede decir que todo el mundo lo ha dejado o que todo mundo lo usa, pero no todo ha sido malo. Hay poblaciones y circunstancias; por ejemplo, los hombres que tienen sexo con otro hombre, por lo general, no lo utilizan con su pareja habitual. La población *trans* con su cliente usa el condón, pero con su compañero habitual no. Estamos observando que hay divergencias en cuanto a su uso, pero también estamos viendo algo cuyo estudio yo estimulo y que se ha atendido poco en los países de la subregión andina por el costo que acarrea, que tiene que ver con estudiar sistemáticamente los nuevos comportamientos sexuales o no los nuevos porque algunos pueden ser antiguos, pero que estamos conociendo y están emergiendo a la luz del conocimiento, especialmente entre los muy jóvenes. En este momento tenemos identificados comportamientos como el *bareback* (práctica sexual habitual sin uso del preservativo). Una serie de comportamientos, muchos de ellos donde, a plena conciencia, los jóvenes se exponen al VIH. La mayoría de ellos son personas muy jóvenes, que lo hacen por la adrenalina, por el gusto de lo desconocido, del riesgo y en otros, la sensación de que como hay acceso al tratamiento antirretroviral entonces ya no tienen tanto inconveniente, y en otros media lo emocional. Tenemos que entender que el ser humano es un ser de emociones y de amor, digámoslo así, entendido como el que, si yo te amo y tengo que confiar en ti, eso es parte de nuestra cultura. Todo esto está sumando para que los jóvenes se expongan cada vez más y estamos encontrando que la falta de programas preventivos que respondan a las necesidades de estas poblaciones hacen, por ejemplo, que las mujeres *trans* no se quieran hacer una prueba, no quieran entrar bajo cuidado médico, porque eso, en su imaginario, va en contra de las posibilidades que tiene de armonización y feminización, o va en contra de su posibilidad de trabajo, en un momento dado, de trabajo sexual. Al saberse positivas ellas tienen miedo de verse rechazadas en el trabajo, de ser señaladas, de perder su trabajo. El estigma de la discriminación está a la orden del día. También tienen miedo de lo que pueda interferir con sus procesos de feminización, su tránsito hacia la femineidad. Esto también tiene que ver con que no se están implementando buenos y eficientes programas preventivos, sensibles a esas necesidades, considerando unos buenos procesos educativos, pues las personas se alejan de lo preventivo y toman malas decisiones; hay que informar adecuadamente con programas apropiados para cada tipo de población y para cada subgrupo. Los gobiernos,

en general —en toda Latinoamérica, pero puedo hablar con más propiedad del área andina—, abordan a la población objetivo como si fuera una sola, y sabemos que, por ejemplo, dentro de la población de hombres que tiene sexo con hombres hay subpoblaciones con diferentes características, dentro de la población trans lo mismo y para cada una de ellas es necesario hacer una aproximación. Lo prioritario es focalizar las acciones en las poblaciones y en las áreas geográficas altamente afectadas y conocer muy bien las dinámicas que pueden ser diferenciales entre ciudades, entre los mismos barrios donde habitan, entre las mismas clases sociales, etc. y hacia cada una de ellas orientar las acciones preventivas requeridas y no usar una receta mágica para todo un país, que es lo que estamos viendo en los proyectos y en las respuestas preventivas.

JLDR: He escuchado, con admiración, hablar del tema antropológico, el cual muchas veces se pierde cuando se estudia el VIH y una de las grandes preguntas que nos hacemos ahora en cuanto a la epidemia del VIH es: ¿por qué asumir el riesgo? Esto, aparte de lo respondido, se refiere a muchos factores. ¿Cómo introducimos a estas perspectivas eróticas o del conocimiento del cuerpo, la sexualidad en los temas preventivos más allá de la promoción del preservativo como una barrera? Y como usted decía, en algunos casos las trabajadoras sexuales lo usan con sus clientes, pero no con sus parejas, ¿cree usted que estos temas eróticos están tomando cuerpo en las discusiones globales o han tenido un campo más amplio que en la epidemiología clásica o tradicional?

BG: Yo creo que eso es un tema o una serie de temas que están emergiendo con mucha fuerza a nivel mundial y a nivel regional, y comienza de manera muy tímida en los países que reconocen ciertas equivocaciones en la implementación de programas preventivos; han tenido que hacerlo a la fuerza en la medida que la epidemia no la estamos controlando y que especialmente en Latinoamérica está aumentando. Veo muy incipiente entender que los programas de salud pública tienen que alejarse de los tecnicismos y comprender que estamos trabajando con seres humanos, con todo lo que le rodea, con toda su antropología, su sociología, su psicología. Y así tiene que ser abordado. Una de las circunstancias más importantes del ser humano es el placer. Durante mucho tiempo venimos con el VIH y sus programas preventivos cargando con la cruz del error, introduciendo miedo, y no reconocemos el derecho del ser humano a la toma de decisiones placenteras y a disfrutar del placer. Si nosotros como salud pública, no solo como seres humanos, no entendemos que no se trata de estar en contra de vivir el placer a plenitud, y dejamos de creer que con un mensaje educativo entre comillas, que funde miedo, basado en la desconfianza en el otro ser humano, podamos prevenir eso, no tendremos éxito. Ya hay semillas en los países, ya hay llamados de atención desde niveles supranacionales dirigidos a la necesidad de que conocerse es lo primero. Eso lo estoy diciendo en todas partes. La salud pública de hace 40 años en Alma Ata hizo un llamado renovado, digámoslo así, de que el ser humano

es el centro de la respuesta. ¿Pero qué quiere decir entender al ser humano como el centro de la respuesta? Creo que es la mayor pregunta que nos tenemos que hacer todos. Qué quiere decir que el ser humano está en el centro, qué significa eso para una respuesta en salud pública. Para mí la respuesta es la consideración de que se está trabajando con seres humanos y que las dimensiones de ese ser humano son múltiples y variadas, y que muchas de estas dimensiones tienen raíces muy profundas como tú bien lo dices, en la antropología y en la sociología de estas comunidades. Si no se parte de aprovechar la fuerza de estas evidencias para incorporar mensajes significativos que no conduzcan al miedo ni al terror ni al castigo, ni a nada parecido, sino todo lo contrario, que permitan la expresión absoluta del ser humano y la posibilidad de que en ese marco estas personas puedan tomar decisiones que les resulten placenteras, si no logramos eso, no vamos tampoco a conseguir controlar la epidemia. Y eso es lo que está pasando, se está llamando a los países, en este caso Colombia (también sucede en Perú), a realizar trabajos centrados en las comunidades y que sean estas mismas con sus servicios comunitarios las que estén respondiendo a esto. Creo que esto ya comenzó a cambiar, pero ha sido basado en el reconocimiento de un fracaso; en lo que hemos venido haciendo hay cosas buenas y malas, pero tenemos que reconocer que no lo estamos logrando con lo que estamos haciendo hasta ahora. Y creo que en el marco que tú has tocado, el reconocimiento del placer como un derecho del ser humano, es que podemos responder a las necesidades de este.

JLDR: ¿Cuál es su perspectiva de las respuestas a la epidemia para la subregión para la próxima década?

BG: Lo primero es que tenemos que despertarnos y cuestionarnos profundamente sobre lo que estamos haciendo, especialmente a nivel preventivo; examinar nuestras estrategias profundamente, porque si no lo hacemos rápido vamos a perder la batalla; no la hemos perdido aún, pero vamos hacia eso. Tenemos que despertar rápidamente y ser muchísimo más críticos y analistas de las respuestas preventivas que estamos haciendo; ese es un primer gran componente. Para ello, ¿qué es necesario hacer? Antes que nada, acercarnos a las verdaderas realidades, poner al ser humano en el centro de la respuesta de la salud pública conociendo cuáles son sus vivencias, cuáles son sus determinantes y cómo debemos responder a ellos de forma integral. Olvidarnos de las respuestas paralelas en donde una institución entrega condones, otra educación, otra se ocupa del consumo de drogas en los jóvenes y otra verá el maltrato infantil, y nunca esas estrategias confluyen para generar un verdadero cambio integral. Tenemos una urgencia, una deuda y de esta forma no vamos a poder con esta epidemia; vamos a perder. Además de ese componente preventivo hay algo más de lo que no hemos hablado que es el componente de atención-diagnóstico. ¿Por qué es tan importante que nos acerquemos a este? Por una sola razón, con la atención-diagnóstico no solamente estamos preservando la vida y la calidad de

vida de las personas que hoy están infectadas o están siendo infectadas en sí mismas, sino que además por ahí podemos cortar la cadena de transmisión, sabemos que es una estrategia potentísima, si nosotros tenemos unos buenos ciudadanos, bien controlados en lo virológico, no serán agentes transmisores; es una estrategia muy potente.

Sin embargo, creo que habría que tocar el tema de la calidad de los servicios y la calidad del seguimiento que muchas de las instituciones de nuestros países hacen y con algo mucho más transversal, como es el manejo y las intervenciones que se están haciendo sobre el estigma y la discriminación. Todos hablamos de ello y yo pregunto ¿y eso qué significa exactamente? ¿Qué es lo que estamos haciendo en las instituciones, no las que atienden en el caso del VIH, sino todo el resto que se constituye en una barrera para que la persona llegue a un diagnóstico? Esa es la primera enorme barrera. Cuando se va al territorio, a las localidades alejadas de las capitales, se encuentra un gigantesco nivel de estigma y discriminación por desinformación, por falta de programas educativos y de intervenciones para la reducción de ambos. Es increíble, yo siento que estamos en la época de los noventa.

JLDR: Quisiera tocar un tema muy importante que tiene que ver con el tratamiento. Hay una campaña denominada I=I (indetectable es igual a intransmisible), que se ha visto con mucha reserva por eso que usted precisamente dice, por la desinformación. Hay muchos estigmas existentes, como considerar que las personas con VIH no deben tener una vida sexual placentera y muy poco se habla en materia educativa que una persona con una carga indetectable o suprimida tiene un bajo riesgo de transmisión. ¿Qué es lo que usted cree que está pasando al respecto? Hay un fuerte grupo de la sociedad civil, sobre todo en países como los EEUU y de Europa que están apoyando esta campaña, pero cuando se ve hacia América Latina y, en este caso, a la subregión andina, muy poco se habla de esto.

BG: Casi todas las respuestas respecto al VIH en América Latina son atribuibles a la disponibilidad de recursos, a su uso no focalizado y están acompañadas de estrategias educativas muy débiles. Se cree que las estrategias educativas solo son útiles como acciones preventivas en el sentido tradicional de la palabra; es decir, la educación para el cambio de comportamiento, para el uso de condones, etcétera, y se cree que cuando la persona accede al diagnóstico, también accede al tratamiento. La mayoría de los países ha hecho un gran esfuerzo por una atención general, hasta donde eso es posible. En la subregión andina, hay un acceso universal a todo al que sea diagnosticado y se cree que ya con eso es suficiente; nunca se ha pensado que los programas de tratamiento requieren además un marco de venta de su imagen, de programas educativos y de comunicación que muestren sus enormes beneficios. Esto ha quedado relegado a un segundo plano. Se piensa que el fin es lograr tener los retrovirales, pero la pregunta que tú haces es magnífica: siendo esto tan potente como prevención ¿por qué no se le da esa visibilidad, esa potencia comunicacional? Creo que ello es así porque se puso el acento en los antirretrovirales y se pensó

que así ya estaba cumplida la tarea. Pero cuando vemos que existen muchas brechas en la detectabilidad y todas las cascadas de nuestros países muestran como hay una brecha muy grande en la indetectabilidad, eso está hablando sobre la calidad de los servicios de atención. No se tiene claro el impacto que puede tener la indetectabilidad, no solo sobre la calidad de vida de las personas, sino también sobre la transmisión. No se ha visto el potencial comunicativo para todos los programas, entonces se ve como algo ya logrado. No nos cuestionamos claramente sobre la calidad de lo que se está prestando en los servicios de adherencia frente al logro de esta indetectabilidad. Todos están lejos de ser el ideal.

JLDR: Eso está conectado con un punto que usted promociona muchísimo y que yo también estoy de acuerdo que es el uso del Prep (Profilaxis Pre Exposición al VIH) como una estrategia novedosa, considerando todas las debilidades que tenemos en cuanto a los otros mecanismos de prevención. ¿Por qué en nuestras sociedades poco se habla del Prep? Si se le pregunta a las personas que se consideran poblaciones clave, uno se percata que no conocen el Prep ni sus beneficios y, obviamente, no es accesible en todos los países de la región. ¿Qué cree usted que está sucediendo en cuanto al Prep que se habla muy poco sobre sus beneficios?

BG: Hay dos aristas de esa situación del Prep. El Prep como tecnología, desde lo científico, ya no presenta dudas: su impacto, beneficios, relación costo beneficio, etcétera, están demostrados suficientemente en el mundo. Sin embargo, creo que el hecho de no haber sido implementada como debió ocurrir en todos los países tiene muchísimo que ver con la valoración moral de esta tecnología. Muchos países ya están firmemente encaminados y ya casi que hay un acuerdo regional en que hay que avanzar en este sentido, pero digo que creo que el problema es la valoración moral de esta tecnología y diría que hay también otras dos tecnologías que han suscitado más o menos una igual reacción social, que son la eutanasia y el aborto. Esta es la tercera tecnología que está suscitando esta reacción moral ¿por qué? Porque el Prep tiene unas indicaciones muy claras. ¿Cuál es la indicación del Prep? las personas que estén en riesgo sustancial evidente de adquirir el VIH. Pero resulta que cuando se observa cuál es esa población que se supone que está en un riesgo sustancial surgen los juicios. Por ejemplo, están todas las personas de poblaciones clave que, de hecho, solo por ser poblaciones clave están altamente estigmatizadas: un *trans*, un hombre que tiene sexo con otro hombre, una mujer trabajadora sexual, etcétera. Cualquier persona que esté en riesgo sustancial por el solo hecho de pertenecer o estar incluida dentro de un grupo clave ya está altamente estigmatizada. Pero si además estamos diciendo que ese riesgo sustancial puede estar en el no uso del condón, entonces volvemos a la antropología y a la sociología de todas estas situaciones: la historia de que esa persona es culpable de no querer usar condón, es decir, que pudiendo utilizarlo como una decisión propia optó por la decisión errada, por lo que es culpable de su situación y

por lo tanto debe ser «castigada por ello». Toda persona que no desea usar el condón o que pertenezca a un mundo que no es aceptable moralmente por todos nosotros, ¿por qué habría que suministrarle un medicamento que tiende a subsanar estas irresponsabilidades o estos comportamientos no socialmente aceptados? Y mucho peor si esto se va a financiar con fondos públicos. Es decir, ¿cómo puede ser aceptable que del bolsillo de los contribuyentes se pueda administrar un medicamento para esa gente «irresponsable», «promiscua», y demás términos de juicio moral que puedan existir?. Esa es la gran barrera del Prep, la cultura, las valoraciones morales sobre la sexualidad.

Esto es una tecnología que despierta todos esos errores conceptuales y errores morales en la población en general, en ciertos tomadores de decisiones, en grupos especiales que sabemos que han estado, históricamente, en contra de todo esto. Por esa razón, creo que muchos gobiernos han sentido que deben ser cautos, que deben mirar esto primero con ojos de sospecha, antes de decidir dar mayor expansión a este tipo de estrategias. Hay otro error muy grande de por qué no se ha avanzado más en dar a conocer el Prep: muchos gobiernos piensan que esto puede consumir muchos recursos y al tener unos recursos limitados para los pacientes que hoy están tratando y los que esperan tratar, se preguntan cómo podrían aumentar esos recursos a fin de dirigirlos a otros que ni siquiera viven con el virus. Esto genera un miedo en las decisiones de los países y de los gobiernos, aunque, naturalmente, sea preferible dar Prep a tener que seguir tratando un número cada vez más mayor de personas con VIH. Son medidas a largo plazo, son medidas de Estado no de gobierno. Decisiones que tienen que provenir de mirar más con ojo de estadista que con ojo de gobierno y los nuestros suelen ser muy mediatistas.

JLDR: Entremos ahora en un tema del momento, referido a los recientes flujos migratorios de personas con VIH provenientes de Venezuela. Sabemos que es un tema álgido para la subregión andina, en parte porque la respuesta de los países andinos no era suficientemente óptima y ahora debemos agregarle una población migrante importante con VIH. ¿Cómo ha influido la crisis migratoria en el comportamiento de la epidemia en la región andina? ¿Desde su perspectiva cuáles son los países más afectados y cuáles han sobrellevado todo lo que ha estado sucediendo?

BG: Hay algo que quisiera aclarar sobre este tema desde un comienzo. Escucho mucho que la migración, especialmente la migración venezolana (hay migración de muchos países, tampoco es que es la única, pero por los volúmenes nos vamos a referir a esa), es la culpable de los problemas con el VIH en todos los países de la región. Si algo hay que tener claro es que la migración venezolana no es la culpable, de ninguna manera, de las epidemias de VIH de los otros países andinos. Ciertamente estamos ante una realidad que es que las personas migrantes y más las migrantes irregulares, por su situación de pobreza, están en una situación de mayor vulnerabilidad, porque muy probablemente no tienen acceso

a los servicios ni programas preventivos, ni a los condones y están más expuestas a las cuestiones de violencia que rodean toda esta situación, a la trata de personas, a la violencia de género, entre otros problemas. Entonces, son poblaciones extremadamente vulnerables donde obviamente una situación como el VIH, que llega o que está presente, es un terreno perfectamente abonado para que esto sea mucho peor. Lo primero es que no tenemos que ver a la población migrante como la amenaza: no podemos protegernos de ellos, sino que tenemos más bien nosotros que protegerlos como seres muy vulnerables, dándoles el mayor acceso posible a las acciones que cada país considere posible. Acciones preventivas, de protección social, de aseguramiento de la no violencia, y no con barreras basadas en la xenofobia. La situación de Venezuela, con un acceso intermitente, no continuo a los medicamentos antirretrovirales, a los exámenes de laboratorio, etcétera, empuja a muchas de las personas afectadas a salir del país buscando obtener tratamiento. Esto obviamente ha incrementado el número de personas provenientes de Venezuela que ha llegado a Colombia, que es la primera puerta de ingreso de los hermanos venezolanos. Pero no es un incremento, lo tengo absolutamente claro, que vaya a afectar como tal la epidemiología del país. Si se tienen 100, 200 o 300 casos venezolanos frente a 13 mil casos nuevos diagnosticados en el país cada año, pues me parece un número absolutamente irrisorio como para considerarlo el gran factor de cambio de la epidemia. Pero, obviamente, tenemos que hacer dos consideraciones. Una es que toda la población migrante, especialmente la irregular, y precisamente por su elevada condición de vulnerabilidad, se convierte en terreno fértil para la expansión de la epidemia hacia la población que la recibe y la acoge. Eso, por un lado, crea terrenos fértiles de violación de derechos humanos independientemente de que no deben permitirse ni darse. Se crean terrenos fértiles no solo para la propagación del VIH sino además de todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) y para que las violencias se expandan, pero nunca por culpa del migrante. Eso hay que dejarlo muy claro. Eso por un lado, y, por el otro, hay que tener los ojos bien puestos en que los esquemas de tratamiento para las personas provenientes de Venezuela con infección de VIH; tienen que ser analizados muy cuidadosamente porque sabemos que allí ha habido una fluctuación de los tratamientos que podrían hacer que la probabilidad de resistencia de esa población sea mucho mayor y si no se hace un manejo adecuado podría ser mucho peor. También hay que tener los ojos bien abiertos a las posibilidades de transmisión de las resistencias en su entorno. Entonces, creo que es una mirada especial, no para marcar, no para señalar sino para tener en cuenta y ayudar a los hermanos venezolanos en esas circunstancias.

JLDR: Hay una hipótesis que está cobrando fuerza, muchas veces irresponsable, en los medios de comunicación referida a que por la vía del trabajo sexual pueda haber o ha habido un incremento del VIH en razón de la llegada de venezolanos. ¿Qué le podemos decir a estos sectores?

BG: Esos comentarios me parecen xenófobos, fuera de lugar y que desconocen la realidad. En primer lugar, podemos pensar que es cierto que el trabajo sexual especialmente en mujeres provenientes de Venezuela se haya incrementado y lo podemos entender por una razón de necesidad, eso es comprensible, pero un trabajo sexual hecho en las condiciones correctas tiene que ser un trabajo protegido, tiene que ser un trabajo hecho con todas las garantías de seguridad. ¿Entonces qué sucede? En estas condiciones de vulnerabilidad, al no encontrar una opción laboral que le permita su sobrevivencia y la de su familia, muchas veces los migrantes caen en redes de trata de personas como única opción de sobrevivencia. Tenemos documentado que la prevalencia de las trabajadoras sexuales, por ejemplo en Colombia, es casi igual a la de la población general. El meollo del asunto no radica en una determinada nacionalidad, sino que cualquier mujer que esté en un trabajo sexual tiene derecho a tener todos los insumos a mano para proteger su vida y proteger también a su cliente. Me parece que la forma de contrarrestar esto debe ser presentando argumentaciones sólidas y demostrando que la llegada de migrantes no tiene nada que ver con como se mueve una epidemia. Con lo que tiene que ver es con el no acceso a programas y actividades preventivas que reconozcan su dignidad humana, sus derechos humanos, sus condiciones; que tales programas lleguen a ellos de manera adecuada a estas circunstancias. Y cuando hablamos de programas preventivos hablamos de prevención combinada, que es el gran déficit actual; que no es solamente el acceso al condón, no solo el acceso a programas educativos, es también la cuestión de la violencia, es también la disminución de la pobreza, es todo lo estructural que rodea a la prevención, también están las intervenciones estructurales, entre otras, el acceso a servicios de salud. No es solamente darles el condón y hacerles pruebas de VIH a los trabajadores sexuales, es tener la posibilidad de acceder como seres humanos a sus derechos humanos.

JLDR: Hemos visto medidas disímiles en los países andinos en cuanto a la atención de venezolanos con VIH. ¿Cómo usted ve esta dinámica? ¿Dónde podemos observar mayores ventajas y en dónde podemos ver más barreras para la atención de migrantes con VIH?

BG: La respuesta en cuanto a servicios de atención y especialmente a tratamientos antirretrovirales ha sido muy heterogénea en los países. Tenemos países que han dado acceso universal como Perú, Chile y Ecuador. Últimamente estas respuestas han sido mas restrictivas, al tratar de no permitir el ingreso a personas que no tengan un estatus de mayor regularidad como pasaporte o permisos de trabajo, pues sabemos que hay muchas en estas circunstancias y han tratado de cerrar estas posibilidades. Sabemos también que hay países como Colombia donde la estructura del sistema de salud no permite que una persona que no esté asegurada pueda tener acceso; pero el sistema de salud colombiano si cubre cuestiones preventivas a cualquier tipo de población, no importando su situación de regularidad o no, pero no permite el acceso a tratamientos antirretrovirales. Sin embargo,

ya contamos con nuevas posibilidades, pues tenemos una organización internacional que está proveyendo en Cúcuta y lo va a extender a otras ciudades del país y el Fondo Mundial para la Tuberculosis, Malaria y VIH le ha pedido a Colombia que presente un proyecto para ver cómo ayuda con medicamentos y atención a personas irregulares. Es decir, que muchas puertas se están abriendo en este sentido, y creo que muy cercanamente las personas que estén yendo a Colombia como personas migrantes con VIH van a tener el acceso a sus tratamientos. Esto es una luz de esperanza.

Para resumir, entre 2017 y 2018, los países de la región tuvieron una amplia apertura para los migrantes, independientemente de su estado de salud, y una vez en el país, conocido su diagnóstico, tenían pleno acceso a todos los servicios de salud, igual que las personas naturales; son los casos de Chile, Perú, Brasil y de otros países más restrictivos como Colombia, derivado de la estructura de su sistema de salud por aseguramiento. Pero eso, con el paso del tiempo y el número de migrantes ha llevado a que todos los países tomen medidas restrictivas de ingreso, exigiéndoles una serie de condiciones que sabemos que los migrantes no están en posibilidades de cumplir. No obstante, se están abriendo las puertas, por lo menos en VIH, para que los migrantes, independientemente de sus condiciones de regularidad o no, puedan recibir los tratamientos de manera amplia y efectiva.

JLDR: Se sabe que el referido Fondo Mundial para la Tuberculosis, Malaria y VIH va a financiar parte de los tratamientos antirretrovirales en Venezuela, pero todavía no está claro cuál sería el procedimiento y la situación al día de hoy es dramática para las personas que viven con VIH en este país. Desde su perspectiva y de la información que pueda tener ¿cómo ve la situación de las personas que hoy aún viven en Venezuela con VIH?

BG: Creo que el panorama va a mejorar mucho. Soy testigo de que el gobierno y el programa de VIH están haciendo esfuerzos mirando cómo puede ser la mejor manera de responder a esto, pero también hay mucho movimiento internacional, como tú mismo has dicho, del Fondo Mundial para asignar recursos para que los tratamientos se puedan dar. Tuvimos una misión de la OPS en meses recientes en Venezuela en donde se analizó, junto con el gobierno, toda esta situación y las posibilidades de apoyo del Fondo Mundial. Hay que entender que hay una complejidad y es que al haber tenido tratamientos intermitentes los pacientes tendrán que ser reiniciados, los que han tenido que suspender o cambiar sus esquemas, los que han tenido múltiples cambios, y habrá que ponerlos en uno, esto implica que habrá que valorar los casos y las situaciones específicas de cada persona. Habrá que tener claro qué tipos de esquemas se pueden adquirir en el país. Esto ya se ha acordado con las instancias nacionales responsables y con el gobierno. Hay que hacer un plan que llamamos de migración, de los esquemas antirretrovirales que se venían haciendo, a los nuevos esquemas que se recomiendan y que sabemos que serán efectivos para los casos en Venezuela. Esto es un proceso que por más que se quiera no se puede acelerar, pero sí

tengo esperanzas de que esto va a mejorar mucho por los apoyos internacionales y por el esfuerzo, que a pesar de todas las complicaciones de la parte económica, está haciendo el gobierno. Hay mucho esfuerzo internacional que va a llegar de manera estructurada y formal al país para que esto mejore. Estoy segura.

JLDR: Yo también lo estoy. En gran parte de lo que las organizaciones internacionales han realizado —uno de los protagonistas ha sido la OMS /OPS— con las visitas técnicas no solo a Venezuela sino también a los países en donde ha habido restricciones importantes, hay que reconocer los esfuerzos de las organizaciones de la sociedad civil. El hecho de que el Fondo Mundial accediera a ayudar a Venezuela se debe, en gran medida, a las presiones de las organizaciones sociales venezolanas y extranjeras, en especial de organizaciones como Acción Ciudadana contra el Sida (Acssi), la Red Venezolana de Gente Positiva (RGP+), Acción Solidaria (Acsol), StopVIH, Icaso, entre otras. Seguimos viendo que en VIH la fuerza de las organizaciones sociales es fundamental para el tema de emergencia. Siempre la colectividad tiene que presionar para lograr la efectividad de las acciones. Afortunadamente, yo con usted pienso que el panorama puede mejorar. Mi preocupación es cuánto tiempo puede tardar esto.

BG: Los procesos no son rápidos, uno quisiera que el proceso mental fuera a la misma velocidad que el proceso real. Porque todo el mundo es consciente —y lo que tú dices es muy cierto— de que la presión social fuera del país y especialmente desde el Fondo Mundial ha sido enorme para tomar este tipo de decisiones, y eso hay que reconocerlo. Pero yo digo que esta no ha sido la primera vez. Si uno mira la historia del VIH, en la gran mayoría de los países, las respuestas se iniciaron no por voluntad de las autoridades, sino por la presión de la sociedad civil. Sabemos también que una respuesta a una epidemia y más una epidemia que involucra cuestiones que tienen que ver con el comportamiento, nunca se podrá dar sin las comunidades, bien sea para ejercer presión o para acompañar las respuestas adecuadas. Me parece que ese reconocimiento tuyo es maravilloso y, como te digo, hay que reconocer también que para responder a situaciones de emergencia complejas como es esta que está viviendo Venezuela, con grandes problemas, las soluciones han de ser igualmente complejas.

Yo no soy una defensora de lo que sucede actualmente en Venezuela, para nada, pero es un problema cuando hay tantos problemas, pues uno espera que el suyo sea solucionado, pero resulta que ese está inmerso en un millón de problemas que muchas veces son muchos más graves y más estructurales. Nosotros nos preguntamos mucho, por ejemplo, sobre el problema estructural de los servicios de salud; es decir, Venezuela informó que alrededor de 70.000 personas están en tratamiento con antirretrovirales. Atender ese volumen implica tener una existencia de servicios de salud robustos que permitan dinamizar no solo la entrega del tratamiento, sino también el acompañamiento de la adherencia,

de la vigilancia, la consulta, la educación todo lo que eso implica. Y por supuesto que así mismo sabemos que la pérdida en recursos humanos que ha tenido el sistema de salud venezolano es también muy importante. ¿Qué quiere decir esto? Hay que comenzar a involucrar nuevos actores en este caso, por ejemplo, a los médicos integrales comunitarios, muy rápidamente para fortalecer la capacidad del sistema de salud que está mermado por la migración del recurso humano especializado, como médicos especialistas y enfermeras. La pregunta central es ¿quién va a realizar la atención y con qué capacidad se van a atender a las 70 mil personas con las complejidades que ello representa?, ¿cómo se hace para que los que ya estén diagnosticados puedan tener acceso inmediato a los tratamientos y sean atendidos? Son problemas estructurales que no se resuelven solo con la nacionalización de los medicamentos; hay que considerar también el cómo se van a distribuir, a quién, con qué capacidad, quién lo va a entregar, quién va evaluar a todas esas personas, con qué capacidad se harán los exámenes de laboratorio. Hay que darle una mirada integral y estructural al funcionamiento de los servicios del sistema de salud. Es estructural, no funcional.

JLDR: Ya para finalizar, ¿cuál sería su mensaje o recomendación para los gobiernos, los organismos internacionales, las comunidades, organizaciones sociales, ya que todos tienen una participación importante en la respuesta, de cara a los retos que tenemos en la actualidad y lo que nos espera en el futuro? Una respuesta para ser efectiva debe ser integral.

BG: El principal mensaje es que dejemos de pensar como individualidades y de estar compitiendo para ver quién es el mejor. Tenemos unas respuestas tipo galerías donde un gobierno, el ministerio, una ONG, el proyecto del Fondo Mundial y todos los demás actores, cada uno pinta su cuadro, cada uno ve su realidad, cada uno quiere hacer lo mejor posible, con la mejor intención. Creo que la respuesta actual, y sería mi mensaje, es dejar de pensar que somos una galería de cuadros por más bellos que nos pintemos. Somos un rompecabezas ¿y que tiene de especial este rompecabezas? Primero, el rompecabezas forma una sola figura, que está conformada por una serie de partes y ¿qué característica tiene cada parte? Que es sinérgica con las demás, no se puede formar parte de un rompecabezas con figuras redondeadas, si es un cuadrado tienes que tener partes sinérgicas, no puedes tener partes redondeadas si no calzan con las otras partes. ¿Qué quiere decir esto? Que como parte del rompecabezas nadie es más o menos importante que los otros, porque un rompecabezas se tiene que armar con todas las piezas. Cada uno de nosotros, como persona, como institución es una pequeña pieza de ese rompecabezas, por lo tanto, si cada uno de nosotros no cumple a cabalidad todas sus funciones, si yo como un pedazo de ese rompecabezas estoy roto, ese rompecabezas se desdibuja. Cada uno es una parte esencial de ese rompecabezas y así debe sentirse. Las respuestas de una institución, de un gobierno, deben estar en armonía con el resto de las respuestas de otros actores. Lo más importante

es que todos partamos del discurso de todos, porque es la respuesta de todos. Cada uno de los aportes pesa igual que los otros, las respuestas tienen que ser sinérgicas, deben estar acopladas con la de los otros, colocar al ser humano como el centro de nuestras acciones. Todos debemos preguntarnos cuáles son nuestras posibilidades de dar apoyo y respuestas a esta situación. Siempre hago la misma pregunta ¿usted qué hizo ayer como ser humano para ser más potente con la epidemia del VIH? Eso cada institución debe responderse.