



El precio real de la pobreza

Eleanor Turnbull

Cuando el VIH ataca en una unidad doméstica el estrés psicológico y financiero es aplastante. En la mayoría de los casos, en lugares como el África subsahariana donde el VIH ataca a más de un padre o familiar, las reservas domésticas se erosionan rápidamente mientras que, los que mantienen a la unidad doméstica se enferman o están forzados a permanecer en sus casas y transformarse en cuidadores. Esta unión frecuente de enfermedad y muerte empuja a las unidades domésticas hacia un constante empobrecimiento, que culmina en una reducida cantidad y calidad de comida disponible, retirando a los niños de las escuelas y la renuncia a un acceso vital de asistencias sanitarias. Esto sucede en primer lugar dado que en la mayoría de los países africanos el acceso a los servicios médicos está solamente reservado a empleados de los sectores públicos y privados; no existe un sistema nacional de salud para los frecuentemente pobres y más vulnerables trabajadores informales o rurales que representan a más del 90% de la fuerza trabajadora del África. Como tales dependen enteramente de si mismos para proveerse protecciones sociales y financieras que respondan a sus necesidades médicas.¹

En muchos casos una enfermedad crónica, tal como el VIH, no causa pobreza, solamente la exagera iniciando un círculo vicioso entre empobrecimiento y enfermedad a largo plazo o muerte del principal mantenedor de la unidad doméstica. Múltiples gastos médicos en combinación con un ingreso reducido significa que bienes productivos tales como la tierra, los animales o el capital fijo debe ser vendido. Esto deja a la unidad doméstica en un estado de intensa vulnerabilidad, dado que tienen recursos limitados o trabajo remanente para ganar dinero. Para los restantes miembros de la familia las probabilidades de contraer VIH en el futuro son altas, en el momento que están forzados a estar en situaciones de extremo riesgo para ganar dinero para cubrir los gastos de la unidad doméstica.² Las mujeres y los niños que comprenden el riesgo del Sida, pueden, dado por su desesperación económica, rehusarse a utilizar condones durante la relación sexual si hay en retorno una mayor retribución en dinero, comida u otros elementos de supervivencia. En un reporte reciente de Human Rights Watch (diciembre 2003) que se titulaba: "Parálisis de políticas: Un llamado a la acción sobre los abusos de los derechos humanos en mujeres y niñas con VIH/ Sida en África" se citaba a una niña de Kenia que decía: "Tal vez me tendré que prostituir y entonces sabré que tendré VIH y moriré; me gustaría tener un negocio de verdad, pero no es fácil".³ Además los hombres se verán forzados a migrar hacia la ciudad o comenzar un trabajo de

¹ <http://www.ilo.org/public/english/region/afpro/abidjan/publ/ilo8/social7.pdf>

² Donahue, Jill. 1998. Community-Based Economic Support for Households Affected by HIV/AIDS, Discussion Paper on HIV/AIDS Care and Support No. 6. Arlington, VA: Health Technical Services (HTS) Project for USAID.

³ <http://www.hrw.org/reports/2003/africa1203/1.htm>

extremo riesgo, como manejado camiones o trabajando en minas, en donde la soledad y los peligros del trabajo infundan una normalidad en los comportamientos sexuales riesgosos. El empeoramiento de la pobreza a lo largo de una comunidad también puede afectar la cohesión de la estructura social, debilitando las restricciones tradicionales acerca de la promiscuidad.

A lo largo de los últimos 5 años hubo disminuciones significantes en el costo de la terapia de antiretrovirales (TAR) y un incremento en el compromiso internacional para hacerlo ampliamente accesible a países en vías de desarrollo. Esto llevó a un incremento significativo en la disponibilidad de TAR en muchos países africanos. A pesar de esto, es notable que la pobreza y los servicios de salud limitados impiden que muchas personas VIH positivas mantengan niveles altos de adherencia (por lo menos un 95%) que se requiere para impedir la resistencia a la droga y permitir un resultado positivo del tratamiento.⁴ Aunque ahora en muchos países en el África subsahariana se entregan TAR sin cargo, los múltiples costos y los obstáculos involucrados con el acceso al tratamiento, como sueldos gastados en visitas frecuentes a la clínica, costos de transporte, honorarios de usuario y hambre, minan las intenciones de los pacientes que se sienten altamente motivados a tomar TAR como les fue prescrito.⁵

Esta fuerte correlación entre el VIH y la pobreza también es apoyada fuertemente por el círculo vicioso entre malnutrición y VIH. Una dieta insuficiente lleva a una deficiencia inmunológica, que empeora los efectos del VIH e incrementa la progresión hacia el Sida, aunque se esté tomando TAR, la infección de VIH cambia el metabolismo y reduce la reabsorción de alimentos; un paciente de VIH asintomático requiere un 10% más de energía que una persona sana sin VIH de la misma edad, sexo, nivel de actividad física, mientras que un paciente con VIH sintomático requiere un 20-30% más.⁶ Tres cuartos de los participantes de un estudio en Ruanda declararon que el mayor obstáculo a la adherencia al tratamiento es el miedo a desarrollar un apetito demasiado fuerte resultante de la ingesta de las drogas, pero no ser capaz de proveerse suficiente comida.⁷

Mientras que más jóvenes y padres se enferman y mueren de enfermedades relacionadas con VIH, el número de huérfanos y niños vulnerables se multiplican. La alta prevalencia de mujeres VIH seropositivas embarazadas en países del África subsahariana, como Kenia (16%) y Zambia (24%), significa que, en la ausencia de quimioterapia de VIH contra la transmisión de la madre al hijo, aproximadamente uno de cada diez niños nacidos estará infectado. Según un estudio reciente del United Nations Children's Fund (UNICEF) un 15 a 20 por ciento de infecciones de VIH en infantes suceden durante el embarazo, 50 por ciento durante el trabajo de parto y el parto, mientras que amamantar suma un adicional 10 a 30 por ciento.⁸

⁴ *AIDS care programme in rural Uganda Home based ART programme overcomes economic barriers to accessing treatment and care* Weidle, P.; Wamai, N.; Solberb, P.; Liechty, C.; et al / *The Lancet* , 2006

⁵ Hardon, A.; Davey, S.; Gerrits, T.; Hodgkin, C.; et al **From access to adherence: the challenges of antiretroviral treatment.**

Antiretroviral treatment failure due to lack of patient support. World Health Organization (WHO) , 2006 Qualitative findings from three WHO- supported country studies (Botswana, Tanzania, and Uganda)

⁶ FAO/WHO. **Living well with HIV/AIDS:** A manual on nutritional care and support for people living with HIV and AIDS. FAO/WHO, Rome, 2002.

⁷ Samuels, F.; Simon, S. **Food, nutrition and HIV: what's next?** Food and nutrition security are essential components of an HIV/AIDS prevention and treatment strategy. Overseas Development Institute (ODI) , 2006

⁸ ETHIOPIA: **Poverty threatens efforts to stop mother-to-child HIV transmission.** ADDIS ABABA, 28 Apr 2006. Integrated Regional Information Networks PlusNews The HIV/AIDS News Service. <http://www.plusnews.org/pnprint.asp?ReportID=5907>

El Tratamiento de Prevención Nacional de Madre-a-hijo (PMTCT) que focaliza en gran parte en la difusión del Nevirapine, una droga antiretroviral que puede reducir los riesgos de una infección madre-hijo en un 40 por ciento, ahora se encuentra en muchos países a lo largo de África. El acceso a estas simples intervenciones se está incrementando significativamente, pero UNAIDS reportó que el número total de mujeres embarazadas en Malawi que accedieron a los servicios del PMTCT en el año 2006 aún era sólo el 3 por ciento de las mujeres necesitadas de este tratamiento; en Malawi un estimado de 30.000 bebés nacen con VIH positivo todos los años.⁹ Además familias muy pobres tienen generalmente muy bajo autoestima y poco reconocimiento en sus comunidades, teniendo, por lo tanto, un escaso poder de negociación y pocas ventajas organizacionales para nivelar el cuidado que reciben y así acceder a los limitados servicios del PMTCT.

Los programas PMTCT les aconsejan a las mujeres VIH positivas que encuentren reemplazos para la leche materna y así poder disminuir el riesgo de transmitir el VIH a sus hijos a través del amamantamiento. A pesar de esto, en muchos países africanos como Etiopía donde partes sufren de carencias alimenticias crónicas, muy a menudo las fuentes alternativas de alimentos no están disponibles.¹⁰ Adicionalmente, en lugares en que el agua potable es accesible, el costo de la leche en polvo local excede normalmente el ingreso de la unidad doméstica.

La pobreza exacerbada por la infección de VIH en una gran cantidad de unidades domésticas del África subsahariana, por trabajos perdidos y gastos necesarios, lleva a que los niños, estén infectados o no, se encuentren en riesgo por cuestiones sociales y económicas como: vivir sin techo, educación restringida, falta de acceso al sistema de salud y mayor susceptibilidad a la malnutrición. En el tiempo que estos niños tardan en llegar a la adultez, son vulnerables debido a consecuencias tales como la infección de VIH, el analfabetismo, el trabajo de menores, la explotación y el desempleo. El problema de mayor preocupación a largo plazo es probablemente, que los niños, y en particular las niñas, sean forzados a dejar la escuela para reemplazar el trabajo perdido de los adultos y cuidar de sus familias; los estudios demostraron que las caídas en los niveles de educación femenina se correlacionan con el incremento de la mortalidad infantil y maternal. Las niñas también abandonan las escuelas y comienzan relaciones sexuales con hombres mayores conocidos como "amantes", que generalmente tienen parejas sexuales varias y fugaces y que presentan un riesgo significativo de infección del VIH, para financiar costos de "belleza" (para peluquería y ropa) y para mantener la apariencia que es esperada y respetable. Huérfanos y niños vulnerables que viven en unidades domésticas más débiles, con mínimas finanzas para los objetos materiales que deseen se sentirán mayormente incentivados a entrar en este tipo de relaciones.

Resumiendo, las personas que viven con VIH positivo se enfrentan a costos económicos y sociales enormes durante toda la vida. El acceso a una gran cantidad de tratamientos vitales para el VIH (TAR), TB e infecciones oportunistas no sólo presenta una preocupación monetaria sino que es una amenaza a la seguridad laboral; los usuarios de TAR reportaron que luego de revelar su estatus de VIH positivos fueron despedidos. Además, las inmensas barreras que

⁹ MALAWI: **Limping PMTCT programme failing infants.** Integrated Regional Information Networks PlusNews The HIV/AIDS News Service. <http://www.plusnews.org/aidsreport.asp?reportid=6564> 21st November 2006.

¹⁰ ETHIOPIA: **Poverty threatens efforts to stop mother-to-child HIV transmission.** ADDIS ABABA, 28 Apr 2006. Integrated Regional Information Networks PlusNews The HIV/AIDS News Service. <http://www.plusnews.org/pnprint.asp?ReportID=5907>

impiden una adherencia adecuada al TAR, para los tienen posibilidades de acceso, pueden culminar en una resistencia a la droga y a la falla del TAR. Para combatir esta resistencia a la droga, se requieren regímenes de medicación antiretroviral más costosos y complejos, que incrementan los efectos secundarios y tienen una eficacia reducida. Mientras que más y más población del África subsahariana se infecte con VIH (un estimado reciente presenta la cifra de 25.8 millones de personas¹¹), mayor será la destrucción económica y del desarrollo de un país. La inmensa tensión política y financiera que se genera en los gobiernos del África subsahariana para brindar TAR gratis para todos los que lo necesiten culmina en un presupuesto anual muy acortado. Esto impide que las ganancias del gobierno se utilicen para un desarrollo esencial del país tal como: infraestructura, desarrollo de empresas, salud y educación; en muchos países de África estos factores afectan la estabilidad nacional causando recesión económica.¹² Este problema se exagera mientras la enfermedad y la muerte de muchos adultos calificados y educados ocurre simultáneamente con la pérdida de los estudios de la próxima generación; esto llevará a una significativa escasez de adultos calificados que puedan reconstruir el país y facilitará el continuo círculo vicioso entre la pobreza y el VIH.

¹¹ <http://www.aids.net.au/aids-statistics-dec05.htm>

¹² The Nexus of Microfinance and the HIV/AIDS epidemic: the 14th CGAP/UNCDF Donor Brief. UNITED NATIONS CAPITAL DEVELOPMENT FUND Microfinance http://www.uncdf.org/english/microfinance/newsletter/pages/dec_2003/news_hiv.php