

# La Continua Campaña de Senegal contra el Sida

Por Nicole Grieve

## Introducción

Probablemente Senegal tiene una de las campañas de prevención de sida más concienzudas y exitosas en el África subsahariana. No obstante, evidencia reciente sugiere que los beneficios de este programa no se extiende a todos los sectores de la población, pues ciertos grupos aún experimentan altos índices de infección. Aún más, el desarrollo de medicinas antirretrovirales a precio accesible significa que Senegal puede comenzar a enfocarse en el tratamiento además de la prevención. Así, parecería que aunque el programa actual ha sido altamente efectivo, aún quedan modificaciones que podrían hacerse para reducir todavía más el esparcimiento del virus del VIH.

## Senegal antes del sida

Como muchos otros países subsaharianos, Senegal ha enfrentado dificultades económicas por muchos años. En la década de 1980, el ingreso per cápita era menor a \$600 dólares anuales, y debido a las altas tasas de analfabetismo (57% en hombres y 77% en mujeres) las perspectivas para la mayoría de la población eran limitadas. A pesar de estos contratiempos, Senegal pudo mantener un sistema de salud relativamente fuerte. Aunque 40% de los costos de salud aún venían del presupuesto familiar, el gobierno promovió aspectos importantes de manera efectiva, como la prevención y la salud infantil y reproductiva, gastando apenas 1 dólar por persona. Otros grupos de la sociedad también abogaron por otros asuntos de salud, como la vacunación y la prevención de la malaria. No obstante, una crisis económica y la devaluación de la moneda senegalesa en los 80 produjeron el colapso de gran parte de la infraestructura en salud del gobierno. Para combatir este problema, algunas ONGs se volvieron muy activas para obtener apoyo público para varias compañías de salud (Pisani, 1999).

La religión es otro factor que influye la salud en Senegal, pues desempeña un papel muy importante en la sociedad. El 90% de la población es musulmana y 5% cristiana, y la mayoría son participantes activos en sus respectivas religiones. La religión influye en la salud, y especialmente en la salud sexual, en maneras diferentes. Primeramente, tanto el Islam como el Cristianismo promueven normas familiares y sexuales que reducen la transmisión, como la prohibición del sexo extramarital. En segundo lugar, la circuncisión es universal y varios estudios han mostrado que los hombres circuncisos parecen tener menos probabilidades de contraer o pasar enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Tercero, el consumo de alcohol es poco común, un factor que puede llevar a prácticas de sexo seguro. Y cuarto, la actividad social gira alrededor de asociaciones religiosas, las cuales son activas en cuanto al desarrollo de la salud y la educación (Pisani, 1999).

Otros factores de la cultura y sociedad senegalesas que prevalecían antes del brote de VIH/sida influyen también en los índices de transmisión. Primeramente, la poligamia es aún común, casi la mitad de las mujeres comparten sus maridos con otras esposas. En segundo lugar, en años recientes los casos de sexo premarital se han incrementado, aunque más en el caso de los hombres que en mujeres. Por último, desde la legalización

de la prostitución en 1969, los trabajadores sexuales deben registrarse y realizarse chequeos médicos regulares, y reciben tratamiento para enfermedades de transmisión sexual curables (Pisani, 1999).

### **Respuesta ante el sida**

Después de que se identificó el primer caso en 1986, el gobierno estableció rápidamente un programa para combatir el VIH/sida. Desde entonces, ha invertido cerca de 20 millones de dólares en programas de prevención de sida. El apoyo político se ha mantenido constante y los resultados se han incrementado, como la reunión parlamentaria sobre sida en 1996, con la participación de ONGs, Gente Viviendo con VIH/sida (PLWAH, por sus siglas en inglés), líderes religiosos y otros expertos (Pisani, 1999). Aunque este programa ha evolucionado con el tiempo está constituido por tres ramas principales: prevención, tratamiento e investigación. En términos de investigación, en apenas uno cuantos años, los investigadores senegaleses estaban colaborando con sus homólogos de otros países para establecer proyectos de investigación, y los resultados se usaron para generar apoyo político para programas de prevención y tratamiento (Pisani, 1999). Un avance muy importante se dio a mediados de los 90, cuando el doctor Souleymane Mboup descubrió un subtipo de VIH presente en Senegal que difería de los hallados en Europa, lo cual ayudó a alimentar las primeras campañas de salud (Tamba-Jean, 2004).

La menos difundida y más reciente de estas campañas es el programa de tratamiento. En 1998 el gobierno implementó la Terapia Antirretroviral Muy Activa (HAART, por sus siglas en inglés) y se convirtió en el primer gobierno africano en patrocinar un programa HAART. Al principio, el programa era limitado y servía de prueba para determinar que tan efectivo podría ser un programa a gran escala. Durante el experimento los resultados mostraron que la adherencia de los pacientes al programa era buena y similar a la de otros países occidentales. Asimismo, la resistencia viral raramente surgió en el estudio. No obstante, a pesar de la buena respuesta inicial, el índice de mortalidad resultó alto (12%) en una visita de seguimiento (Laurent et. al, 2002). En suma, dos grupos independientes han determinado que el programa HAART es factible, dados los resultados clínicos y biológicos, y puede implementarse exitosamente en África (Laurent, et. al, 2002 y Desclaux et. al, 2003). Como resultado del estudio, un programa nacional de tratamiento se estableció en 2006 para atender a 7,000 pacientes (Desclaux et. al, 2003).

Los grandes esfuerzos preventivos de Senegal, realizados bajo el Comité Nacional de Prevención de Sida (NAPC, por sus siglas en inglés), incluyen principalmente: revisar la sangre para transfusiones, incrementar el conocimiento mediante educación, monitoreo y tratamiento extendido de enfermedades de transmisión sexual, promover el uso del condón y proveer condones baratos, e intervenciones especiales para grupos de alto riesgo como los trabajadores sexuales (Meda et al., 1999). Una de las mayores fortalezas de NAPC es que utiliza todos los niveles de la sociedad, incluyendo grupos de mujeres, religiosos, gobierno, sector privado y medios de comunicación. Según ONUSIDA, este inmenso esfuerzo inicial aún sigue teniendo éxito al reducir las infecciones de VIH en la actualidad (Tamba-Jean, 2004).

Tal vez el esfuerzo más esmerado lo constituye el programa de educación masiva

de NAPC. Desde el comienzo de la campaña educativa, el gobierno se dio cuenta de que una de las formas más efectivas de diseminar información preventiva era a través de los grupos y líderes religiosos. En muchos países, especialmente en aquéllos con una fuerte influencia religiosa, los grupos religiosos con frecuencia inhiben las actividades preventivas al proporcionar información contradictoria. Sin embargo, desde el principio de la campaña, líderes religiosos deseaban involucrarse y desempeñaron un papel clave en la educación de la población. Para asegurarse de que tanto líderes cristianos como musulmanes pudieran contribuir de manera adecuada, el gobierno hizo primero una encuesta para determinar lo que sabían sobre la prevención de VIH. Los resultados indicaron que los líderes religiosos sentían que tenían poca información y deseaban saber más para poder guiar correctamente a sus seguidores (Pisani, 1999).

Como resultado, se les distribuyeron materiales educativos. Además de lineamientos generales sobre prevención, la literatura contenía información sobre el rostro humano de la epidemia, un mensaje que en ese entonces estaba oculto debido a que la prevalencia era baja. Se programaron sesiones de capacitación para los Imanes y se les otorgaron folletos para ayudar a diseminar información entre sus integrantes; el sida también se volvió un tema frecuente en los sermones. El apoyo de los religiosos continuó y en 1995, una conferencia reunió a 260 líderes islámicos, lo que mostraba su claro apoyo a los esfuerzos de prevención. Aún más, ellos apoyaron los derechos de las personas con sida, incluyendo el uso de condones en el matrimonio (Pisani, 1999).

A diferencia de los líderes musulmanes, cristianos y católicos al principio se mostraron reacios a educar a sus seguidores en prevención. Esto fue un problema significativo puesto que, tradicionalmente, los grupos cristianos eran importantes proveedores de atención médica en Senegal. A la larga, se volvieron más abiertos a la idea de la prevención, y también empezaron a dar asesoría y apoyo psicológico. De forma similar a sus contrapartes musulmanes, en 1996, obispos y otros líderes efectuaron una conferencia que estableció su apoyo a la campaña educativa del gobierno (Pisani, 1999).

Otros aspectos del programa de educación NAPC incluyen enfoques en niños y grupos de alto riesgo. En el caso de niños, el gobierno está haciendo el esfuerzo de introducir en las escuelas educación sobre sexo seguro antes de que comience la actividad sexual. Más allá, se están realizando esfuerzos especiales para educar a los niños que no van a la escuela, así como fomentar que los padres eduquen a sus hijos. Al grupo de alto riesgo que el gobierno le ha dedicado mayor atención es el de los trabajadores sexuales. Campañas educativas se centran en promover el uso del condón y se crearon grupos de apoyo que promueven el sexo seguro. Para incrementar el sexo seguro entre desconocidos, los esfuerzos preventivos comienzan a centrarse en otras áreas de sexo ocasional, como mercados, que están fuera de la red de prostitución (Pisani, 1999).

El gobierno senegalés también ha estado apoyando a comunidades para tratar problemas relacionados con el sida, como la prevención y el apoyo social. Económicamente, por ejemplo, el gobierno también ha establecido programas para ayudar a ciudadanos a cubrir algunos de los costos de sus tratamientos y ayudar a familias a apoyar a sus familiares enfermos. Así, el gobierno les ha otorgado a comunidades financiamiento inicial para arrancar proyectos económicos como agricultura y ganadería o artesanías a pequeña escala, y proveer a las familias con un ingreso constante. Socialmente, el gobierno ha capacitado a algunos miembros de comunidades en asesoría y estrategias preventivas (Tamba-Jean, 2004). El CEDPA ha lanzado un

componente de juventud y VIH/sida del proyecto ENABLE para incrementar la capacidad de las ONGs para jóvenes o de jóvenes para responder a problemas relacionados con el sida en sus comunidades locales. Se reunió a líderes juveniles para recomendarles las mejores prácticas y estrategias en la promoción del sexo seguro. Las recomendaciones incluyen integrar la salud reproductiva en todos los programas juveniles, tratar la estigmatización para gente que vive con VIH/sida y fortalecer la comunicación padre/hijo (CEDPA, 2003).

## **Resultados**

Es un hecho que los índices de infección de VIH/sida son en general más bajos en Senegal que en otros países, pero lo que se debate es qué tanta de esta diferencia puede atribuirse a la rápida respuesta del gobierno senegalés, pues es incierto qué podría haber pasado sin su intervención. Otros factores en la sociedad senegalesa, como los valores sociales y religiosos, y la activa participación comunitaria en el cuidado de la salud también contribuyeron a mantener los índices de infección bajos (Pisani, 1999). La pregunta que ahora se hacen varios expertos es cómo determinar exactamente el efecto de las acciones gubernamentales y si estos índices bajos podrían haberse dado sin la intervención del gobierno. Aunque es improbable que la lucha de Senegal contra el VIH/sida habría sido tan exitosa sin una respuesta tan fuerte por parte del gobierno, al analizar los resultados es importante recordar que los programas no fueron lo único que ayudó a prevenir la propagación del VIH.

Las estadísticas de índices de infección demuestran claramente el éxito que Senegal está teniendo en la lucha contra el VIH/sida. Al cierre del 2001, el índice de infección era de sólo 0.5%, según ONUSIDA; el número de personas infectadas era de apenas 40,900, de los cuales sólo 2,900 casos eran de niños menores de 15 años. Esto hace que el índice de infección en Senegal sea el más bajo en el África subsahariana, comparado con los índices de 40% en países como Botswana y Swazilandia. Más aún, de 1990 a 2002 sólo una de cada 100 mujeres embarazadas en Senegal estaban infectadas, comparado con una de cada cinco mujeres en muchos países de África occidental (Tamba-Jean, 2004). Aunque algunos dudan de la exactitud de esas cifras debido a que es difícil obtener información en áreas rurales, es obvio que Senegal ha logrado algo que sus vecinos no han podido. Sólo otro país africano, Uganda, se acerca un poco a estas cifras (Pisani, 1999).

En general, las campañas educativas han sido muy efectivas; el nivel general de conocimiento sobre prevención entre la población superó el 90% a principios de los años 90, y sondeos recientes demuestran que la mayoría de las personas saben cómo prevenir la propagación del VIH (Meda et al, 1999). Además, las personas entienden la importancia del sexo seguro, por ejemplo, el 70% de los trabajadores sexuales saben sobre infecciones asintomáticas (Pisani, 1999). Un estudio en la comunidad rural de Niakhal demostró que el 75% de las personas sabe sobre el VIH/sida (Wade, Enel y Lagarde, 2006).

La educación también ha incrementado la implementación de métodos preventivos. La actividad sexual está comenzando más tarde y los índices de sexo extramarital y de parejas múltiples están disminuyendo. Incluso en el caso de sexo extramarital, el uso del condón ha aumentado considerablemente. Aunque el sexo

premarital va a la alza, sucede en etapas más tardías, en parte debido a que la edad de casarse también está aumentando. Como resultado, menos adolescentes en Senegal son sexualmente activos que en cualquier otra parte de África. Los encuentros de una sola noche también se están volviendo poco comunes (Pisani, 1999).

Otra área en la que la educación ha mejorado el sexo seguro es en el uso del condón. Antes de que el sida llegara a Senegal, menos del 1% de la población usaba condones, pero ahora esta cifra es mucho más alta en relaciones sexuales ocasionales y entre los trabajadores sexuales (aunque se ha mantenido baja entre parejas casadas). Las ventas han aumentado de 800,000 en 1998 a 7 millones en 1997. Una de las razones es que el gobierno ha facilitado la obtención de condones, un hecho respaldado por la respuesta de los trabajadores sexuales. El único país con tales índices altos de uso de condón es Uganda, que también cuenta con una activa campaña preventiva. La caída en los índices de enfermedades de transmisión sexual también muestra que las prácticas de sexo seguro están aumentando (Pisani, 1999).

## **Preocupaciones**

A pesar de los buenos resultados, aún hay varias áreas problemáticas en la lucha de Senegal contra el sida y áreas de la campaña que necesitan mejorarse. Una de ellas la constituyen las comunidades rurales, especialmente aquéllas con acceso limitado o ninguno a clínicas de pruebas gratuitas, educación o centros de tratamiento. Un ejemplo es el área turística de Mbour, localizada a 150 kilómetros de Dakar; cerca del 1% de los senegaleses infectados viven ahí, en parte porque carece de centros de prueba y atención, y el alto nivel de pobreza incrementa el esparcimiento de la enfermedad (Tamba-James, 2004). Como parte del esfuerzo de evaluar la situación en el Senegal rural, se hizo un estudio en Niakhal para comparar las actitudes en 1997 y 2003, el cual produjo resultados sorprendentes. Se encontró que el número de personas que pensaban que su riesgo personal de VIH/sida era alto había caído de 49.1% a 17.2%; el número de personas que reportaron haber cambiado su conducta cayó de 56.3 a 24.9% (Wade, Enel y Lagarde, 2006). Estas cifras demuestran que al menos en Niakhal, las actitudes preventivas no eran sostenidas, a pesar de que los niveles de infección en cuatro regiones urbanas permanecieron estables de 1989 a 1999 (Meda, et al, 1999). El estudio también demostró un descenso en la fidelidad y la selección cuidadosa de pareja.

Además, varios estudios han identificado problemas en el segmento educativo del programa de prevención. Por una parte, a pesar de que la mayoría de las personas están en lo general bien informadas sobre el VIH/sida y su prevención, todavía hay mucha desinformación. Por ejemplo, un estudio realizado entre 1997 y 1998 demostró que una tercera parte de la población creía que se podía adquirir el VIH a través de mosquitos (Pisani, 1999). Más allá, los programas educativos parecen no influir en la conducta sexual tanto como antes se creía. Muchos jóvenes todavía practican sexo no seguro, los matrimonios polígamos son aún comunes y los trabajadores sexuales clandestinos todavía prevalecen (Tamba-Jean, 2004).

Los grupos de alto riesgo también necesitan mayor atención. En particular los hombres que tienen sexo con trabajadores sexuales hombres y mujeres están en mayor riesgo. Ambos grupos presentan altos índices de infección de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en comparación con la población en general. Para estas mujeres,

incluso la relativa baja prevalencia de VIH/sida es cinco veces mayor que en la población en general (Laurent, 2003). Según un estudio, los programas de intervención son necesarios entre los trabajadores sexuales, especialmente ante los altos niveles de bisexualidad (NewsRx, 2002). La principal preocupación para las trabajadoras sexuales es que muchas mujeres permanecen fuera del sistema, especialmente las menores de edad. Sin embargo, pocas mujeres mencionaron a la edad como una razón para no registrarse; otras razones incluyen la falta de conocimiento o rechazo del sistema legal. Estas mujeres obviamente necesitan volverse una prioridad para el NCAP. Algunas sugerencias del estudio incluyen: informar mejor a las trabajadoras sexuales sobre la ley y los procedimientos previstos, ayudar a quienes deseen registrarse, abolir o reducir la edad legal y dar ayuda a las mujeres que rechacen registrarse (Laurent, 2003).

Otros muchos problemas también inciden en el programa preventivo. Primero, la religión es aún un obstáculo en algunas situaciones, por ejemplo, el matrimonio polígamo (Spira, 2000). Segundo, la investigación local no está coordinada. Tercero, hay duplicación de labores por parte de ONGs. Para responder a estos problemas el gobierno ha empezado a involucrarse más en algunas áreas; ha tomado el control directo del Consejo Nacional de Sida, el cual antes había sido dirigido por doctores locales (Tamba-Jean, 2004).

## **Conclusión**

Varios estudios han mostrado que las medidas que el gobierno senegalés ha implementado han sido efectivas al reducir los niveles de VIH/sida. Aunque los cambios sociales – como un comienzo más tardío de la actividad sexual y una reducción en el sexo extramarital – han ayudado también a combatir el virus, es difícil imaginar que el éxito que Senegal ha experimentado habría sido posible sin la intervención gubernamental. En particular la promoción del uso del condón, así como pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual son dos áreas que muestran importantes resultados (Pisani, 1999). Sin embargo, a pesar de este éxito, aún hay varias áreas de preocupación. Los índices de infección entre la población rural y los grupos de alto riesgo, como los trabajadores sexuales hombres y mujeres, demuestran que todavía hay mucho por hacer para reducir aún más los índices de infección.

Gran parte de este éxito es el resultado de planeación cuidadosa por parte del gobierno, pero los expertos han identificado varios aspectos en Senegal que han ayudado a reducir los índices de infección. Primero, el liderazgo político creó un diálogo constructivo entre líderes religiosos y comunitarios. En segundo lugar, hubo una participación activa de la comunidad en el área de salud. Tercero, el gobierno puso a trabajar a su máximo la estructura de salud existente, y cuarto, siguió un enfoque pragmático al enfatizar la protección (Pisani, 1999). Más importante aún es que el gobierno ha continuado reevaluando el programa para identificar áreas de mejora e idear nuevas formas para reducir la infección. Aunque otros países africanos no puedan replicar estos aspectos, implementar al menos uno podría ayudar a hacer una diferencia.

## Bibliografía

- Desclaux, Alice A., et al. 2003. "Access to antiretroviral drugs and AIDS management in Senegal." *AIDS* 17, suplemento 3: S95-S101.
- CEDPA/Senegal Office. 2003. *Senegal Youth Assessment Report: The Informal Sector and HIV/AIDS: Prevention Practices and Strategies*. Washington, D.C.: CEDPA.
- Laurent, Christian, et al. 2002. "The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18 month follow up study." *AIDS* 16, no. 10: 1363-1370.
- Meda, Nicolas, et al. 1999. "Low and stable HIV Infection rates in Senegal: natural course of the epidemic or evidence for success of prevention?" *AIDS* 13, no. 11: 1397-1405.
- NewsRx. 2006. "HIV/AIDS Risk Factors; HIV and STI risk factors identified for men who have sex with men in Senegal." *Obesity, Fitness & Wellness Week*. Pg. 813.
- Pisani, Elisabeth. 1999. "Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal." Ginebra: ONUSIDA.
- Spira, Rosemary et al. 2000. "Preventive attitudes towards the threat of AIDS: Process and determinants in rural Senegal." *AIDS Education and Prevention* 12, no. 6: 544-556
- Tamba-Jean Matthew III. 2004. "Senegal Renews Its Campaign Against AIDS." *Contemporary Review* 285, no. 1664: 167-170.
- Wade, A.S., Enel, C., and Lagarde, E. 2006. "Qualitative changes in AIDS preventative attitudes in a rural Senegalese population." *AIDS Care* 18, no. 5: 514-519.
- Laurent, Christian, et al. 2003. "Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections, and risk behaviours in unregistered sex workers in Dakar, Senegal." *AIDS* 17, no. 12: 1811-1816.