



Universal Periodic Review Human Rights Council

Submission on Internet-related Human Rights Issues
in Brazil by the ABIA and CEDAPS

28 November 2011

Contact:

Juan Carlos Raxach / juancarlos@abiaids.org.br

www.abiaids.org.br
www.cedaps.org.br

Informe sobre Brasil

13° Ronda del Examen Periódico Universal – 21 de mayo al 4 de junio 2012

Violaciones por falta de acceso a servicios dentro del Sistema Único de Salud por parte de las personas que viven con VIH/SIDA en Brasil (PVVS)

Este informe es presentado por dos organizaciones no-gubernamentales (ONGs) brasileñas, una es la Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA (ABIA)¹ y el Centro de Promoción de la Salud (CEDAPDS)² ambas con sede en Rio de Janeiro. Brasil.

A través de este informe queremos relatar la situación de los derechos de las personas a la salud que están siendo violados con base en los principios del Sistema Único de Salud (SUS), específicamente de las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS). Consideramos fundamental revisar la situación actual vivida por las PVVS en Brasil, de un lado reconociendo lo que se ha alcanzado en treinta años de respuesta a la epidemia, pero también identificando problemas y obstáculos con el objetivo de superarlos y asegurar que los derechos humanos en su indivisibilidad sean efectivamente parámetros no negociables para orientar la respuestas de salud pública en lo que concierne la prevención, la asistencia y el tratamiento del HIV/SIDA, en una perspectiva de interdisciplinaridad, integralidad de la intersectorialidad.

Palabras Claves: Derecho Humana. Salud. PVVS. SUS

1. Contexto y premisas normativas internacionales

- 1.1. La República Federal de Brasil es signataria de varias convenciones de la ley internacional de derechos humanos que contemplan los principios del derecho al más alto nivel de salud y definiciones correlatos³. Todos esos documentos deben ser llevados en consideración cuanto se trata del derecho a la salud.
- 1.2. Pero en el contexto de este informe nos importa destacar el contenido del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales que en su artículo 12(1) dice “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y la Observación General 14 al Pacto, del año 2000, que define las condiciones para implementación progresiva de ese derecho. En base a ese conjunto de normas es posible afirmar que:

¹ ABIA fue fundada en 1987 y es una organización no-gubernamental sin fines lucrativos que procura movilizar a la sociedad para enfrentar la epidemia de VIH/SIDA en Brasil en la lucha por el acceso a la prevención, asistencia y tratamiento y por la defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH y SIDA.

² El Centro de Promoción de la Salud (CEDAPS), es una organización no-gubernamental sin fines lucrativos fundada en 1993, que actúa en Río de Janeiro. Tiene como misión promover la plena participación de comunidades populares en los procesos de desarrollo y perfeccionamiento de políticas públicas que aguan en esos territorios, contribuyendo par ala promoción de la salud, garantizar los derechos humanos y la equidad.

³ Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 25, mandato de la Organización Mundial de Salud y Declaración de Alma Ata, Convención de los Derechos del Niño, Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y de la Cumbre de Desarrollo Social.

- 1.3. Todas las personas deben tener acceso a servicios de salud adecuados y accesibles, y a condiciones de vida e información adecuada para la protección de la salud y la prevención a enfermedades, así como que todas las personas deben ser tratadas con dignidad, sin discriminación alguna, independientemente de su problema de salud y la posibilidad de cura. La confidencialidad y la integridad física y personal de las personas deben ser protegidas.

2. Contexto y premisas normativas nacionales

- 2.1. Según la Constitución Federal de Brasil de 1988, art. 196, “La salud es un derecho fundamental del ser humano y deber del Estado” (art. 196) cabiéndole al poder público (Unión, Estados, Distrito Federal y Municipios) garantizar ese derecho a través de políticas sociales y económicas que visen la reducción de los riesgos de enfermarse y morir, así como el acceso universal y por igual a las acciones de promoción y recuperación de la salud”.
- 2.2. Con base en ese derecho constitucional fue creado el Sistema Único de Salud por medio de las Leyes 8.080/90 y 8.142/90, con la finalidad de cambiar la situación de desigualdad en la asistencia a la salud de la población en Brasil y tornando obligatoria la atención pública a cualquier ciudadano. Es visto como uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo que tiene prevista tanto la atención integral como situaciones de alta complejidad como transplantes de órganos, con el objetivo de garantizar el acceso integral, universal y gratuito a toda la población, con base en sus principios de universalidad, equidad, integralidad, descentralización y comando único, capacidad resolutive, regionalización y jerarquización y participación popular.
- 2.3. La respuesta del gobierno brasileño a la epidemia de SIDA ha tenido como base los derechos humanos de las personas a la prevención, asistencia y tratamiento. Así en 1986 creó un programa nacional que se tornó referencia mundial en el combate a la epidemia de SIDA y en la atención a las PVVS y sirvió como ejemplo internacional por su programa de acceso universal al tratamiento combinado con ARVs una vez demostrada su eficacia en 1996 durante la XI Conferencia Internacional, Vancouver, Canadá.
- 2.4. Hoy, entrando en la cuarta década de la epidemia de SIDA el panorama interno está cambiando. Cada vez más son violados los derechos de las PVVS en relación a la salud asistencia y tratamiento. Las actuales decisiones y procesos de ejecución de políticas públicas del actual gobierno no están en sintonía con la respuesta que hemos venido construyendo y ejecutando a través de los años. De hecho, existe caso omiso a las denuncias provenientes de la sociedad lo que puede ser considerado la más evidente falta de articulación con la sociedad civil en los últimos años.

3. Contexto actual

- 3.1. La epidemia de SIDA en Brasil está concentrada en poblaciones vulnerables como de hombres que hacen sexo con hombres (HSH), mujeres y usuarios de drogas⁴ con bajo poder adquisitivo, y mayoritariamente de la raza negra o mulata.
- 3.2. Según datos del Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis virales de Brasil⁵ de 2006, la estimativa de infecciones por el VIH era de 630 mil personas. Los casos acumulados desde 1980 hasta julio de 2009 suman 544.846 y la tasa de incidencia era de 18,2 por 100 mil habitantes al cierre del 2008, año que encerró con 217.091 muertes con un coeficiente de mortalidad de 6,1 x 100 mil habitantes.
- 3.3. El deterioro de la respuesta brasileña en el campo del SIDA se hace evidente en la medida de que llegamos a la cuarta década de la epidemia con la siguiente situación:
 - 3.3.1. Diagnóstico tardío de la infección y de otras coinfecciones - Estudios internacionales indican que las causas de muerte e ingresos en los hospitales más frecuentes en personas positivas al VIH ocurren cuando el diagnóstico se hace tardíamente, y el tratamiento antirretroviral demora más en hacer efectos con efectos colaterales más manifiestos. En Brasil aún después de 30 años de epidemia la mayoría de las personas se descubren seropositivas al VIH tardíamente, casi siempre en el curso de una infección oportunista (IO) cuando las posibilidades de morir en los próximos 90 días después del diagnóstico es muy grande.
 - 3.3.2. El problema de acceso al Sistema Público de Salud (SUS) – Existe una mala estructuración y organización de la red pública de servicios de salud en Brasil, que se torna más grave en Río de Janeiro que cuenta con una red de hospitales con control fragmentado y dividido entre los gobiernos municipal, estadual y federal⁶. Son las emergencias de esa red la principal puerta de entrada al sistema de salud pública de las personas HIV positiva, que, en general, se declaran sin capacidad para internar PVVS por falta de camas destinadas para este tipo de patología.. Hemos colectado relatos de casos de personas con diagnóstico de Pneumonia por Pneumocystis carinii (PCP), que están siendo acompañadas en las emergencias y sin acceso a equipos y tratamiento adecuado. También se registra el inadecuado diagnóstico y tratamiento de las

⁴ En las poblaciones más vulnerables las prevalencias son más elevadas donde se destacan hombres que hacen sexo con hombres (HSH) (10,5%), usuarios de drogas ilícitas (5,9%) y mujeres profesionales del sexo (5,1%). “Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 Ano VII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010”

⁵ Anais / do Seminário Estudos e pesquisas em DST/HIV/AIDS : determinantes epidemiológicos e sociocomportamentais, - Rio de Janeiro : ABIA, 2010.

⁶ Informe de Misión realizada en Río de Janeiro (RJ) entre los días 19 y 22 de octubre de 2008. Ralatoria Nacional al Derecho Humano a la Salud.

personas coinfectadas con TB y VIH, casos que muchas evolucionan a óbito sin el tratamiento adecuado ni para el VIH ni para la tuberculosis.⁷

3.3.3. Falta de camas para internación – Todos los hospitales de la red del SUS tienen la obligación de legal recibir y tratar personas con diagnóstico de SIDA. Pero, en la realidad cotidiana, son muy pocos los hospitales que destinan camas para esta patología. La demanda excede en mucho la disponibilidad real según datos que obtuvimos por la propia central de regulación de camas, lo que se contradice con lo publicado por el Registro Nacional de Establecimiento de Salud (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES).⁸

3.3.4. Inadecuación de la red de referencia y contrarreferencia. Calculase que, en Rio de Janeiro, una persona puede esperar hasta seis meses, entre el momento en que es identificada la seropositividad para el VIH y el momento que finalmente tiene acceso al SUS para ser mas completamente diagnosticados e iniciar su tratamiento. Después de la serología positiva las personas se ven sujetas a peregrinar por la red en la búsqueda de un centro de salud que tenga lugares disponibles para nuevos casos. Más aún el hecho de tener acceso a un servicio no significa que la atención debida será prestada rápidamente pues una primera consulta puede ser marcada para después de 60 días, como mínimo. Esa situación es motivada en parte por la falta de profesionales médicos en los servicios de salud⁹. Se han documentado casos de personas diagnosticada con una Infección Oportunista (IO) en el curso de la infección por el VIH, que han muerto sin tener acceso a los servicios de salud y sale y entra de las emergencias sin tener un adecuado tratamiento¹⁰.

3.3.5. Falta, discontinuación y fraccionamiento de la distribución de ARVs y de otros medicamentos necesarios - En años recientes la discontinuidad en la distribución de ARVs se ha tornado frecuente. La situación es muy preocupante por que cuando las denuncias de esa discontinuación es hecha pública no hay respuesta transparente por parte de las autoridades nacionales y locales de salud pública. Las reservas de medicamentos en los hospitales en algunas ocasiones han llegado a niveles críticos y en algunos lugares la falta ha sido total. Otros medicamentos necesarios como los destinados a la profilaxis de las IO han caído en el olvido y la compra y distribución es prácticamente nula¹¹.

⁷ El acceso a los servicios, comprendiendo el diagnóstico, está tan precarizado que hay personas muriendo sin saber que la causa de su enfermedad es como consecuencia de la infección con el VIH. Eso óbitos ocurren, entre otras cosas por que en la red pública porque por el resultado del tradicional algoritmo de Elisa puede demorar más de 30 días.

⁸ Por ejemplo, en el primer semestre de 2011 hubo más solicitudes para ingresos que personas ingresadas y con el consecuente aumento de muertes. La precariedad aumenta en la medida que hospitales están siendo cerrados, y aquellos que cuentan con disponibilidad de camas no aceptan, por ejemplo, personas coinfectadas con VIH y tuberculosis. El Hospital Universitario Pedro Ernesto, por ejemplo, solo tiene una cama disponible para ese tipo de caso. Ver también “Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde” http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=33.

⁹ La propia secretaria municipal de Salud ha reconocido recientemente que faltan 442 médicos, ver también <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-06-06/organizacoes-sociais-do-rio-dizem-que-ha-negligencia-no-combate-aids-no-estado>

¹⁰ En las recientemente creadas Unidades de Pronta Atención (UPA) no acogen a personas con diagnóstico de SIDA y se declaran sin condiciones técnicas ni con infraestructura para prestar servicios a PVVS.

¹¹ Los problemas observados en relación al acceso a los ARV está en contradicción abierta con lo que ha sido el hecho más importante e reconocido de la respuesta brasileña al VIH/SIDA, o sea el derecho asegurado al tratamiento gratuito.

- 3.3.6. Falta de recursos para la realización de exámenes de CD4 y Carga viral (CV). Aún con la observación de una cierta mejora en la red de exámenes de laboratorio específicos en los años 2000, la realización de exámenes de CD4 y Carga Viral registran problemas graves.¹²
- 3.3.7. Número insuficiente de profesionales entrenados¹³. Las emergencias, puerta de entrada de muchas personas con VIH producto del diagnóstico tardío, no cuentan con profesionales capacitados para realizar el diagnóstico presuntivo de infección por el VIH, de realizar el manejo medicamentoso adecuado y menos aún del acompañamiento de personas con coinfecciones, como sería VIH e tuberculosis.

4. Recomendaciones:

- 4.1. Las situaciones relatadas en ese breve informe indican a pesar de una trayectoria muy positiva y reconocida de respuesta al HIV/SIDA por el sistema público de salud brasileño informan, registra se en años recientes problemas en relación a: diagnóstico tardío, falta de camas y de profesionales tanto en números como en capacidad de atención, problemas con testes y sobretodos discontinuación de acceso a los anti-retrovirales. Eso implica violaciones de los derechos establecidos de las convenciones internacionales de las cuales Brasil es signataria así como lo establecido por nuestra constitución federal. Por esa razón recomendamos:
 - 4.1.1. Tomar medidas efectivas para que, una vez más, la implementación de la política nacional de SIDA esté en concordancia con las diferentes convenciones de las cuales Brasil es signataria, con lo establecido en la constitución federativa de Brasil y con lo que es preconizado a nivel internacional en relación al programa de SIDA brasileño
 - 4.1.2. Rescatar y restablecer la interlocución entre la sociedad civil y las instancias gubernamentales – en los tres niveles de gestión, federal, estatal, municipal - bajo la perspectiva de la construcción de una sociedad democrática y con el intuito de contribuir con el urgente proceso de mejora de las políticas de salud relacionadas, en este caso, a la gestión y enfrentamiento de la epidemia de SIDA.
 - 4.1.3. Que se coloque en práctica políticas de salud que posibiliten el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y el adecuado tratamiento de las personas

La discontinuación no solamente viola derechos, como también erosiona los esfuerzos realizados para conseguir, por parte de las PVVS, la comprensión de la adherencia al tratamiento. La falta de medicamento con mucha frecuencia hace con que las personas desistan del tratamiento, resultando de ahí, infecciones oportunistas y muertes. Es muy preocupante que las denuncias y reclamos públicos en relación a ese problema no han tenido respuestas transparentes y rápidas por parte de las autoridades de salud, especialmente en los niveles descentralizados de atención (estados y municipios).

¹² Están documentadas las declaraciones de un médico que acompaña alrededor de 800 PVVS y que tiene 300 que aún no consiguieron hacerse, en la red pública, exámenes de CD4 y Carga Viral y otros 200 no han conseguido repetírselos hace más de dos años.

¹³ No podemos dejar de mencionar y de reconocer que aún hoy, después de 30 años de epidemia, seguimos enfrentándonos al prejuicio y al estigma. Tenemos innumerables quejas de PVVS relatando que su médico/a no mira para ellas, ni tan siquiera les hace un rápido examen físico. Esa cuestión tiene sus bases en la propia formación curricular del profesional de salud.

portadoras del virus, con que garantice una buena calidad de vida no centralizada en el tratamiento ARV.

- 4.1.4. Educación continuada de nuestros profesionales de salud en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento del SIDA y de las coinfecciones.
- 4.1.5. Aumento de nuestra capacidad tecnológica para el diagnóstico y tratamiento del VIH.
- 4.1.6. Que las diferentes instancias gubernamentales refuercen y apoyen las redes de protección a las PVVS, comprometiendo a los diferentes actores y sectores de la sociedad en una relación de integralidad e interdisciplinaridad.
- 4.1.7. La verdadera institución de prácticas integrales en el tratamiento de las PVVS con la inclusión de diferentes saberes incluyendo los de la comunidad y de las PVVS.