



Guía para la cobertura del VIH/SIDA



Cobertura del VIH/SIDA

versión en español

Agosto 2006

Este manual fue creado por la Fundación Henry J. Kaiser Family y la Fundación Huésped para ser usado como una guía de referencia para periodistas que tratan la problemática del VIH/SIDA en América Latina. Queremos agradecer a la Fundación Huésped por emprender la tarea de recolectar y producir material específico sobre América Latina para este manual y por traducir el material original de Kaiser para realizar esta guía en español y portugués. La Fundación Huésped es una organización no gubernamental argentina con base en Buenos Aires que está trabajando intensamente en la lucha contra el SIDA.

Han contribuido a la realización de este manual: Leandro Cahn (edición), Débora Fiore (producción de contenidos y redacción), Erica Canalicchio (investigación) y Luz Algranti (traducción al español).

El manual original producido por la Fundación Kaiser, pensado para ser una guía global para el reporte del VIH/SIDA, está disponible en inglés en el sitio web de Fundación Kaiser <http://www.kff.org/hivaids/ReportingGuides.cfm>. A través del trabajo con periodistas de todo el mundo, la Fundación Kaiser está desarrollando manuales específicos para cada región adaptados para abordar los tópicos más relevantes relacionados con la epidemia del VIH/SIDA y con su reporte particular en cada región. Estos manuales específicos de cada región están siendo desarrollados y/o traducidos en diferentes idiomas y pueden incluir contenidos diferentes a aquellos del texto original de la Fundación Kaiser.



Estimado Periodista,

Tenemos el agrado de presentarle esta guía para la cobertura del VIH/SIDA diseñada para periodistas de América Latina que estén cubriendo la epidemia global por primera vez o para aquellos que ya lo han hecho con anterioridad. La misma ha sido realizada con el propósito de ser un material de referencia, proveyendo información sintética sobre muchos de los tópicos que los periodistas deben tener en cuenta al tratar el VIH/SIDA. La Fundación Kaiser Family emprendió este proyecto como parte de su compromiso permanente, no sólo con la lucha contra el SIDA a través de la educación pública, sino también con la concientización respecto de la epidemia de VIH/SIDA. La misma, es parte de una guía global más general para reporteros publicada por la Fundación Kaiser Family, que se puede encontrar en <http://www.kff.org/hiv aids/ReportingGuides.cfm>. La versión latinoamericana de esta herramienta ha sido realizada con la participación de la Fundación Huésped, una organización argentina que viene trabajando en la problemática del VIH/SIDA por más de 16 años.

El material cubre un amplio espectro de temas, incluyendo ciencia, tratamiento y prevención del VIH/SIDA; también aborda el desafío ético que representa la cobertura de estos temas. La epidemia de VIH/SIDA no es solamente una batalla contra el virus: también puede ser una batalla contra ideas, tabúes sociales, el estigma y la discriminación. Esta guía incluye sugerencias sobre el uso de la lengua al cubrir el VIH, así como también una lista básica de fuentes de información adicional.

Se pueden encontrar fuentes de información más específica sobre VIH/SIDA en www.kff.org/hiv aids/index.cfm, www.globalhealthreporting.org y www.huesped.org.

Se puede encontrar un link con material animado diseñado para televisión en <http://www.kff.org/mediafellows/toolshivreporting.cfm>.

Kaiser y Huésped siempre han creído que los periodistas tienen un rol significativo a la hora de mantener informados y actualizados, tanto al público como a los encargados de las políticas públicas, en lo que a la epidemia refiere. Esperamos que esta guía contribuya a dicho proceso.

Atentamente,

Kurt Frieder
Director Ejecutivo
Fundación Huésped

Drew Altman
Presidente y Gerente General
Fundación Kaiser Family

TABLA DE CONTENIDOS

1. Siglas	7
2. Glosario	9
3. Preguntas frecuentes sobre SIDA	18
4. Línea de Tiempo	21
5. VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: epidemias diferentes para contextos particulares	26
6. Acceso a ARV en América Latina y el Caribe	32
7. Estigma y Discriminación en América Latina y el Caribe: un obstáculo para la respuesta regional al VIH/SIDA	35
8. Un poder responsable: cobertura del VIH/SIDA en América Latina	37
9. El papel de los medios de comunicación en la problemática del VIH/SIDA	39
10. Preguntas frecuentes sobre la cobertura del VIH/SIDA	41
11. Lenguaje sensible	43
12. Términos importantes en la Terapia Antiretroviral	46
13. Terapia Antiretroviral Aprobada por la FDA	48
14. Infecciones Oportunistas	51
15. Personalidades Clave	55
16. Contactos en Latinoamérica	61
17. Fuentes en Español	64
18. TBC	65
19. Malaria	67

1. SIGLAS

SIGLA EN ESPAÑOL	DESCRIPCIÓN EN ESPAÑOL
3 x 5	Tres por cinco
ABC (por sus siglas en inglés)	Abstinencia, Fidelidad, Uso del Preservativo
ART, ARV	Terapia Antiretroviral, Antiretroviral
AZT	Zidovudina
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades (EEUU)
CDF	Combinación de Dosis Fijas
CNN (por sus siglas en inglés)	Condomes, Agujas, Negociación
DOT (por sus siglas en inglés)	Tratamiento Directamente Observado
ETS/ITS	Enfermedad de Transmisión Sexual/ Infección de Transmisión Sexual
FDA (por sus siglas en inglés)	Administración de Drogas y Alimentos (EEUU)
FONDO MUNDIAL	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis
GLTTTBI	Gays, Lesbianas, Travestis, Transexuales, Transgéneros, Bisexuales e Intersexuales
GNP +	Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA
HAART (por sus siglas en inglés)	Terapia Antiretroviral Altamente Activa
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IAA	Iniciativa Mundial de Acceso Acelerado
IAS (por sus siglas en inglés)	Sociedad Internacional de SIDA
IAVI (por sus siglas en inglés)	Iniciativa Internacional para la Vacuna para el SIDA
IF	Inhibidor de fusión
INNTR	Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa Reversa
INTR	Inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa
IO	Infección Oportunista

IP	Inhibidor de la Proteasa
MDR-TBC (por sus siglas en inglés)	Tuberculosis Resistente a Multidroga
NEP (por sus siglas en inglés)	Programa de Intercambio de Aguja/ Jeringas
NIH (por sus siglas en inglés)	Instituto Nacional de la Salud (EEUU)
OMC	Organización Mundial de Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEPFAR (por sus siglas en inglés)	Plan de Emergencia del Presidente Bush para el Alivio del SIDA
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical
PVVS	Persona Viviendo con VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TBC	Tuberculosis
UDI	Usuario de Drogas Inyectables
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNGASS (por sus siglas en inglés)	Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
USAID (por sus siglas en inglés)	Agencia Norteamericana de Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
ZDV	Ver AZT

2. GLOSARIO

A

ABC (por sus siglas en inglés)

A- Abstinencia de la actividad sexual o retraso de la edad de la primera experiencia sexual.

B- Fidelidad o monogamia mutua con una pareja que no esté infectada.

C- Uso correcto y consistente de preservativos. El abordaje ABC para cambiar conductas promueve la adopción de estos tres principios centrales para prevenir la infección con VIH.

Abstinencia

Evitar la actividad sexual. En el contexto del VIH/SIDA, este término también se refiere al retraso en la edad de la primera experiencia sexual.

Anticuerpos

Son moléculas del cuerpo que identifican y destruyen sustancias extrañas (no familiares) como virus o bacterias. Los tests estándar de VIH identifican la presencia de anticuerpos del VIH en sangre. Un test positivo de VIH muestra la presencia de anticuerpos.

ART Terapia Antiretroviral

Cualquier tratamiento que involucre medicación antiretroviral. Estas drogas están diseñadas para destruir retrovirus como el VIH o para interferir en su replicación.

Asintomático

Cuando no presenta signos ni síntomas de la enfermedad. Ésta es la segunda etapa de la infección y puede durar muchos años. Durante esta etapa igualmente el virus puede ser transmitido a otras personas.

B

Banco Mundial

Banco de desarrollo que provee de préstamos, asesoramiento con respecto a políticas, asistencia técnica y servicios de asesoramiento general a países de bajos y medianos ingresos para reducir la pobreza. El Banco Mundial es co-sponsor de ONUSIDA y ha otorgado U\$16 mil millones para luchar contra la expansión del VIH/SIDA.

C

Carga viral

Cantidad o concentración de VIH en la sangre. El test de carga viral es una herramienta muy importante para los médicos para monitorear la enfermedad y tomar decisiones respecto del tratamiento.

Células o conteo CD4

Estas células controlan la respuesta inmunológica contra infecciones y son el primer blanco del VIH. El VIH se multiplica en estas células y, eventualmente, las destruye. Como resultado, el sistema inmunológico se vuelve progresivamente más débil. El conteo de células CD4 se usa como medida de progresión de la enfermedad del VIH, a menor cantidad de células CD4, mayor avance de la enfermedad del VIH y mayor deterioro del sistema inmunológico.

**Centro de Control y
Prevención de Enfermedades,
CDC (EEUU)**

Es la Agencia Federal Norteamericana responsable de proteger la salud y seguridad de los individuos. Las actividades del CDC hacen hincapié en la prevención de enfermedades, el control, la educación y la promoción de la salud. El CDC también dirige actividades internacionales para la prevención del VIH, la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades.

Circuncisión masculina

Operación que remueve el prepucio del pene. Según algunos estudios en curso, podría ser una herramienta de prevención del VIH.

**CNN
(por sus siglas en inglés)**

Uso de preservativos. Uso de agujas limpias. Habilidades de negociación. CNN es un abordaje que apunta a la modificación de conductas y promueve la adopción de estos tres principios como ejes centrales de los esfuerzos de prevención del VIH, especialmente en áreas en las que el uso de drogas inyectables es responsable de un porcentaje significativo de las nuevas infecciones. Algunos consideran que CNN es una alternativa al método ABC que brega por la abstinencia, la fidelidad y el uso de preservativos.

Combinación de dosis fija

Los tratamientos de dosis fija combinada son aquellas combinaciones de dos o más drogas, como antiretrovirales, en una sola pastilla. Estos tratamientos son esenciales para la iniciativa 3 x 5 porque resultan muy prácticos para el uso dentro de entornos de recursos limitados. Un ejemplo de CDF es la pastilla que combina stavudina, lamiduvina y nevirapina.

Comportamiento de Riesgo

Hace referencia a cualquier comportamiento o acción que incremente la probabilidad de un individuo de adquirir o transmitir el VIH. Algunos ejemplos de comportamiento de riesgo son el sexo sin protección o compartir agujas para el uso de drogas inyectables. El alcohol también ha sido relacionado al comportamiento de riesgo dado que sus efectos interfieren en la capacidad de un individuo de ejercer sexo seguro.

Comunidad Afectada

Personas viviendo con VIH/SIDA y otras relacionadas incluyendo a sus familias y amigos cuyas vidas están influenciadas directamente por la infección con VIH, sus efectos emocionales, sociales y físicos.

Consejería

Diálogo persona a persona que provee información y contención, antes de la realización del test de VIH y en la entrega del estudio, cualquiera sea su resultado.

Consentimiento informado

El test de VIH sólo puede realizarse siempre y cuando la persona entienda sus implicaciones y el posible impacto del resultado. En muchos países se requiere que la persona exprese por escrito su voluntad de realizarse el test.

Cuidado y Tratamiento

El cuidado y tratamiento incluye todo el espectro de intervenciones necesarias para cuidar a las personas con VIH/SIDA, desde la terapia antiretroviral, el tratamiento y prevención de infecciones oportunistas hasta el apoyo nutricional, psicológico y comunitario.

E

ELISA

Prueba de laboratorio para detectar anticuerpos al VIH.

Eficacia

Es la capacidad de una droga de cumplir el propósito para el cual se indica. En el caso de los ARV, es bajar la carga viral a niveles informati-

vos indetectables y por este medio mejorar la morbilidad y mortalidad por enfermedades causadas por el VIH.

Endémico/a

Presencia constante de una enfermedad o agente infeccioso en un área geográfica o grupo poblacional dados. También puede hacer referencia a la frecuencia con que se da cierta enfermedad en un área o grupo.

Enfermedad / Infección de Transmisión Sexual (ETS/ITS)

Cualquier enfermedad o infección que se transmita a través del contacto sexual.

Enfermedades que definen al SIDA

Variedad de condiciones que ocurren en etapas avanzadas de la enfermedad por VIH y son una señal del avance hacia el SIDA. De acuerdo con ONUSIDA muchos individuos recién descubren su infección en esta etapa.

Ensayo Clínico

Estudio científico que evalúa la seguridad, eficacia y efectos médicos de un tratamiento (por ejemplo la terapia antiretroviral o las vacunas). Los tratamientos deben pasar diferentes etapas de ensayo clínico antes de ser aprobado su uso en humanos.

Epidemia (tipos: baja, concentrada, generalizada)

Aparición de más casos de lo esperado en un área o un grupo de gente determinado en un período particular de tiempo. Hay diferentes maneras de describir la distribución del VIH en un área.

Baja: La prevalencia del VIH es baja entre la población general y también es baja entre los sub-grupos con comportamientos de riesgo.

Concentrada: La prevalencia del VIH no excede el 1% en la población general, pero sí excede el 5% en los sub-grupos con comportamientos de riesgo.

Generalizada: La prevalencia del VIH excede el 1% de la población general.

Etapas final de la enfermedad

Las tres etapas de la enfermedad del VIH son: la infección aguda, la crónica asintomática y el SIDA. Si bien el SIDA es la última etapa de la enfermedad del VIH, es posible vivir varios años después de un diagnóstico de VIH con la medicación apropiada.

Exposición Accidental o Transmisión Accidental

Generalmente estos casos se dan en accidentes laborales entre el paciente y el integrante del equipo de salud o viceversa.

F

Fondo Mundial

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis fue creado en 2001 a partir del pedido de Kofi Annan, Secretario General de Naciones Unidas. El Fondo Mundial es una asociación entre gobiernos, el sector privado y las comunidades afectadas. Es una organización independiente que otorga subsidios, cuyo propósito es ayudar a países en vías de desarrollo en la lucha contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis.

G

Genérica

Droga idéntica o bioequivalente a una droga de marca en dosaje, seguridad, fuerza, manera de ser tomada, calidad, desempeño y uso. El nombre genérico de una droga es el nombre propio de la droga, no aquel dado por ningún productor de la misma. Es el nombre más usado en la literatura médica o en los medios. Además, genérico muchas veces significa menos costoso, aunque químicamente idéntico, a los medicamentos manufacturados por compañías que inventaron la droga. En algunos países, las drogas genéricas aparecen en el mercado

una vez que una patente sobre una droga ha vencido. En otros países, las drogas genéricas son manufacturadas y vendidas incluso antes de que la patente haya expirado.

H

Hombres que tienen sexo con hombres (HSM)

Al evaluar el riesgo de enfermedad, se utiliza el término HSH en vez de "gay", "homosexual" o "bisexual" porque hace referencia a un comportamiento riesgoso y no a una identidad que puede, o no, acarrear este comportamiento. En muchos países y culturas, los hombres que tienen sexo con hombres no se perciben como gays o bisexuales.

I

Incidencia

Número de casos nuevos de una enfermedad en una población a lo largo de un período específico de tiempo (por ejemplo: cantidad de nuevos casos anuales de VIH en un país).

Infección Aguda de VIH

Esta es primera etapa de la enfermedad del VIH, el período inmediatamente posterior a la infección con VIH y puede durar varias semanas. El virus se multiplica rápidamente y puede ser transmitido a otras personas durante esta etapa.

Infección Oportunista (IO)

Enfermedades que raramente tienen lugar en personas saludables pero que causan infecciones en individuos cuyos sistemas inmunológicos están comprometidos como resultado de la infección por VIH. Estos organismos están normalmente presentes en los individuos pero generalmente son mantenidos bajo control por un sistema inmunológico saludable. Cuando una persona infectada con VIH desarrolla una IO se considera que ha avanzado hacia un diagnóstico de SIDA.

Inmunodeficiencia

Estado en el que el que el sistema inmunológico no puede defenderse contra una infección. El VIH debilita progresivamente el sistema inmunológico y causa inmunodeficiencia.

Inmunosupresión

Estado en el que el sistema inmunológico no puede funcionar normalmente porque ya ha sido debilitado. Esto se puede deber a drogas o tratamientos médicos (quimioterapia) o a enfermedades (VIH). Un sistema inmunológico que está inmunosuprimido también es llamado inmunocomprometido.

Interacción droga-droga

Situación en la cual una droga cambia la manera en que otra droga actúa en el cuerpo. El resultado puede ser el incremento o disminución de la efectividad de ambas drogas. La interacción entre drogas puede llevar a efectos colaterales impensados.

L

Líquido seminal/ semen/ esperma

El pene emite el semen, que contiene los espermatozoides, las células masculinas para la concepción. El semen es transmisor del VIH.

Líquido vaginal

Producido por la membrana mucosa de la vagina, es también transmisor del VIH, aunque en menor medida que el semen.

M

Malaria

Enfermedad causada por parásitos que son transmitidos a los humanos a través de la picadura de mosquitos infectados. Algunos síntomas de infección son fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor muscular, fatiga, náuseas y vómitos. Estos síntomas suelen aparecer entre los 9 y los 14 días después de que la persona haya sido picada por un mosquito infectado. En casos severos, la enfermedad puede poner en riesgo la vida.

Marketing Social

Adaptación de técnicas de marketing comercial para lograr objetivos sociales y alentar la adopción de conductas saludables. El marketing social ha sido usado alrededor del mundo para promover algunas técnicas relacionadas con la prevención del VIH como la distribución gratuita de preservativos.

Microbicida

Productos diseñados para reducir la transmisión de microbios. Se están llevando a cabo estudios para determinar si es posible desarrollar microbicidas para reducir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Los microbicidas serían aplicados como tópico en la vagina o en el ano y podrían ser producidos en varios formatos, como cremas, geles, supositorios o como un anillo o esponja que desprendiera el ingrediente activo a lo largo del tiempo.

Morbilidad

Proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado.

Mutación

Cambio en la estructura genética de un organismo que tiene lugar durante el proceso de multiplicación. El VIH se multiplica rápidamente y cambia de forma durante el proceso. Estos cambios permiten la formación de cepas de VIH resistentes a las drogas.

N

Negativización

Término incorrecto para referirse a la carga viral indetectable en sangre. No existen casos de negativización en personas adultas. Todavía no es posible hablar de cura para el VIH/SIDA.

O

ONUSIDA (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA)

Es parte de Naciones Unidas y es un Programa de colaboración entre diez agencias para la lucha contra el SIDA.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Es la agencia de Naciones Unidas dedicada a la salud. Está gobernada por 192 estados miembro y se propone ayudar a alcanzar los más altos niveles de salud individuales. Es internacionalmente reconocido como una de las organizaciones líderes dedicada a la salud global. La OMS, junto con ONUSIDA, lanzó la Iniciativa 3x5.

P

Pandemia

Epidemia mundial que tiene lugar en una extensa región geográfica y que afecta a una proporción excepcionalmente alta de la población.

Patógeno

Substancia u organismo que causa una enfermedad.

PEPFAR	El Plan de Emergencia del Presidente Bush para el Alivio del SIDA (PEPFAR), es una iniciativa de U\$S 15 mil millones planeada a cinco años que empezó a mediados de 2004 dirigida al VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en países en vías de desarrollo. Incluye U\$S 10 mil millones destinados a 15 países y al Fondo Mundial. Hasta el día de hoy, el PEPFAR ha apoyado la terapia antiretroviral para unos 235.000 hombres, mujeres y niños en África, Asia y el Caribe. Fue autorizado por el Acto de Liderazgo contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria de EE.UU. en 2003.
Período de Incubación	Período de tiempo comprendido entre la infección con VIH y el comienzo de los síntomas.
Período ventana	Tiempo de alrededor de tres meses, entre el momento de la infección con VIH y la producción de los anticuerpos suficientes para que el virus sea detectado en las pruebas de laboratorio.
Placebo	Sustancia que parece medicación real, pero que no tiene efecto médico.
Poblaciones Vulnerables	Poblaciones que están en un alto riesgo de exposición al VIH dados los factores socioeconómicos, culturales o de comportamiento. Las poblaciones vulnerables incluyen a refugiados, jóvenes, pobres, migrantes, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables, trabajadores sexuales y mujeres, especialmente en los países o comunidades en los que hay una pronunciada desigualdad de géneros.
Prevalencia	Es la medida de la proporción de la población que tiene la enfermedad en un período específico de tiempo.
Prevención (primaria, secundaria)	En el contexto del VIH, las actividades de prevención primaria están diseñadas para evitar la transmisión. La prevención secundaria es la detección temprana de la infección por VIH para la intervención efectiva. Los servicios de prevención incluyen el asesoramiento voluntario, el testeo, la distribución de preservativos, la vigilancia de la enfermedad, la educación y la seguridad de la sangre.
Prevención de la transmisión de madre e hijo (PTV)	ONUSIDA describe una estrategia para prevenir la transmisión del VIH de una madre que vive con VIH a su hijo que consta de tres partes. A- Proteger a las mujeres en edad de ser madres de la infección con VIH. B- Evitar embarazos no deseados entre mujeres que viven con VIH. C- Prevenir la transmisión a lo largo del embarazo, el parto y la lactancia otorgando asesoramiento voluntario, testeo, terapia antiretroviral, un parto seguro y sustitutos de la leche materna cuando sea necesario. De esta manera la chance de evitar la transmisión es de más del 99%.
Profilaxis	Prevención o tratamientos preventivos de una enfermedad. La profilaxis primaria es aquel tratamiento médico que se da para prevenir el comienzo de una infección. La profilaxis secundaria es aquella en la que se otorgan medicamentos para prevenir síntomas recurrentes de una infección que ya existe.
Programas de Asesoramiento y Testeo Voluntario	Son un componente crítico tanto de las actividades de prevención como de las de tratamiento del VIH. La consejería es una intervención internacionalmente aceptada diseñada para permitir a las personas conocer su estatus con respecto al virus y obtener asesoramiento con respecto a la manera de reducir el riesgo o sobre tratamiento en el caso de que sean VIH positivos.

R

Resistencia a una droga

Habilidad del VIH de reproducirse a pesar de la presencia de drogas anti VIH. La resistencia a una droga es el resultado de mutaciones que se dan durante la replicación del VIH.

Resistencia Cruzada

Fenómeno por el cual la resistencia que ejerce el VIH contra una droga (ver resistencia a drogas) se expande a otras drogas de la misma clase. Un ejemplo es la resistencia a la nevirapina ampliada a la resistencia al efavirenz.

S

Sexo Seco

Mujeres que usan diferentes agentes para secar la vagina antes de la relación sexual. Esta práctica normalmente está basada en creencias culturales, pero puede aumentar el riesgo de la transmisión del VIH ya que los preservativos tienden a romperse debido a la fricción y las paredes vaginales secas pueden llevar al desgarro y la laceración durante la relación sexual.

SIDA

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) tiene lugar cuando el sistema inmunológico de un individuo está debilitado por el VIH hasta el punto de desarrollar enfermedades o varios tipos de cáncer. En algunos países como en EE.UU., las personas que no han tenido estas enfermedades pero que presentan, a través de pruebas de laboratorio, sistemas inmunológicos severamente dañados también son consideradas bajo diagnóstico de SIDA.

Síndrome de Demencia por SIDA

También conocido como Demencia por VIH es un estado causado por el VIH que afecta al cerebro causando la pérdida de habilidades mentales. Algunos síntomas son la pérdida de coordinación e interés en el entorno, cambios de humor y disfuncionalidades mentales. También pueden presentarse pérdidas de memoria y movilidad reducida. El Síndrome de Demencia por SIDA aparece normalmente cuando la persona ya ha desarrollado infecciones oportunistas, pero también puede presentarse en una etapa anterior. Puede prevenirse y tratarse con terapia antiretroviral.

Sistema Inmunológico

Es el sistema de defensa del cuerpo contra organismos extraños como las bacterias, virus u hongos.

T

Terapias Alternativas y Complementarias

Tratamientos que exceden la esfera de la medicina occidental. La efectividad de estas terapias en la lucha contra la infección con VIH no ha sido comprobada.

Terapia Antiretroviral Altamente Activa (HAART)

Línea de tratamiento que incluye el uso de tres o más antiretrovirales.

Terapia Combinada

Uso de dos o más drogas antiretrovirales combinadas. El uso de tres o más drogas antiretrovirales se denomina HAART.

Test de VIH

El test de VIH estándar (test de Elisa) detecta la presencia de anticuerpos del VIH en sangre. Dado que la prueba de Elisa no es específica de

la infección por VIH, su resultado debe ser confirmado con otra prueba denominada Western Blot. Los anticuerpos del VIH son moléculas producidas por el cuerpo una vez que detecta la presencia del VIH. La producción de anticuerpos contra el VIH no ocurre inmediatamente luego de la exposición al virus. El período de tiempo que hay entre la infección y la producción de anticuerpos se llama "período ventana". Durante el período ventana el test de VIH puede dar negativo a pesar de la presencia de VIH en el cuerpo.

Transmisión de Madre a Hijo, perinatal o vertical

Transmisión del VIH de una madre VIH positiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Tuberculosis (TBC)

Enfermedad bacteriana causada por la *Mycobacterium tuberculosis*. Esta enfermedad normalmente afecta los pulmones, pero en casos serios puede avanzar a otras partes del cuerpo. Una persona puede infectarse con TBC cuando otra persona con la infección activa tose, estornuda o escupe. No todas las personas que se infectan con TBC presentan síntomas. Aquellos que no se enferman poseen TBC latente y no pueden contagiar la enfermedad.

Tuberculosis resistente a multidroga (MDR-TBC)

Cepa de tuberculosis que resiste a dos o más drogas anti-TBC. Aparece cuando los individuos suspenden sin prescripción médica los tratamientos. Las bacterias más sensibles desaparecen, pero las más resistentes sobreviven y se reproducen. Estas bacterias más fuertes, cuando ya están totalmente desarrolladas, no solo traerán nuevamente los síntomas, sino que no serán curables con el mismo tratamiento y requerirán dosis mayores o un tratamiento completamente nuevo. La MDR-TBC es un gran problema en países en vías de desarrollo donde no siempre es posible hacer un seguimiento continuo del tratamiento.

U

Usuario de Drogas Inyectables (UDI)

Hace referencia a individuos que utilizan agujas para inyectarse drogas.

V

Vacuna

Sustancia que contiene un organismo infeccioso desactivado, diseñado para estimular al sistema inmunológico a protegerse de dicha infección del organismo activo. Una vacuna terapéutica mejora la capacidad del sistema inmunológico de una persona ya infectada con ese organismo a defenderse.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Virus que causa el SIDA. El VIH puede ser transmitido a través de sangre infectada, semen, secreciones vaginales, leche materna y en el momento del embarazo y el parto. Hay dos tipos de VIH: VIH-1 y VIH-2, ambos se transmiten de las mismas maneras y ambos devienen en SIDA. El VIH-1 es responsable de la inmensa mayoría de las infecciones a nivel mundial, mientras que el VIH-2 está mucho menos diseminado y se encuentra sobre todo en el Oeste de África.

Referencias

Schuettler, Darren. "Abstinence, Condom Controversy Erupts at AIDS Meet". Reuters 12 July 2004.

American Foundation for AIDS Research (Summer 2003). Global Link: A Guide to Internacional VIH/AIDS Research, Treatment and Clinical Trials. Vol.2, No. 1, www.amfar.org/GlobalLink

CDC's Reproductive Health Information Source (May 2003) Glossary of Epidemiology Terms.
http://www.cdc.gov/reproductivehealth/epi_gloss.htm

Foreman M. "ABC of VIH/AIDS". In Boato, STK, Arnaldo, CA eds. Media & VIH/AIDS in East and Southern Africa: A Resource book. UNESCO, 2000,
http://www.unesco.org/webworld/publication/media_aids/index.html

VIH/AIDS Treatment Information Service. (Sept. 2002) Glossary of VIH/AIDS - Related Terms, 4th ed.
http://www.aidsinfo.nih.gov/ed_resources/glossary/

Know VIH/AIDS. Get the Facts: the basic,
http://www.knowhivaids.org/facts_basics.html#g2
Stine, G.J. AIDS Update 2003. New Jersey: Prentice Hall, 2003.

ONUSIDA. Q&A II: Basic Facts about the VIH/AIDS Epidemic and its Impact. http://www.unaids.org/en/resources/questions_answers.asp

UNAIDS. (1998) Social Marketing: An effective tool in the global response to VIH/AIDS.
<http://www.unaids.org/publications/documents/supporting/communications/una98e26.pdf>

Unites Nation Population Fund. (2003) "Promoting Healthier Behaviour". In State of the World Population 2003: Investing in Adolescents' Health and Rights.
<http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>

World Health Organization (2000) WHO Expert Committee on Malaria - Technical Report Series 892, Twentieth Report. <http://mosquito.who.int/docs/FAQonDDT.pdf>

World Health Organization and UNAIDS. (2002). Second Generation Surveillance for HVI/AIDS.
<http://www.who.int/VIH/topics/surveillance/2ndngen/en/>

World Health Organization. The "3 by 5" Target Newsletter, February/July 2005.

Ward, D.E AmFAR AIDS Handbook: The complete guide to understanding VIH/SIDA. New York:W.W. Norton & Company, Inc., 1998

3. PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE VIH/SIDA

¿Qué es VIH?

VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV por sus siglas en inglés). El VIH destruye ciertas células de la sangre llamadas CD4 o linfocitos T. Estas células son cruciales para el funcionamiento normal del sistema inmunológico, que es aquel que defiende al cuerpo contra las enfermedades. Cuando el sistema inmunológico se ve comprometido por el VIH, la persona desarrolla varios tipos de cáncer e infecciones virales, bacterianas, parasitarias y micóticas.

¿Qué es SIDA?

SIDA significa Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Tiene lugar cuando el sistema inmunológico, debilitado por el VIH, permite la aparición de ciertas enfermedades y varios tipos de cáncer. En algunos países como EE.UU., una persona que no presente estas enfermedades y cánceres puede, sin embargo, tener un diagnóstico de SIDA si el test del laboratorio muestra que su sistema inmunológico está severamente dañado. En otros países se define al SIDA sólo a partir de la presencia de enfermedades oportunistas.

¿Cómo se detecta el VIH?

Es imposible darse cuenta al mirar a una persona si él o ella viven con el virus del VIH. La única manera de saberlo es a través del test de VIH. Una muestra de sangre puede revelar la presencia del virus: si contiene anticuerpos de VIH -proteínas que produce el cuerpo para combatir la infección- la persona es VIH positiva.

¿Qué significa un resultado positivo?

Significa que se encuentran anticuerpos del VIH en la sangre, no que tenga SIDA. En esta condición se puede infectar a otra persona.

¿Cómo se transmite el VIH?

El VIH se transmite básicamente a través del sexo vaginal, anal u oral no protegido. Algunos fluidos corporales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna transmiten el VIH. El virus también puede ser transmitido a través de agujas infectadas, si un usuario de drogas, que esté infectado, la comparte. Una mujer infectada con VIH puede transmitir la infección a su bebe durante el embarazo, el parto o la lactancia. El VIH también se transmite a través de suministros de sangre no controlados.

¿Cómo no se transmite el VIH?

El VIH no es un virus fácil de pasar de una persona a otra. El virus no sobrevive fuera del cuerpo. Necesita al organismo humano para vivir pues se aloja y multiplica en las células del sistema inmunológico. Esto significa que no puede ser transmitido a través de contacto casual o cotidiano, como por ejemplo dando la mano o abrazando. Los mosquitos y otros insectos no transmiten el VIH.

¿Cómo puede prevenirse la transmisión del VIH?

Las vías de transmisión comprobadas son pocas y bien definidas y, en todos los casos, involucran únicamente fluidos corporales como sangre, líquido preseminal, semen, secreciones vaginales y leche materna. La manera más segura de evitar la transmisión es evadiendo las conductas identificadas como de alto riesgo. Evitar el contacto con los fluidos corporales infectados puede lograrse a través del uso correcto y consistente del preservativo, en el caso de relaciones sexuales y del uso de guantes de latex, en el caso de la sangre. Las mujeres embarazadas que viven con VIH pueden

reducir el riesgo de transmisión a sus hijos en un 99% con el uso del tratamiento antiretroviral contra el VIH/SIDA y los usuarios de drogas intravenosas no deben compartir agujas.

¿Cuánto tarda el VIH en convertirse en SIDA?

La cantidad de tiempo varía de persona a persona y depende en gran medida del acceso al tratamiento. Generalmente, las personas a las que se les está administrando tratamiento con drogas adecuadas pueden pasar un período de diez años o más hasta que el VIH se convierta en SIDA. ONUSIDA estima que en los países en los que hay poco o ningún acceso a tratamiento, el período de tiempo de la mayoría es de 8 a 10 años.

¿Cuál es la relación entre VIH y la Tuberculosis (TBC)?

El VIH debilita el sistema inmunológico y aumenta las posibilidades de contraer la infección por Tuberculosis. Aproximadamente un tercio del total de las personas que viven con VIH/SIDA en todo el mundo están co-infectadas con TBC y la TBC es una de las principales causas de muerte entre aquellos infectados con VIH.

¿Cuál es la relación entre VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

Las personas que ya poseen una enfermedad de transmisión sexual son mucho más vulnerables a la infección con VIH. Por ejemplo, las úlceras genitales causadas por el herpes crean una vía de acceso para el VIH. Las ETS crean una concentración de células en el área genital que se convierten en blancos para el VIH. Además, las personas que viven con VIH son más vulnerables que otras personas a contraer enfermedades de transmisión sexual adicionales. Sus sistemas inmunológicos están comprometidos, lo que significa que sus cuerpos tienen mucha más dificultad para combatir infecciones.

¿Hay cura para el VIH/SIDA?

No hay ninguna cura conocida para el VIH/SIDA. Hay tratamientos médicos que pueden retrasar la progresión del debilitamiento que causa el VIH en el sistema inmunológico. Hay otros tratamientos que pueden prevenir o curar algunas enfermedades asociadas al SIDA. Los investigadores están realizando ensayos clínicos de vacunas, pero lo más probable es que falten varios años hasta lograr una vacuna exitosa.

¿Cuántas personas tienen VIH/SIDA?

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que hay alrededor de 40 millones de personas en el mundo viviendo con VIH/SIDA. Científicos internacionales estiman que de no aplicar medidas de prevención mayores se podría llegar a 45 millones de nuevos casos de VIH/SIDA hacia el año 2010.

¿Cuáles son las estadísticas más confiables sobre VIH/SIDA?

ONUSIDA provee el conjunto de estadísticas más extenso con respecto a la epidemia global en www.unaids.org. Las estadísticas son compiladas en colaboración con expertos de cada país y epidemiólogos internacionales. Cada país lleva la cuenta a su manera y algunas son más completas que otras. (Más información en preguntas frecuentes en la cobertura del VIH/SIDA).

¿Qué es ARV?

ARV significa antiretroviral. Es un tipo de droga diseñada para retardar la reproducción del VIH en el cuerpo. Si el tratamiento con ARV es efectivo, el principio del SIDA puede ser retardado por años. Se recomienda que las drogas ARV sean usadas de forma combinada. (Más información sobre drogas específicas en el glosario de drogas).

¿Qué es HAART?

HAART significa *highly active antiretroviral therapy* o terapia antiretroviral altamente activa. Es la combinación de, por lo menos, tres drogas que atacan diferentes partes del VIH o impiden al virus entrar en las células de la sangre. Inclusive entre las personas que responden positivamente al HAART, este tratamiento no logra erradicar el VIH. El virus continúa reproduciéndose pero a un ritmo menor.

¿Qué es la resistencia a las drogas?

Es la habilidad de un organismo (por ejemplo un virus, una bacteria, parásito u hongo) de adaptarse, crecer y multiplicarse inclusive frente a la presencia de drogas que normalmente lo matan. La resistencia reduce la habilidad de las drogas ARV de bloquear la replicación del VIH. En el caso de algunas personas que siguen terapias HAART, el VIH muta en nuevas cepas que son altamente resistentes a las drogas normales.

¿Qué es el Fondo Mundial?

El Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis fue creado en 2001 gracias a la iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas Kofi Annan. El Fondo Mundial es una asociación entre gobiernos, el sector privado y comunidades afectadas; una organización independiente que otorga subvenciones, cuyo propósito es ayudar a los países en vías de desarrollo a combatir el VIH, la tuberculosis y la malaria.

¿Qué es 3 x 5?

Es una campaña lanzada en 2003 por la OMS y ONUSIDA dirigida a países en vías de desarrollo. El objetivo era lograr que 3 millones de personas viviendo con VIH accediesen a terapia antiretroviral para el 2005. A pesar de que 3 x 5 ha doblado el número de personas que reciben tratamiento antiretroviral de 400.000 a más de 1.000.000 en junio de 2005, los directivos de la OMS han declarado que es poco probable que se logre el objetivo de 3 millones. De las 6 millones de personas que se estima necesitan tratamiento ARV, sólo el 8% tiene acceso a las drogas.

¿Qué es la capacidad de absorción?

En el contexto de una epidemia global, el concepto es utilizado para hacer referencia a la capacidad de los países en vías de desarrollo de utilizar de manera eficiente el dinero de ayuda que reciben del exterior. Dadas las limitaciones de los sistemas de salud de estos países, es un desafío el lograr procesar, distribuir y manejar la ayuda que se recibe del exterior especialmente porque muchos países reciben ayuda de múltiples donantes cada uno con sus preferencias y requerimientos particulares.

4. LÍNEA DE TIEMPO

1981

El 5 de junio de 1981, el MMWR publicó que investigadores del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos informaron sobre un aumento en el diagnóstico de casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y de Sarcoma de Kaposi en hombres que tuvieron sexo con hombres. Dichas enfermedades nunca habían sido relacionadas con ningún cuadro clínico severo en sujetos sin problemas inmunológicos. El 3 de julio de 1981, el diario New York Times hizo pública la noticia. Para fines de 1981 ya se habían diagnosticado 422 casos y 159 muertes.

1982

El CDC relaciona la transmisión de la enfermedad con las transfusiones de sangre y establece formalmente el término Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA. El CDC identifica en primera instancia cuatro "factores de riesgo": homosexualidad masculina, utilización de drogas inyectables, origen haitiano y hemofilia A. Mientras tanto, el número de casos de SIDA en EE.UU. es 1614, con 619 muertes.

1983

Los científicos Luc Montagnier del Instituto Pasteur en Francia y Robert Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos aíslan el retrovirus humano que causa el SIDA. Luego se lo denominará Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH). Se hace evidente que el virus afecta el sistema inmune, provocando diversas infecciones oportunistas que de otro modo serían fácilmente controladas por un cuerpo saludable. El CDC incluye a las compañeras sexuales de los hombres con SIDA como quinto factor de riesgo.

1984

Hay 11.055 casos de SIDA en EE.UU. y 5.620 muertes. Comienza el primer Programa Mundial de Intercambio de Aguja/ Jeringas (NEP) en Holanda. Inicialmente diseñado para prevenir la hepatitis B entre los usuarios de drogas inyectables (UDI), luego se expandió a la prevención de la transmisión del VIH.

1985

Patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Departamento Norteamericano de Salud y Servicios Humanos (DHHS), se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional de SIDA en Atlanta, Georgia. Alrededor de 2000 investigadores de 30 países descubren la presencia de un foco de epidemia en África. La Administración de Drogas y Comida de EE.UU. (FDA) aprueba el primer test de anticuerpos del VIH. Los productos de la sangre comienzan a ser testeados en Estados Unidos y en Japón. El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos publica las primeras recomendaciones para prevenir la transmisión de madre a hijo. El Departamento de Defensa de Estados Unidos anuncia que comenzará a testear a todos los nuevos reclutas por la infección con VIH y que rechazará a aquellos que sean positivos. Se informa de al menos un caso de VIH/SIDA en todas las regiones del mundo. Hay 22.996 casos de SIDA en EE.UU. y 12.592 muertes: uno de los que fallecen es el actor Rock Hudson. Se demuestra la transmisión heterosexual.

1986

La OMS calcula que hay entre 5 y 10 millones de personas que viven con VIH en todo el mundo. Comienza el testeo de productos de la sangre en Europa. Ya es evidente que la epidemia afecta a hombres y mujeres, independientemente de su identidad sexual, a cualquier edad. Se reconoce la importancia de la campaña preventiva y aparecen datos preliminares sobre drogas para la lucha contra el virus. Se crea el Comité Internacional de Guía a Personas con VIH/SIDA (ISC) que, en 1992, cambia el nombre por Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+)

1987

Se lleva a cabo la III Conferencia Internacional de SIDA en Washington, con más de 12.000 delegados de 110 países. Ronald Reagan menciona la palabra SIDA en un discurso oficial por primera vez. La conferencia destaca la importancia del uso del preservativo y el riesgo elevado de transmisión por uso de drogas intravenosas. Los Estados Unidos suman el VIH como "enfermedad peligrosa y contagiosa" a su lista de causas de exclusión para la inmigración. Ordena el testeo de VIH a todos los inmigrantes. La OMS pone en marcha su Programa Global sobre SIDA. La FDA, luego de la presión de los activistas, reduce el tiempo de aprobación de las drogas contra el SIDA. La primera droga antiretroviral es el AZT. Hay más de 50.000 casos de SIDA en el mundo. La FDA sanciona el primer testeo en humanos de una posible vacuna contra el VIH.

1988

La OMS declara el 1° de Diciembre Día Mundial de la Lucha contra el SIDA. El Instituto Nacional de la Salud Norteamericano (NIH) establece la Oficina del Grupo de Investigación de SIDA y de Ensayos Clínicos de SIDA (ACTG). Se establece el primer programa comprensivo de intercambio de agujas en Norteamérica en Tacoma, Washington.

1989

Los casos de SIDA se elevan a 160.000 a nivel mundial. En EE.UU., la compañía farmacéutica Burroughs Wellcome se ve obligado a bajar el precio del AZT debido a las protestas de los activistas. John Holmes, la estrella porno más famosa del mundo, muere a causa del SIDA.

1990

Ronald Reagan admite no haber dado la suficiente importancia a la epidemia del SIDA. Durante la VI Conferencia Internacional de SIDA en San Francisco, miles de activistas protestan en contra de las normas discriminatorias presentadas por el gobierno de George Bush. Se informa la existencia de 254.000 casos de SIDA en todo el mundo, de los cuales más de 12.000 son de Uganda. La FDA aprueba el uso de AZT para SIDA en pacientes pediátricos.

1991

Se aprueba el ddI, una nueva droga contra el VIH. Al igual que el AZT, inhibe una enzima del virus llamada transcriptasa reversa. Magic Johnson declara que vive con VIH. La cinta roja se introduce como el símbolo internacional de conciencia y solidaridad con el SIDA.

1992

La FDA pone en marcha un proceso específico acelerado de aprobación de drogas antiretrovirales con el objetivo de agilizar la disponibilidad de nuevas moléculas para la lucha contra el SIDA. Se aprueba el ddC, otro inhibidor de la transcriptasa reversa. El primer ensayo clínico de terapias combinadas comienza a reunir pacientes. Debido a las normas restrictivas en lo concerniente a personas que viven con VIH/SIDA en EE.UU., la VIII Conferencia Internacional de SIDA se pasa de Boston a Amsterdam. El SIDA se convierte en la primera causa de muerte entre los hombres norteamericanos entre 25 y 44 años y permanece como tal hasta 1995.

1993

El CDC incorpora una nueva clasificación de los casos de VIH que incluye las infecciones oportunistas adicionales. La nueva clasificación destaca la importancia del conteo de células CD4 en la definición del SIDA. Los resultados del ensayo *Concorde* demuestran que la monoterapia temprana con AZT no ofrece ventajas en términos de progresión de la enfermedad y supervivencia. El tenista Arthur Ashe y el bailarín Rudolf Nureyev mueren a causa del SIDA. Se reportan 600.000 casos a nivel mundial y se informa por primera vez de la veloz transmisión de la epidemia en el sudeste de Asia.

1994

La FDA aprueba otro inhibidor de la transcriptasa reversa: d4T. Hay alrededor de 16 millones de adultos infectados con VIH en todo el mundo y 1 millón de niños (la mayoría africanos). Dos estudios demuestran que el AZT permite disminuir la transmisión del VIH de madre a hijo. Las autoridades sanitarias reconocen que la adopción de medidas preventivas adecuadas podría reducir significativamente los nuevos casos, en particular en los países en vías de desarrollo. Para alcanzar dicho objetivo se necesitarían 2500 millones de dólares.

1995

Los ensayos Delta y ACTG 175 demuestran que la terapia combinada es la forma de controlar el VIH. La FDA aprueba el primer inhibidor de la proteasa -saquinavir- para su uso combinado con otras drogas contra el VIH. Este es el comienzo de una nueva era de terapia antiretroviral altamente activa (HAART). Se crea ONUSIDA, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA establecido para coordinar el trabajo de 6 programas diferentes de Naciones Unidas abocados al SIDA. Hacia junio, la OMS calculó que había 15 millones de personas con VIH en todo el mundo y que ascenderían a 30 millones para el año 2000. También calculó que hacia el año 2000 habría 10 millones de muertes a causa del SIDA, con 5 millones de niños infectados y 10 millones de huérfanos a causa del SIDA de menos de 10 años.

1996

En enero, los resultados de los ensayos clínicos demuestran la eficacia del HAART, la combinación de dos inhibidores de la transcriptasa reversa y un inhibidor de la proteasa, que pronto se convierte en la terapia estándar para el VIH. Los ensayos clínicos presentados en la Conferencia Internacional llevada a cabo en Vancouver, demuestran que el conocer la carga viral permite no solamente predecir la progresión de la enfermedad, sino también monitorear la terapia. Se forma una organización no gubernamental para eliminar las barreras en el desarrollo de una vacuna contra el VIH, llamada Iniciativa Internacional de Vacuna para el SIDA (IAVI). Brasil manufactura drogas antiretrovirales genéricas desafiando la ley internacional de patentes. Las drogas son gratuitas para aquellas personas que las necesitan. También Argentina incorpora los inhibidores de proteasa (IP) y comienza la distribución gratuita de antivirales.

1997

Los beneficios de las nuevas terapias pronto se hacen evidentes: en EE.UU. las muertes relacionadas con el SIDA declinan en más de 40% en comparación al año anterior. A pesar de las novedades terapéuticas, la gente sigue muriendo a causa del SIDA en los países pobres. Hay más de 22 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en todo el mundo.

1998

En la XII Conferencia Internacional de SIDA en Ginebra los investigadores comienzan a descubrir las primeras fallas en pacientes que recibían HAART. Además, la adherencia a la terapia se identifica como un tema de gran importancia para el control de la epidemia del VIH. Comienza el testeo en humanos a gran escala de una vacuna contra el VIH en Norteamérica. Líderes afro-americanos declaran el "estado de emergencia" dentro de su comunidad a causa del VIH/SIDA. Se forma en Sudáfrica la Campaña Acción para el Tratamiento (TAC). Los movimientos de base pujan por obtener acceso al tratamiento.

1999

Se agregan nuevos antiretrovirales: abacavir (un inhibidor de la transcriptasa reversa), nelfinavir (inhibidor de la proteasa) y dos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa: delavirdina y efavirenz. Hay 10 nuevos casos de transmisión de VIH por minuto en todo el mundo. El ensayo HIVNET 012 demuestra la eficacia de la Nevirapina en la prevención de la transmisión de madre a hijo: los índices de transmisión se redujeron a la mitad a pesar de que todas las pacientes que participaban del ensayo amamantaron a sus hijos: el costo de dicho tratamiento es de sólo U\$S 4. Por primera vez, se desarrolla una terapia accesible que puede utilizarse en los países más afectados. A fines de diciembre, ONUSIDA publica sus últimas cifras sobre la epidemia: 5.6 millones de nuevas infecciones en 1999 con 33.6 millones de personas que viven con VIH/SIDA en todo el mundo. Desde el inicio de la epidemia, hubo 16,3 millones de muertos. El presidente sudafricano Thabo Mbeki genera una controversia mundial al cuestionar la relación entre el VIH y el SIDA.

2000

El debate sobre SIDA se concentra en la dimensión geopolítica de la pandemia. Bajo el slogan "Rompiendo el silencio" se realiza la XIII Conferencia Internacional de SIDA en Sudáfrica, una nación en vías de desarrollo. La decisión de la Sociedad Internacional de SIDA (IAS) de organizar la conferencia en el medio de la epidemia y así destacar la dimensión de la catástrofe, renueva la atención de la prensa y de los

personajes más poderosos del mundo hacia el problema del SIDA. Durante la Conferencia se presenta la Declaración de Durban: más de 5.000 científicos y 12 premios Nobel firman un documento que reafirma que el VIH es la causa del SIDA y pone fin a la controversia sobre su origen. ONUSIDA, OMS y otros grupos globales relacionados con la salud anuncian la Iniciativa Mundial de Acceso Acelerado (IAA) para negociar precios más bajos de drogas contra el SIDA con cinco grandes productores de drogas destinadas a países en vías de desarrollo. El ex presidente de Zambia Kenneth Kaunda anuncia que la muerte de su hijo en 1986 se debió a una enfermedad relacionada con el SIDA y se compromete a la lucha. ONUSIDA predice que la mitad de los adolescentes dentro de las naciones más afectadas en el sur de África morirán prematuramente a causa del SIDA. Se desarrolla el Plan Estratégico Regional del Caribe para el VIH/SIDA, el tratamiento, la atención y el apoyo para promover el acceso al tratamiento. En la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) se realiza la primera recomendación para que se identifiquen mecanismos que permitan la compra conjunta de medicamentos en la subregión.

2001

La Asamblea general de Naciones Unidas convoca a la primera sesión especial sobre VIH/SIDA (UNGASS). El Secretario General de Naciones Unidas, Kofi Annan, llama a la creación de un fondo global en la Cumbre Africana de SIDA en Abuja, Nigeria. Naciones Unidas ofrece su compromiso para apoyar el Fondo Mundial. El encuentro de la Organización Mundial de Comercio (OMC) que se realiza en Doha, Qatar, acuerda que, a pesar de las leyes de patente, los países en vías de desarrollo podrán comprar o manufacturar drogas genéricas más baratas para paliar la crisis de salud pública que genera el VIH/SIDA. Varias marcas acceden a ofrecer más drogas a precios reducidos a países en vías de desarrollo. En Buenos Aires se lleva a cabo la 1° Conferencia de la IAS en Patogénesis y Tratamiento del VIH, primer Congreso Mundial de la especialidad realizado en Latinoamérica. Se constituye la Asociación Pan Caribeña sobre el VIH/SIDA, integrada por los gobiernos y las agencias de la región.

2002

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis se vuelve operativo y otorga su primera ronda de financiamientos. El gobierno sudafricano se compromete a redoblar los esfuerzos en campañas para prevenir la infección del VIH. La campaña se basa en la premisa de que el VIH causa SIDA. El presidente norteamericano George W. Bush decreta la ayuda para importar o producir drogas contra el VIH genéricas y por ende menos caras para países en vías de desarrollo. El VIH/SIDA se convierte en la principal causa de muerte en el mundo en personas entre 15 y 59 años. ONUSIDA informa que las mujeres conforman la mitad de los adultos que viven con VIH/SIDA en el mundo. A través de la Comunidad del Caribe (CARICOM), los países de la región alcanzan la reducción de los precios del esquema de triple terapia a los mismos valores ofrecidos para África Subsahariana.

2003

La OMS lanza 3 x 5, campaña para proveer tratamiento antiretroviral a 3 millones de personas hacia 2005. El presidente ruso Vladimir Putin, en su mensaje anual a la Asamblea General, describe la baja en la expectativa de vida como una seria amenaza al futuro de Rusia. Afirma que "El SIDA está empeorándolo". El presidente de Estados Unidos, George W. Bush, anuncia el PEPFAR, una iniciativa a cinco años que incluye 15 mil millones de dólares dirigidos al VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, especialmente en países altamente afectados. Los países de América Central, nucleados por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), obtienen un descenso en el costo de los medicamentos de marca de un 55%. En 10 países latinoamericanos, el precio de la terapia se reduce entre el 30 y el 92%.

2004

La XV Conferencia Internacional de SIDA se desarrolla en Bangkok, Tailandia, siendo la primera conferencia que tiene lugar en el Sudeste asiático. ONUSIDA lanza la Coalición Global de Mujeres y SIDA para elevar la visibilidad del impacto de la epidemia en mujeres alrededor del mundo.

2005

En una conferencia de prensa conjunta, histórica y sin precedentes, la Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, el gobierno de Estados Unidos y el Fondo Mundial anuncian los resultados de los esfuerzos conjuntos para incrementar la disponibilidad de drogas antiretrovirales en países en vías de desarrollo. Brasil y Argentina acuerdan la creación de una fábrica conjunta de medicamentos, especialmente antiretrovirales. Los gobiernos de once países de América Latina y 26 compañías farmacéuticas acuerdan la reducción de entre el 15% y el 55% en los precios.

5. VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EPIDEMIAS DIFERENTES PARA CONTEXTOS PARTICULARES

El VIH/SIDA se ha convertido en una de las crisis de salud más importantes de la historia. Desde sus orígenes, más de 25 millones de personas han muerto a causa del SIDA y, sólo en 2005, fallecieron 3 millones (tantos como la población del Uruguay). A pesar de los esfuerzos, la epidemia continúa superando las estrategias mundiales por contenerla. En la actualidad, el número de personas que vive con VIH ha alcanzado los 40.3 millones, el doble que en 1995 (ONUSIDA, 2005).

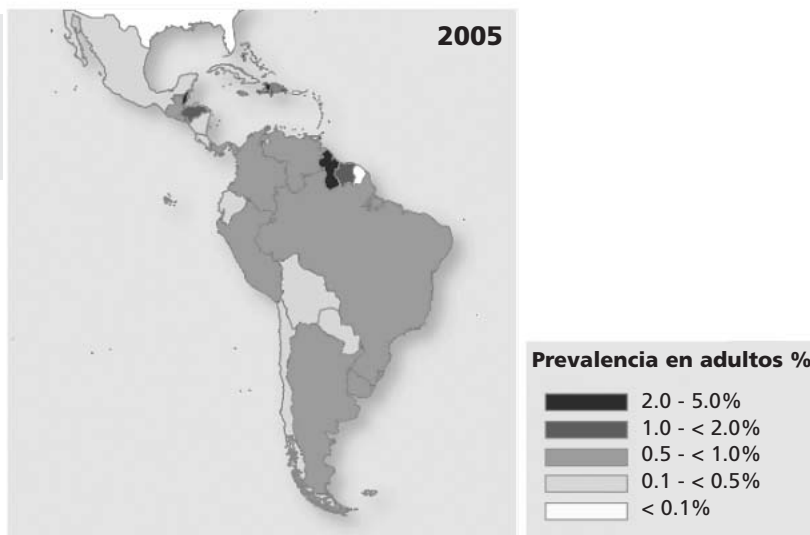
A lo largo de estos años, las características del fenómeno fueron variando. Hoy somos testigos de la creciente feminización de la epidemia: las mujeres son más vulnerables al VIH tanto anatómica como socialmente. Por una parte, la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es dos veces más probable que a la inversa. Por otra, las desigualdades de género provocan que muchas mujeres no puedan decidir cuándo, cómo y con quién tener sexo. Como consecuencia, la proporción de mujeres afectadas sigue en aumento (17.5 millones de mujeres vivían con VIH en 2005, un millón más que en 2003). Lo mismo ocurre con el número de jóvenes: cada día son más de 6.000 los chicos de entre 15 y 24 años que contraen el VIH y este grupo representa la mitad de los nuevos casos (ONUSIDA, 2004).

La tercera gran tendencia mundial está coligada al entorno social. De acuerdo con un informe de ONUSIDA (2004), menos de una de cada cinco personas con riesgo de contraer el VIH tiene acceso a los servicios básicos de prevención. Los países en desarrollo albergan al 95% de las personas que viven con VIH, conformando un círculo vicioso que castiga más duramente a aquellos países con menor capacidad de respuesta.

La propagación del VIH está fuertemente influida por las condiciones sociales, económicas y políticas. Si bien la situación en América Latina y el Caribe continúa la tendencia mundial, la epidemia del VIH en muchos países de la región tiende a concentrarse en algunas poblaciones con conductas de riesgo: un bajo porcentaje en la prevalencia nacional puede ocultar escenarios extremadamente graves. Es por esto que no puede hablarse de una sola epidemia en la región ya que contextos diferentes exigen abordajes particulares.

PREVALENCIA DEL VIH (%) EN ADULTOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

fuelle: ONUSIDA, 2006



Las muchas epidemias de América Latina

En consonancia con la tendencia mundial, en América Latina se estima que el 32% de las personas que viven con VIH son mujeres y que, en 2005, entre el 0.4% y 0.6% de los jóvenes de 15 a 24 años estaban infectados. Ese mismo año, el número de personas viviendo con VIH ascendía a 1.8 millones, se registraron 200.000 nuevos casos y ocurrieron 66.000 muertes a causa del SIDA. En la mayor parte de los países de la región, los niveles más altos de infección se encuentran entre los hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, esta tendencia se está diversificando a medida que los hombres transmiten el virus a sus parejas femeninas. El segundo lugar lo ocupan las trabajadoras sexuales.

Brasil, México, Argentina y Colombia son los países latinoamericanos con mayor población y, como consecuencia, con el mayor número de infecciones. Sin embargo, la prevalencia más alta se encuentra en los países más pequeños como Belice, Honduras o Guatemala, donde más del 1% de los adultos vivían con VIH en 2003 (ONUSIDA, 2005).

En los países con mayor población, las características de la epidemia presentan tendencias variadas. En Brasil, que alberga a la tercera parte del total de personas que viven con VIH en la región, la epidemia ha penetrado en los 26 estados que lo forman. Una parte creciente de las nuevas infecciones se produce entre mujeres, con una prevalencia que varía del 1% hasta el 6% en mujeres embarazadas, en directa proporción con sus condiciones sociales. Por otro lado, a pesar de que existe una tendencia a un inicio más precoz de la actividad sexual, el porcentaje de jóvenes que afirmó utilizar preservativo en su primera relación sexual aumentó de menos del 10% en 1986 a más del 60% en 2003 (Ministerio de Salud de Brasil, 2005). Brasil también ha focalizado sus programas de prevención en usuarios de drogas proveyéndoles gratuitamente nuevas agujas descartables.

En Argentina, el 85% de las nuevas infecciones se producen por relaciones sexuales heterosexuales sin protección. La relación varón - mujer se redujo de 15:1 en 1988 a 3:1 en 2004, con un número desproporcionado de infecciones en las zonas urbanas más pobres afectando principalmente a la población joven (Ministerio de Salud de Argentina, 2005).

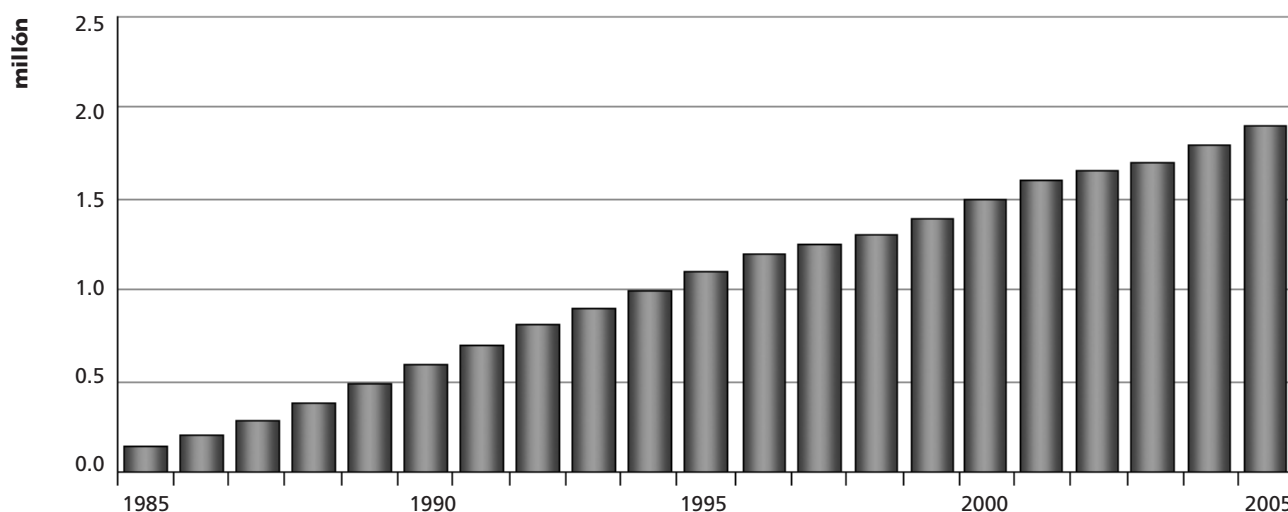
En Chile y Uruguay, la mayor parte de las infecciones se concentran también en zonas urbanas (Comisión Nacional del SIDA de Chile, 2003; Programa Nacional de SIDA del Uruguay, 2005), mientras que en Paraguay la epidemia parece haberse propagado en las zonas rurales, sobre todo en la frontera con Argentina y Brasil (Programa Nacional de SIDA de Paraguay). En Uruguay, la transmisión por el consumo de drogas intravenosas genera una cuarta parte de los casos de SIDA notificados, mientras que las relaciones sexuales entre varones corresponden a una tercera parte de los casos. Uruguay lleva adelante un fuerte programa de prevención de la transmisión de la madre al hijo que ha dado importantes resultados en los últimos años.

Por su parte, en Colombia el VIH afecta principalmente a los varones, quienes conforman el 83% del total de los casos de SIDA (ONUSIDA, 2005). Sin embargo, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, la transmisión de estos hombres a sus parejas femeninas está modificando el comportamiento de la epidemia, con un aumento en el número de mujeres infectadas en los últimos años.

En México, casi el 90% de los casos de SIDA notificados resultan de relaciones sexuales sin protección, pero la mitad corresponden a hombres que tuvieron sexo con hombres (CENSI-DA, 2003) y se estima que las dos terceras partes de las personas viviendo con VIH en 2003 se infectaron por esta misma vía (ONUSIDA, 2004). El papel de las migraciones en México es todavía indeterminado. Sin embargo, el aumento en el número de casos de SIDA en algunas zonas rurales de ese país apunta a un posible nexo con la migración a Estados Unidos (ONUSIDA, 2005).

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

fuelle: ONUSIDA, 2006



La región andina marca una tendencia más homogénea, donde las principales vías de propagación del VIH son el comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones. En Bolivia la epidemia se concentra en las zonas urbanas. Un estudio realizado en Cochabamba demostró que el 3.5% de los niños en situación de calle vivían con VIH, la mayoría de los cuales se había infectado por contacto sexual (ONUSIDA, 2005). Por otro lado, las profesionales del sexo estarían logrando evitar la infección, con una prevalencia menor al 1% en 2002 en ciudades como Cochabamba, Oruro o Tarija y menor al 0.5% en La Paz. Lo mismo ocurre en Perú, donde la prevalencia entre los hombres que tienen sexo con hombres en ciudades como Arequipa, Iquitos, Pucallpa y Sullana se encuentra entre el 6 y el 12% y alcanza el 23% en Lima (Ministerio de Salud del Perú, 2005). Las relaciones sexuales entre varones, también parece ser un factor importante en Ecuador, donde los casos de VIH se han duplicado desde 2001 y más de las dos terceras partes de las transmisiones fueron causadas por esta vía.

En América Central el virus se propaga principalmente entre los grupos más vulnerables y se concentra principalmente en las zonas urbanas y las rutas de transporte. Honduras es el país más afectado de Centroamérica. El 85% de las personas infectadas se encuentran entre los 15 y los 49 años, es decir, dentro del grupo en edad económicamente productiva. La negación de trabajo a quienes viven con VIH está afectando la economía del país con una pérdida anual estimada de 18 millones dólares para el año 2001 (ONUSIDA, Honduras, 2004). En 2003 se estimó una prevalencia de 1.8 que aumentó a 2.0 en 2004 en la población general, aunque alcanzó el 12% entre las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres de algunas ciudades (Secretaría de Salud de Honduras, 2003).

Son muchas las epidemias en América Central relacionadas con estas poblaciones. Un estudio internacional reciente indica que la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo varía desde menos del 1% en Nicaragua, 2% en Panamá, 4% en El Salvador y 5% en Guatemala hasta más del 10% en Honduras (ONUSIDA, 2004). Sin embargo, entre las profesionales que trabajan en la calle en Guatemala este índice alcanza el 15% (ONUSIDA, 2005) y en algunas ciudades de El Salvador aumenta al 16% (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 2003).

Las relaciones sexuales entre varones es también un factor importante. En la Ciudad de Guatemala los niveles de infección en esta población alcanzan el 12% y uno de cada cinco de ellos tenía relaciones sexuales también con mujeres. En El Salvador, Nicaragua y Panamá la prevalencia es del 18%, 9% y 8% respectivamente y en Costa Rica constituye más de las dos

terceras partes de los casos de SIDA notificados (ONUSIDA/OMS, 2004). Sin embargo, este grupo se encuentra fuertemente estigmatizado y, en 13 países de América Latina, recibe una asignación de fondos de los programas nacionales de prevención menor de la que merecería en relación a su representatividad entre las personas que viven con VIH (ONUSIDA, 2004).

En síntesis, se encuentran realidades diferentes en el perfil epidemiológico de la sub-región. Así como en algunos países se observa una heterosexualización de la epidemia, en otros ésta sigue afectando principalmente a los hombres que tienen sexo con hombres. En países como Colombia, México y otros de América Central, actores relevantes señalan que la realización de campañas preventivas orientadas a la población general tuvo el efecto adverso de invisibilizar a la población de HSH. De esta manera, los esfuerzos preventivos no serán del todo eficientes hasta que no se busquen respuestas específicas a problemáticas diferentes.

La realidad del Caribe

El Caribe es la segunda región más afectada del mundo, donde el SIDA es la primera causa de mortalidad en adultos de 15 a 44 años. Sólo en 2005, alrededor de 24.000 personas fallecieron a causa del VIH y se registraron 30.000 nuevas infecciones, lo que supone un total 300.000 personas viviendo con VIH (ONUSIDA, 2005).

Sin embargo, se encuentran importantes diferencias tanto en el alcance como en la intensidad de la epidemia. En Haití, por ejemplo, la prevalencia es del 5.6%, mientras que en Cuba no llega al 0.2% (ONUSIDA, 2005). La principal vía de transmisión son las relaciones sexuales heterosexuales, responsable de tres de cada cuatro casos de SIDA notificados. En un contexto de pobreza extrema y desigualdades de género, el comercio sexual es un factor destacado. Por otro lado, de acuerdo con ONUSIDA, el 12% de las infecciones se atribuye a hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, el estigma y la discriminación en relación a esta población indican que la proporción real podría ser más alta (ONUSIDA, 2005). El consumo de drogas intravenosas es una vía significativa sólo en Bermudas y Puerto Rico.

En relación a las nuevas infecciones, el número de mujeres supera al de los varones, producto tanto de una mayor vulnerabilidad fisiológica como de la tendencia en mujeres jóvenes a mantener relaciones sexuales con varones mayores, con más posibilidades de estar infectados.

La epidemia en Haití es una de las más antiguas del mundo. La prevalencia entre las mujeres en zonas urbanas alcanzó su punto más alto a mediados de la década del 90 y disminuyó de un 9% en 1993 al 3.7% en 2004 (ONUSIDA, 2005). Sin embargo, los cambios son menos evidentes entre las mujeres de zonas semiurbanas y rurales, donde la baja de la prevalencia fue menor: de un 3.5% en 1993 a un 2.6% en 2004. No es posible determinar las causas de esta tendencia ya que algunos cambios en la conducta sexual de los haitianos podrían señalar un riesgo mayor en la transmisión del VIH. Por otro lado, es probable que la mortalidad a causa del SIDA sea el motivo de los menores niveles de infección. Así, este ligero descenso en las zonas rurales podría indicar que la incidencia del VIH sigue siendo notable.

ESTADÍSTICAS Y CARACTERÍSTICAS REGIONALES DEL VIH/SIDA, 2003 - 2005

fuelle: ONUSIDA, 2006

REGION	Adultos (15+) y niños viviendo con HIV		Nuevas infecciones en adultos (15+) y niños		Prevalencia (%) en adultos (15-49)		Muertes relacionadas al sida en adultos (15+) y niños	
	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003
América Latina	1,6 millón (1,2-2,4 millón)	1,4 millón (1,1-2,0 millón)	140.000 (100.000-420.000)	130.000 (95.000-310.000)	0,5 (0,4 - 1,2)	0,5 (0,4 - 0,7)	59.000 (47.000 - 76.000)	51.000 (40.000 - 67.000)
Caribe	330.000 (240.000-420.000)	310.000 (230.000-400.000)	37.000 (26.000-54.000)	34.000 (24.000-47.000)	1,6 (1,1 - 2,2)	1,5 (1,1 - 2,0)	27.000 (19.000 - 36.000)	28.000 (19.000 - 38.000)

Las respuestas al VIH parecen estar dando resultados positivos en República Dominicana, gracias a los esfuerzos de prevención que incitan a reducir el número de parejas sexuales y a aumentar el uso de preservativos. Los niveles de infección en mujeres embarazadas disminuyeron hasta alcanzar una prevalencia del 1.4% en 2004. Sin embargo, continúan presentando importantes diferencias en relación con las condiciones sociales. Lo mismo ocurre en Bahamas, donde las infecciones se redujeron en un 32% entre 2000 y 2003 y en Barbados, donde los nuevos diagnósticos de VIH en mujeres embarazadas disminuyeron en un 50% entre 1999 y 2003 y las defunciones atribuidas al VIH se redujeron a la mitad entre 1998 y 2003, al igual que en Bermudas entre 2000 y 2002 (ONUSIDA, 2005).

Tanto en Jamaica como en Trinidad y Tobago, la epidemia se expande principalmente a través de las relaciones sexuales heterosexuales, con una prevalencia que alcanza el 2% en mujeres embarazadas en el primero y el 3% en adultos en el segundo. Sin embargo, son Guyana (donde el SIDA es la causa principal de mortalidad en adultos de 25 a 44 años) y Suriname (donde las nuevas infecciones se triplicaron desde mediados de 1990) los países que experimentan las epidemias más graves. Según estudios realizados, en estos países las relaciones sexuales entre varones (una tercera parte de los cuales también las tiene con mujeres) y el comercio sexual desempeñan un papel fundamental (ONUSIDA, 2005).

Por último, Cuba sigue manteniendo la epidemia más pequeña de la región, con una prevalencia menor al 0.2%. No obstante, el aumento en las desigualdades y la creciente industria del sexo parecen ser el motivo de las nuevas infecciones, que estarían en aumento. Actualmente, unas 1500 personas tienen acceso al tratamiento que incluye asistencia ambulatoria o interna, alimentos y un curso de ocho semanas sobre todos los aspectos de vivir con VIH (OMS, 2003).

Si bien el Caribe presenta una de las epidemias más peligrosas del mundo, los esfuerzos regionales tanto en relación con el acceso al tratamiento como también a la prevención podrían estar dando los primeros resultados (ONUSIDA, 2005). Sin embargo, en tanto persistan las falencias en los registros epidemiológicos estas conclusiones podrían indicar tanto un mejor abordaje a la epidemia como un descenso en la prevalencia motivado principalmente por la muerte de PVS.

Factores estructurales

La expansión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar. Por el contrario, su propagación está profundamente influida por el entorno social, económico y político. Es por esto que, tanto como centrarse en el comportamiento individual, atender los factores estructurales que subyacen a la exposición al VIH resulta fundamental.

Producto de una combinación de liderazgo y acción integral, distintas experiencias realizadas en América Latina y el Caribe han demostrado resultados positivos en relación al curso de la epidemia. Sin embargo, abordar la vulnerabilidad a nivel estructural implica una intervención sostenida que incluya la ampliación del acceso a los servicios de salud y de educación, establecer leyes y políticas anti discriminatorias o asegurar el tratamiento y la protección jurídica a quienes viven con VIH. Alejarse de las recetas predeterminadas para sustentarse en los diferentes contextos de la epidemia podría colaborar en la obtención de un resultado efectivo y eficaz que termine con la expansión del VIH.

Referencias:

CENSIDA (2003). Información del Registro Nacional de Casos de SIDA en México. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. México.

Ministerio de Salud de Brasil (2005). Boletim Epidemiologico - Aids e ITS. Ano I - No. 01-26 de 2004 - semanas epidemiologicas. Janeiro a junho 2004. Marco. Misterio de salud. Brasilia. www.aids.gov.br

Ministerio de Salud del Perú (2005). Informe de vigilancia centinela. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Lima.

Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de El Salvador, Programa Nacional contra el VIH/ ITS. Asociación "Entre Amigos", San Salvador, El Salvador. Estudio Multicéntrico en Centroamericano de Prevalencia de VIH/ ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros Hombres en El Salvador.

ONUSIDA (2004) Informe sobre la epidemia mundial de sida en http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_00_sp.htm#TopOfPage

ONUSIDA (2005) Situación de la epidemia en Honduras en <http://www.onusida.un.hn/honduras.html>

ONUSIDA/ OMS (2004). Epidemiological Fact sheet: verious (update 2004). ONUSIDA/ OMS. Ginebra. Disponible en <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en>

Programa Nacional de SIDA del Uruguay (2005). Reporte de vigilancia epidemiológica. Abril. Ministerio de Salud. Montevideo.

Secretaría de Salud de Honduras (2003). Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de HIV/ ITS y comportamientos en poblaciones específicas en Honduras. Enero. Departamento de HIV/ ITS/ SIDA. Tegucigalpa.

UNAIDS/WHO AIDS Epidemic Update: December 2005 en http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp

6. ACCESO A ARV EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En 1996 se produjo un cambio radical en relación al tratamiento utilizado en pacientes con VIH/SIDA: la aceptación de la Terapia Antiretroviral Altamente Activa (HAART), que combina al menos tres drogas antiretrovirales significó una fuerte reducción de la mortalidad y de los casos de hospitalización, al tiempo que mejoró la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

Sin embargo, una de las limitaciones más importantes de acceso al tratamiento fue el elevado costo de los medicamentos, situación que se agrava en aquellos países con menores recursos económicos. Durante 2004, menos del 8% de las personas que requerían asistencia en países en vías de desarrollo pudo acceder a los medicamentos y, sólo en 2005, ocurrieron 66.000 muertes a causa del SIDA en América Latina. La prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA exigen el compromiso de una gran cantidad de recursos sanitarios. Además del precio de las drogas, entre las barreras de acceso se incluyen los obstáculos burocráticos en los sistemas de compra y suministro, la centralización del abastecimiento, la escasez de personal de la salud capacitado para la atención de pacientes con VIH y, sobre todo, la necesidad de un mayor compromiso político y social.

A partir del año 2000, la competencia de las drogas genéricas, acompañada de la presión pública junto con la respuesta coordinada de diferentes países e instituciones, permitió una reducción significativa en el precio de los medicamentos. Creada en 2000, la Iniciativa Mundial de Acceso Acelerado (IAA) representa una alianza público - privada entre los países en desarrollo, cinco empresas farmacéuticas y cinco organismos internacionales para mejorar la atención de las personas que viven con VIH. Esta Iniciativa fue uno de los estímulos principales para el establecimiento de políticas y el compromiso financiero y promovió un acercamiento sub-regional entre países próximos con tradición de cooperación.

Los primeros en desarrollar un aproximación regional fueron los países del Caribe quienes, a través de la Comunidad del Caribe (CARICOM), en julio de 2002 alcanzaron la reducción de los precios del esquema de triple terapia a los mismos valores ofrecidos para el África Subsahariana: de un rango de entre 1600 y 3500 dólares por paciente por año, se redujo a 1100 dólares. Posteriormente, los países de América Central, nucleados por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), iniciaron un proceso similar. En enero de 2003, obtuvieron un descenso en el costo de los medicamentos de marca de un 55%.

Finalmente, diez países de América Latina comenzaron la tercera iniciativa regional, desarrollada por los Ministerios de Salud de los países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) con la participación de Argentina, México, Paraguay y Uruguay. Este proceso incluyó una serie de elementos inéditos: la negociación se basó en un precio único y en los criterios de calidad de la OMS para identificar alternativas a las drogas originales. El resultado de la reunión realizada en Lima (Perú) en junio de 2003 fue la reducción en un rango de entre el 30% y el 92% en el precio de los medicamentos de marca y genéricos.

Sin embargo, un informe realizado para la OPS y la OMS demostró que las dificultades para imponer las condiciones de los acuerdos regionales a nivel nacional impidieron la compra de los medicamentos en los precios negociados. La existencia de barreras entre las que se cuentan los derechos arancelarios o la carencia de patentes, concluyó en la compra de medicamentos a precios superiores a los negociados que, en el caso de Chile, ascendió a un rango de entre el 99% y el 2000% en 2004, Colombia de entre el 66% y el 1020% o Ecuador, de entre el 100% y el 3500%. Por esta razón, en agosto de 2005 estos diez países a los que se sumó Brasil, volvieron a negociar con 26 laboratorios y consiguieron rebajas de entre un 15% y un

55% para los esquemas terapéuticos más utilizados en la región. Por primera vez se acordaron precios máximos igualitarios y a partir de ese techo, cada país podría seguir bajándolos.

La mayor parte de los países de América Latina son beneficiarios de los fondos otorgados por distintos programas públicos y/o privados, como puede ser el Fondo Global, la OMS o el PEP-FAR, destinados a la recaudación y desembolso de recursos para la lucha contra el SIDA. Sin embargo, en Jamaica el 82% de las personas que necesitan tratamiento no lo tienen y en República Dominicana este número alcanza el 92%. En Haití, en donde gracias a la Iniciativa 3x5 acceden a la medicación entre 3.000 a 4.000 personas, quienes debieran estar bajo tratamiento son -según datos de la OMS- 42.500 personas.

Cada vez son más los países de América Latina que brindan cobertura universal a las personas viviendo con VIH. Pero, al mismo tiempo, en muchos países de la región se observa una falta de acceso al cuidado de la salud en general, por lo que muchas personas viviendo con VIH no conocen su estatus serológico y, como consecuencia, no acceden a los controles médicos y a los tratamientos (aún cuando estos están disponibles). Por otro lado, aquellos que son más vulnerables a la epidemia muchas veces se ven imposibilitados de acceder a los centros de atención porque viven en condiciones de pobreza. La descentralización del testeo y la simplificación en la entrega de los tratamientos podrían ser interesantes paliativos de algunas de estas situaciones.

Todavía queda mucho por hacer, aún más cuando la muerte y el sufrimiento de millones de personas pueden evitarse mejorando las estructuras ya existentes, los procedimientos de las burocracias nacionales y el monitoreo de las agencias internacionales. Como dijo el Dr. Lee Jong Wook, ex Director General de la OMS, en ocasión del 1 de diciembre de 2005 y evaluando el Programa "3X5": "pesa sobre nosotros la obligación de encontrar los medios más rápidos y eficaces de eliminar los obstáculos que frenan el acceso al tratamiento, hacer que la gente comprenda mejor lo que es el SIDA y lograr una coordinación estrecha entre los programas de tratamiento y de prevención".

CUADRO PARA ACCESO A ARV

fuelle: ONUSIDA, 2006

REGIÓN GEOGRÁFICA	NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS RECIBIENDO TERAPIA ARV, DIC. 2005	NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITAN TERAPIA ARV, DIC. 2005	COBERTURA DE TERAPIA ARV, DIC. 2005
Africa Sub-Sahariana	810.000	4.700.000	17%
Latinoamérica y Caribe	315.000	465.000	68%
Sudeste Asiático	180.000	1.100.000	16%
Europa y Asia Central	21.000	160.000	13%
Medio Oriente y Norte América	4.000	75.000	5%
TOTAL	1.330.000	6,5 millones	20%

Referencias:

Fitzgerald, J., Gomez, B., An open competition model for regional price negotiations yields lowest ARV in the Americas, Diciembre 2003 en http://www.paho.org/English/AD/THS/EV/acceso_gen_priceneg.pdf

International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), Missing the Target: A report on HIV/AIDS treatment access from the frontlines, Noviembre 2005, en <http://www.aidstreatmentaccess.org/itpcfinal.pdf>.

Laura Porras, Ante Fracaso de 3x5, ITPC presenta investigación y propuestas, Agua Buena, 28 de Noviembre, 2005. en <http://www.aguabuena.org/articulos/regional20051213.html>.

Seoane Vázquez, E., Rodríguez-Monguío, R., Análisis del Impacto de las negociaciones de medicamentos en la región andina, The Ohio State University, Marzo 2005 en <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/NegociacionPreciosVIH.pdf>

Eugene Schiff, ¿Dónde están los medicamentos antirretrovirales en el Caribe? Una tragedia ignorada y sin sentido, Marzo 2005 en <http://aguabuena.org/articulos.html>

Jong-Wook, L., Mensaje del Director General, Diciembre de 2005 en <http://www.who.int/dg/lee/speeches/2005/worldaidsday2005b/es/index.html>

7. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UN OBSTÁCULO PARA LA RESPUESTA REGIONAL AL VIH/SIDA

En el transcurso de estos 25 años de la historia del SIDA, el VIH se expandió haciendo gala de la democrática cualidad de prescindir de cualquier distinción de género, condición sexual o grupo social. Sin embargo, desde el comienzo de la epidemia el estigma asociado al SIDA fue silenciando la discusión sobre la problemática. Para hablar de SIDA, es necesario comenzar por admitir nuestros prejuicios, los temores, la ignorancia que transforman a las enfermedades en descréditos y a los enfermos en culpables.

A mediados de 2005, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, definió al estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA como un obstáculo en América Latina. El estigma conduce a la falta de información sobre el virus, sobre cómo se transmite y colabora, así, en la expansión de la epidemia. Considerar vulnerables sólo a los grupos estigmatizados, disminuye la percepción del riesgo individual y limita los propios cuidados. En muchos países de la región, la vergüenza asociada al SIDA promueve que las personas renuncien a conocer su condición serológica o resignen el tratamiento y atención en beneficio del anonimato. Realidades hostiles donde resulta más ventajoso morir pronto que hacer pública la condición de "sidótico", como todavía suele llamarse en ciertos lugares a quienes viven con VIH. Es por esto que un entorno social estigmatizador obstaculiza los avances en relación a la prevención, asistencia y tratamiento adecuados, así como también en lo referente al impacto social de la enfermedad.

Se llama estigma a un descrédito atribuido arbitrariamente a quien posee cierta cualidad. En el caso del VIH/SIDA, este fenómeno se inclina a reforzar las connotaciones negativas hacia comportamientos ya anteriormente marginados, como el trabajo sexual, el consumo de drogas o ciertas prácticas sexuales. Desde el comienzo de la epidemia, una serie de metáforas que asocian al VIH/SIDA con la culpa, la muerte, lo prohibido, tendieron a acentuar la discriminación al mismo tiempo que sugieren al SIDA como una enfermedad de otros: de gays, de mujeres, de africanos... de diferentes, pero nunca de cualquiera, o de todos. Construcciones que fortalecen la metáfora del VIH como "castigo" que, al mismo tiempo que atribuye la culpa al "distinto", exige al resto de enfrentar el problema.

Es así como el estigma asociado al SIDA se entremezcla con otras desigualdades relacionadas con la condición sexual, la raza o la etnia, que legitiman la dominación de ciertos grupos sobre otros. La creación de estereotipos y suposiciones sobre las prácticas de ciertos colectivos intensifican las diferencias preexistentes. La leyenda de la epidemia fue construida sobre no pocas presunciones acerca de costumbres sexuales o comportamientos inmorales.

Estas metáforas instaladas se traducen en acciones dirigidas a los individuos estigmatizados. La discriminación pone en escena el estigma a través de violaciones a los derechos humanos, tanto del derecho a la ausencia de discriminación, estipulado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, como a los derechos a la salud, a obtener un trabajo digno, o a la intimidad. La aparición del VIH/SIDA no sólo modificó las relaciones interpersonales, sino también el vínculo con el Estado, como garante último de la dignidad de las personas. Asegurar los derechos de todos los ciudadanos es una responsabilidad de la Nación, pero es responsabilidad de la ciudadanía velar por el respeto del Estado.

Abordar el estigma y la discriminación debe ser un requisito previo para el desarrollo de estrategias contra el VIH/SIDA. La promoción y protección de los derechos humanos son condiciones básicas para dar una respuesta a la epidemia a nivel regional. Asegurar el acceso universal a la prevención y al tratamiento en los países de América Latina continúa siendo el gran desafío.

Referencias:

ONUSIDA, Impulsar una acción eficaz sobre el VIH/ SIDA. Un desafío persistente para los mandatarios de la OEA, Noviembre 2005.

Maglio, Ignacio, Derechos Humanos. Derecho a la dignidad y SIDA en Actualizaciones en SIDA. Volumen 2. Nro 3.

Aggleton, P., Word, K. y Malcolm, A., Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH, ONUSIDA, abril, 2005.

Vazquez, M., Salomé M., Pregno, E., Wald, G., Derechos Humanos y SIDA. Guía para promotores comunitarios, Fundación Huésped - Embajada Real de los Países Bajos, Agosto de 2004.

8. UN PODER RESPONSABLE: COBERTURA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA

Para la realización de este informe, fueron relevadas las noticias publicadas en 20 periódicos entre 2000 y 2005, cada uno de un país diferente de América Latina y el Caribe junto con entrevistas a distintos referentes por país. El objetivo fue realizar un acercamiento cualitativo a la forma en que se comunican los sucesos sobre VIH/SIDA. Si bien no es posible plantear generalidades por lo acotado de la muestra, el análisis resulta de utilidad para encontrar ciertas coincidencias en el tratamiento que los medios de la región hacen de la epidemia.

A nivel mundial, desde el descubrimiento del SIDA los medios de comunicación tuvieron un rol fundamental en la manera en que la epidemia es comprendida por el público. El 3 de julio de 1981, cuando el diario New York Times publicó una noticia sobre el aumento de casos de neumonía en hombres homosexuales en EEUU, dio comienzo la historia periodística del SIDA. A partir de ese momento inaugural, las informaciones referidas a este nuevo virus se fueron dispersando a nivel mundial. A través de los medios masivos, mucha gente tuvo acceso a mensajes, imágenes e historias relacionadas al SIDA, a veces certeras y otras tantas desafortunadas. En los comienzos, metáforas como la peste rosa o el cáncer gay tendieron a asociar al SIDA con la comunidad homosexual, figura que debió ser reemplazada en 1985 cuando quedó demostrada la transmisión heterosexual. Inmediatamente, la infección por VIH comenzó a ser relacionada a los llamados grupos de riesgo, al mismo tiempo que florecían las metáforas sobre la muerte. Figuras, todas ellas, que aprovecharon las connotaciones negativas de comportamientos ya marginados y las reforzaron por medio de la asociación al VIH. En sus comienzos, el estigma asociado al SIDA se entremezcló con las desigualdades sociales preexistentes.

En coincidencia con la evolución de los imaginarios construidos alrededor del VIH, la cobertura de la problemática del VIH/SIDA en la región de América Latina y el Caribe fue variando. En algunos países, como en México o en Uruguay, la década del 90 marcó un cambio en el tratamiento de las noticias sobre SIDA, con un énfasis menor en el escándalo. Sin embargo, muchos de los conceptos utilizados en los primeros años de la epidemia siguen vigentes, otros fueron renovándose y algunos generaron efectos adversos no buscados. Los retratos de la comunidad homosexual, origen de los estigmas más arraigados en la sociedad, fueron perdiendo presencia a raíz del cambio en el perfil epidemiológico. Sin embargo, la contraparte a esta nueva visibilidad de los casos de mujeres y niños que viven con VIH fue, en muchos países, la invisibilidad de los casos de hombres que tienen sexo con hombres. En lugar de estigmatizarlas, en los últimos años los discursos han pasado a ignorar, en muchos casos, estas infecciones.

A pesar de que muchas metáforas fueron excluidas, otras como portador (que supone que quien vive con VIH "llevaría" una marca diferencial) o víctima (que evoca una imagen de flaqueza o impotencia) caracterizan aún el discurso de los medios. Del mismo modo, la calificación del síndrome como el mal resulta ajena cuando esa misma figura adjetivó, años antes, un fenómeno tan criminal como el nazismo. La persistencia de términos como homosexual, gay o bisexual, tienden a confundir una identidad sexual con un comportamiento sexual.

La prensa puede ser a la vez una aliada y una enemiga de la lucha contra el SIDA. En Brasil, por ejemplo, el rol de los medios fue fundamental para poner en la agenda pública la problemática del acceso a la terapia antirretroviral que derivó en la cobertura universal en 1997. Por otro lado, todavía en 2006 es posible encontrar en los medios nicaragüenses titulares alarmistas que utilizan los términos pánico o sidótico. Sin embargo, a pesar de estas representaciones, en los últimos años se hizo evidente una mayor responsabilidad en el uso de la información acerca del

VIH/SIDA. Las organizaciones de la sociedad civil, sobre todo en América Central, han cumplido un importante rol en este proceso producto de sus esfuerzos de sensibilización.

No es posible pensar los medios de comunicación por fuera de las formas de producción y consumo de la noticia en la cultura contemporánea. Como consecuencia del proceso de globalización de los mercados tanto económicos como simbólicos, la noticia se convierte en una mercancía que, como cualquier otra, responde a las leyes del mercado. La espectacularización se convierte en la estrategia principal que, muchas veces, desplaza el eje de relevancia: la función de informar queda relegada a la de entretener. Las retóricas sensacionalistas junto con la multiplicación de los casos individuales pasan a organizar los modos de contar acerca del VIH/SIDA, priorizando la conmoción por sobre la argumentación. En Bolivia, por ejemplo, donde el subregistro es cercano al 90% y el VIH sigue siendo muy estigmatizado, cada nuevo caso se convierte en noticia. Los relatos de historias de vida o la exhibición de los aspectos más enfáticos de la epidemia, si bien colaboran en la humanización de quienes viven con VIH, muchas veces desvían la atención de los aspectos estructurales del problema. Al mismo tiempo, las lógicas de mercadeo reducen la extensión del producto periodístico que se resiente en la contextualización de los hechos contruidos.

Por otro lado, estas mismas dinámicas del mercado, que imponen a la novedad como exigencia, provocan que muchas veces la agenda de los medios no coincida con la del desarrollo de la epidemia de VIH. Mientras la prensa espera ansiosamente la cura o, al menos, nuevos tratamientos, los tiempos de la ciencia son muchos más lentos. Como consecuencia, en algunos casos nuevos tratamientos que apenas han superado alguna de las etapas de la investigación son presentados como la "salvación", sin tener en cuenta que las personas que viven con VIH no aprovecharán sus beneficios hasta que éste no esté disponible. Esto siempre y cuando tengan la fortuna de vivir en un país que provea terapia antirretroviral gratuita. De no vivir en uno de los escasos países que la proveen, ni siquiera entonces.

Por otra parte, estas mismas leyes de mercado promueven la formación de periodistas multi-mediáticos, obligados a repartir su tiempo entre los distintos soportes y géneros, en detrimento de la especialización. Los esfuerzos realizados por los cronistas en tratar la problemática de manera responsable son, muchas veces, disipados en esta razón de los medios.

La prensa gráfica clasifica las noticias de acuerdo con criterios tipificados que organizan recorridos de lectura: ciertas noticias son de orden político, otras económicas o de política exterior. La cobertura del VIH/SIDA trasciende estas fronteras clasificatorias impuestas a la noticia, pudiendo descubrir su presencia en secciones tan disímiles como salud o cultura y espectáculos. Si bien esto permitiría reconocer al VIH como un problema no sólo de salud pública sino que atraviesa de manera transversal todos los ámbitos sociales, en el análisis realizado casi no aparecen noticias sobre SIDA en las secciones política o económica de los diarios. Para estos sistemas clasificatorios que construyen versiones ordenadas de la realidad, la problemática del VIH no parece todavía merecer la discusión política o económica.

Luego de 25 años del primer caso, el SIDA sigue siendo un tema en la agenda de los medios, aunque con presencia dispar. Eventos particulares, como el Día Mundial de Lucha contra el SIDA, son los que acarrearán la mayor atención y la información sigue priorizando datos epidemiológicos (muchas veces mal interpretados) o sobre vacunas o tratamientos antes que aquellos que informan sobre los aspectos sociales de la epidemia. Sin embargo, es la información sobre aspectos sociales la que permite a la población conocer las características de la epidemia para confrontarla, al mismo tiempo que estimula el interés de las autoridades gubernamentales en la toma de decisiones encaminadas a reducir la transmisión.

La relevancia de los medios de comunicación en relación a las respuestas al VIH/SIDA es indiscutible. Al día de hoy no existe una vacuna que pueda evitar la infección por VIH. La única forma de reducir la expansión y el impacto social de la epidemia es ofrecer información fundamental y responsable sobre el tema. Los medios tienen el poder de mantener el tema del VIH/SIDA en la agenda pública y de establecer sus características cualitativas. Y es en ese poder donde radica su responsabilidad.

9. EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA PROBLEMÁTICA DEL VIH/SIDA

En su artículo "El papel de los medios de comunicación en la problemática del VIH/SIDA en Guatemala", la periodista guatemalteca Laura E. Asturias hace un llamado a los comunicadores a "reflexionar acerca de su aporte para detener el avance del SIDA". Explica que "más que el mero traslado de información, el periodismo relacionado con el SIDA tiene que ver con motivar cambios en actitudes y prácticas muy arraigadas que impiden la contención de la epidemia".

Asturias propone una serie de reflexiones destinadas a quienes elijan dar "este paso adicional" en la cobertura del VIH/SIDA.

La primera serie está enfocada al juicio personal: a empezar por asumir que el VIH/SIDA es, fundamentalmente, una infección de transmisión sexual, como lo confirman los datos oficiales. ¿Es posible, al elaborar una nota o un reportaje, dejar fuera los prejuicios? ¿Cuál es nuestra opinión sobre los/las trabajadores sexuales? ¿Y sobre las relaciones homosexuales, ya sea entre hombres o mujeres? ¿O bisexuales? ¿Cuál es nuestra opinión acerca de travestis o transexuales? ¿Existe conciencia de la magnitud del abuso sexual y del incesto en nuestros países? Y fundamentalmente, ¿nos hemos visto, al nivel más íntimo, como personas que podemos estar expuestas a esta infección, al igual que el público que nos lee o escucha, como consecuencia de nuestras actitudes y prácticas sexuales?

En el plano profesional, la reflexión gira alrededor de la ética asumida por los medios de comunicación. ¿Hemos sólo aprovechado la noticia, cuando ésta nos ha saltado al paso? O por el contrario, ¿hemos reconocido, en nuestras amplias posibilidades de difusión masiva, la oportunidad de generar conciencia en la sociedad acerca de la gravedad de esta infección? ¿Hemos ayudado a corregir las creencias erróneas asociadas a la transmisión del virus y, sobre todo, los múltiples mitos acerca de las personas que viven con VIH? ¿Hemos contribuido a visibilizar el hecho de que el SIDA es una enfermedad que no discrimina a nadie, que es una cuestión de prácticas inseguras, pero que algunos grupos están más expuestos que otros a la infección debido a la marginación y a las situaciones de alto riesgo en que deben vivir? Y, en este orden, lo básico: ¿tenemos, como periodistas, la libertad personal y profesional para usar términos que tienen que ver con la actividad sexual?

Por último, Asturias sugiere una serie de preguntas propuestas por Joe Davidson, un reportero de The Wall Street Journal y catedrático de periodismo en la Universidad de Harvard, que deberían guiar la actividad periodística relacionada con el SIDA. ¿Qué está haciendo el gobierno respecto a la enfermedad en clínicas y hospitales públicos? ¿Qué está haciendo con el presupuesto? ¿Qué educación relacionada con el SIDA se ofrece a agentes de policía y bomberos? ¿Es correcta esa información? ¿Cómo han respondido el sector privado, las empresas y los pequeños negocios? ¿Han sido tratadas injustamente por sus patronos las personas que viven con VIH o con SIDA? ¿Cómo están respondiendo los barrios a la presencia de un hospicio que atiende a personas que viven con SIDA? ¿Se menciona el SIDA como causa de muerte en las escuelas? Y si no se le menciona, ¿por qué? ¿Hay atletas afectados por la infección que pese a ésta continúan su actividad deportiva? ¿Hay iglesias colaborando activamente en la lucha? ¿Están transmitiendo información correcta las y los columnistas o conductores de programas de radio y televisión?

Como conclusión, la periodista propone una serie de principios para orientar el aporte de los comunicadores:

Un periodismo profesional se mantiene vigilante de cara a esta epidemia, como lo hace en otras áreas que afectan seriamente a la sociedad.

Un periodismo centinela está encima de las autoridades estatales para exigir la asignación de suficientes fondos para el combate de la epidemia y vela por la responsable utilización de los mismos en una atención integral del problema.

Un periodismo responsable no permite que se dificulte el acceso a una de las medidas de protección más importante, como es el preservativo, que ayudaría a salvar las vidas de miles de personas.

Un periodismo digno no utiliza las vidas y las imágenes de las personas que viven con VIH/SIDA para "hacer noticia", sin anticipar las consecuencias que tal manejo de la información pueda provocarles. Por el contrario, reconoce que no es la cobertura casuística, ni el uso de chivos expiatorios o historias de horror lo que motiva al público a cambiar actitudes y prácticas. El sensacionalismo vende. También lastima a la humanidad de la gente.

Un periodismo humano se solidariza con aquellas personas que hoy, en todos los estratos sociales, en toda su diversidad humana, deben enfrentarse a la realidad de convivir con una infección mortal.

Un periodismo visionario sabe que la protección de las futuras generaciones empieza por proteger el presente de la niñez y la juventud de hoy.

Un periodismo consciente no olvida su función orientadora hacia las transformaciones de fondo requeridas para cambiar el rumbo de esta epidemia. Y también sabe que uno de los principales retos para detenerla es conseguir el compromiso honesto y decidido del liderazgo político.

Un periodismo alerta mira a través de la hipocresía. Y la denuncia también en nombre de quienes no pueden hacerlo.

Laura E. Asturias (editora@lacuerda.org) es Editora de las Revistas feministas Tertulia (www.la-tertulia.net) y laCuerda (www.lacuerda.org) de Guatemala.

La ponencia "El papel de los medios de comunicación en la problemática del VIH/SIDA en Guatemala" fue presentada en el Foro "Impacto Social del SIDA en Guatemala" en noviembre de 1998 y publicada en la edición de febrero de 1999 de la revista SIDAahora, en Estados Unidos.

10. PREGUNTAS FRECUENTES EN LA COBERTURA DEL VIH/SIDA

¿Hay una diferencia real entre declarar que una persona tiene SIDA o que vive con VIH? —

Sí, puede haber una diferencia. Vivir con VIH significa que una persona está infectada con el virus. Es posible que una persona VIH positiva no muestre síntomas ni haya avanzado hacia un diagnóstico de SIDA. Una persona que tiene SIDA tiene el sistema inmunológico severamente debilitado. Es mejor ser específico a propósito de la etapa de la enfermedad.

¿Qué tan importante es la confidencialidad a la hora de informar sobre un caso de VIH/SIDA? —

La identidad de la persona viviendo con VIH/SIDA no debería ser revelada sin el permiso explícito de la persona en cuestión. En muchos países, la confidencialidad está garantizada por ley. Las personas identificadas como viviendo con VIH o que tienen SIDA pueden ser estigmatizadas. Si la persona está de acuerdo con ser identificada, es responsabilidad del periodista asegurar que la misma comprenda todas las consecuencias potenciales de su decisión.

¿Cuáles son los estereotipos comunes que aparecen a la hora de informar sobre VIH/SIDA? —

La población con VIH/SIDA es diversa y su reporte debe reflejar eso. El objetivo, por supuesto, es ser objetivo y fáctico. No haga juicios de valor. Un estereotipo común tiene que ver con el tipo de personas que se infectan. El comportamiento de alto riesgo (ejemplo: sexo sin protección, sexo con múltiples parejas y el uso de drogas inyectables) es un factor significativo; pero existe también un complejo orden de factores que incluye las circunstancias sociales y económicas que causan más vulnerabilidad frente a la infección con VIH. Otro estereotipo muy común es suponer que las personas que pertenecen a un grupo con comportamientos de riesgo tienen muchas posibilidades de infectarse. Esto no es necesariamente cierto. Por ejemplo, muchos hombres que tienen sexo con hombres practican sexo seguro, con lo cual no están en mayor riesgo que el resto de la población.

¿Con qué palabras tengo que ser cauteloso en el contexto del VIH/SIDA? —

En general, no use palabras que estereotipen o estigmaticen a las personas con VIH/SIDA, que perpetúen los mitos respecto de la enfermedad o que acarreen juicios de valor. No use términos que el público en general no pueda entender, esto es especialmente importante a la hora de cubrir historias médicas. El objetivo es ser preciso sin ser tan denso que el público no pueda comprender. Más información en lenguaje sensible.

¿Cuáles son los escollos a la hora de hablar de tratamientos para el VIH/SIDA? —

El tratamiento del VIH/SIDA es un tema complejo ya que hay muchos tratamientos disponibles: algunos tratan al virus en sí mismo, otros tratan los síntomas y las enfermedades causadas por el virus. Sin embargo, ninguno de ellos es una cura. Es fácil confundir la cura para una enfermedad relacionada con el VIH con una cura para el mismo VIH/SIDA. También es fácil describir las drogas utilizadas para retardar el avance del virus como una cura. Una vez más, no hay cura. Hay ensayos de vacunas siendo testeados en humanos para lograr encontrar una cura para el VIH.

¿Cómo debo tratar la aparición de nuevos tratamientos o estudios sobre vacunas? —

Todos esperamos el día en el que se pueda publicar la noticia sobre la cura del VIH/SIDA. Sin embargo, mientras tanto, es importante recordar que toda noticia que se publique sobre la existencia de nuevos tratamientos que mejoran la calidad de vida de la gente o nuevos ensayos con vacunas es leída por las personas que viven con VIH/SIDA, a quienes no debería generárseles falsas expectativas. También es útil recordar que el proceso de des-

arrollo de nuevas drogas lleva mucho tiempo y debe pasar por muchas etapas de la investigación, por lo que se debe ser preciso en el desarrollo de la noticia, aunque esto pueda afectar el criterio de noticiabilidad.

¿Es exacto decir que una persona murió de SIDA?

El SIDA es un síndrome que puede ser definido por un gran número de enfermedades o cánceres. No existe una enfermedad en particular llamada SIDA. Cuando una persona a la que se le ha diagnosticado SIDA muere, es técnicamente más preciso decir que esa persona murió de una enfermedad relacionada al SIDA o por causas relacionadas al VIH o por la infección del VIH.

11. LENGUAJE SENSIBLE

La siguiente tabla incluye una lista de vocabulario sensible para el momento de informar sobre el VIH/SIDA. La intención es ayudar a entender la complejidad a la hora de informar sobre el VIH. En algunos casos, usted pensará en una frase o palabra alternativa; en otros casos utilizará algunos de los términos que consideramos sensibles. Lo importante es ser conscientes de los temas que rodean a los términos y su uso.

VOCABULARIO SENSIBLE	¿POR QUÉ?	ALTERNATIVAS
Azote, Plaga, Enfermedad Pavorosa	Estas palabras son demasiado dramáticas. Pueden implicar un juicio por lo cual es mejor reemplazarlas por vocabulario menos dramático, como ser el vocabulario médico.	Enfermedad, Epidemia
Batalla, Lucha, Guerra	Las metáforas de guerra han creado un entendimiento erróneo de la epidemia, evidenciando una connotación que deja poco margen a la acción individual.	Respuestas al VIH/SIDA
Contagiarse SIDA, agarrarse SIDA	El VIH es transmitido (por ejemplo sexualmente, de madre a hijo, a través de la sangre) y luego se convierte en SIDA. A diferencia de las enfermedades contagiosas, el VIH no puede ser contagiado ya que no se puede transmitir a través del contacto casual (estornudos, tos o saliva)	Contraer VIH, Infectarse con VIH
Drogas para el SIDA	No hay drogas para el SIDA, dado que un síndrome no se trata con un medicamento específico. Además, este término puede ser malinterpretado haciendo creer que existe una cura par el VIH/SIDA. Es importante remarcar que, si bien hay drogas para tratar los síntomas, prevenir y tratar infecciones oportunistas y disminuir el avance de la enfermedad, ninguna de ellas puede eliminar el virus del cuerpo.	Terapia anti VIH, Tratamiento ARV, Terapia antiretroviral, Drogas relacionadas con el SIDA, Drogas para prevenir y tratar Infecciones Oportunistas (IO)
Fluidos corporales/ Líquidos corporales	Este término es demasiado amplio ya que hace referencia a una gran variedad de fluidos corporales y no todos tienen la carga viral suficiente para transmitir el VIH. Siempre es mejor ser específicos.	Especificar los fluidos (ejemplo: sangre, semen, etc.)
Gay, Homosexual, Bisexual	Estos términos, especialmente gay y bisexual, hacen referencia a una identidad que puede o no estar ligada a un comportamiento. En muchos países y culturas, los hombres que tienen sexo con hombres no se perciben a sí mismos como gay, bisexuales u homosexuales. Es importante distinguir entre comportamiento (que pueden situar a una persona en mayor riesgo de transmitir o	Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)

adquirir VIH) e identidad sexual, particularmente cuando se habla de la transmisión del VIH.

Grupo de riesgo	La frase "grupo de riesgo" puede interpretarse como el único grupo con riesgo de contraer VIH. Las personas que no pertenecen a estos grupos pueden hacerse una falsa idea de seguridad respecto de la infección. Por otro lado, personas pertenecientes a "grupos de riesgo" pueden no tener comportamientos de riesgo. Un ejemplo sería un usuario de drogas inyectables que utiliza agujas limpias y no las comparte.	Comportamiento de riesgo
Huérfano del SIDA	Este término puede estigmatizar a un niño y su condición además de llevar a interpretaciones incorrectas como que el niño es VIH positivo. El niño puede no ser VIH positivo pero puede haber perdido a uno o ambos progenitores a causa del VIH.	Huérfanos, Niños afectados por el VIH/SIDA
Inocente (víctima), culpable	De estos términos se infiere que algunos modos de transmisión son peores que otros y que algunas personas que viven con VIH merecen su estatus.	Evitar las palabras "culpable" o "inocente"
Morir de SIDA	Este término es usado frecuentemente pero el SIDA es, de hecho, un síndrome que puede ser definido por muchas enfermedades diferentes. El VIH debilita gradualmente el sistema inmunológico de las personas y lleva a una o varias enfermedades (infecciones oportunistas) que señalan la progresión hacia el SIDA. Estas enfermedades son las que eventualmente causan la muerte.	Morir de una enfermedad relacionada con el SIDA, Morir de una enfermedad relacionada con el VIH
Persona Infectada con VIH/ VIH positivo	Enfatiza la infección en vez de la persona que vive con ella.	Persona que vive con VIH
Persona infectada con SIDA	El SIDA es un síndrome, no un virus. No es posible infectarse con un síndrome.	Persona que vive con SIDA VIH positivo
Portador de VIH/SIDA / sidoso / sidótico	Estos términos tienden a estigmatizar, ya que se centra en un individuo como portador de una enfermedad. Es importante hacer hincapié en que el VIH/SIDA es una enfermedad que se puede manejar y con la que se puede vivir, en vez de centrarse en el estatus de una persona respecto de la enfermedad.	Persona/Hombre/Mujer que vive con VIH/SIDA
Plaga/ Peste	Estos términos provocan miedo y son incorrectos.	Epidemia
Promiscuo	Este término se basa en la percepción del comportamiento de un individuo. Da una connotación negativa sobre el hecho de que una persona tenga o se crea que tiene más de un compañero sexual y no da cuenta claramente del contexto de transmisión. Por ejemplo, una persona puede tener un matrimonio polígamo, que resulta social y religiosamente aceptable en muchas sociedades. Es importante no usar	Este es un juicio de valor que debería ser omitido

un lenguaje que juzgue el comportamiento de otras personas ni que esté basado en estereotipos o concepciones erróneas.

Prostituta	Este término posee una connotación negativa y no describe precisamente a muchas situaciones en las que las personas se ven forzadas a intercambiar sexo por dinero o comida debido a las desigualdades de género o a la falta de oportunidades económicas alternativas.	Trabajador/ a sexual
Sospechoso (de tener VIH), Admitir (tener VIH)	Estos términos promueven la estigmatización ya que implican la idea de secreto.	Evitar estos términos
Test del SIDA	El test determina la presencia de anticuerpos del VIH, por lo tanto detecta la infección de VIH y no el SIDA. El avance hacia el SIDA es la última etapa de la enfermedad del VIH.	Test de VIH
Víctima sufriente, Víctimas del SIDA, personas que sufren de SIDA	Estos términos evocan imágenes de pasividad, debilidad e impotencia.	Persona que vive con VIH/SIDA
VIH y SIDA, VIH o SIDA	Estas no son dos enfermedades, sino dos etapas dentro de la enfermedad del VIH.	Enfermedad del VIH
Virus del SIDA	El nombre correcto del virus es VIH. El SIDA es un síndrome causado por el VIH.	VIH, El virus que causa el SIDA
Virus del VIH	Este término es redundante ya que VIH significa "Virus de Inmunodeficiencia Humana".	VIH

Referencias:

Beamish, J. Reporting on VIH/AIDS: A Manual. African Women's Media Center, UNDP, 2002, <http://www.awmc.com/pub/p-4680/e-4681/>

Foreman M. "An ethical guide to reporting VIH/AIDS". In Bofo, STK, Arnaldo, CA (eds.) Media & VIH/AIDS in East and Southern Africa: A Resource Book. UNESCO, 2000, http://www.unesco.org/webworld/publications/media_aids/index.html

Soul City and Health-e. (2003) VIH/AIDS: A Resource for Journalists. http://soulcity.org.za/downloads/final_Aids_Booklet.pdf

Made, P. Gender, VIH/AIDS and Rights: A training Manual for Media. Inter Press Service, 2002, http://www.ipsnews.net/aids_2002/ipsgender2003.pdf

Journalists Against AIDS Nigeria and United Nations Information Center. (2001) Media Handbook on VIH/AIDS in Nigeria.

UNDP. (1992) VIH Related Language Policy, <http://www.undp.org/VIH/policies/langpole.htm>

12. TÉRMINOS IMPORTANTES DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	La Agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. responsable de asegurar la seguridad y efectividad de todas las drogas, vacunas y dispositivos médicos; incluyendo aquellos utilizados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección del VIH/SIDA y enfermedades oportunistas relacionadas con el SIDA. La FDA también se ocupa del banco de sangre nacional norteamericano garantizando su seguridad.
HAART (Terapia Antiretroviral Altamente Activa)	Tratamientos con ARV que actúan agresivamente para suprimir la replicación del VIH y el avance de la enfermedad del VIH. El régimen normal de HAART incluye el uso de tres o más antiretrovirales.
Inhibidor de Fusión	El inhibidor de fusión es una clase de ARV que bloquea el acceso del VIH en las células, evitando así que se multiplique ya que el VIH necesita estar adentro de una célula para poder reproducirse.
Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Reversa (INTR)	Los Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa son un tipo de ARV que bloquean la replicación del VIH al interferir con la Transcriptasa Reversa (TR), una proteína que el VIH necesita para hacer copias de sí mismo.
Inhibidor No-Nucleósido de Transcriptasa Reversa (INNTR)	Los Inhibidores No-Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa son un tipo de ARV que bloquea la replicación del VIH al interferir con la Transcriptasa Reversa (TR), una proteína que el VIH necesita para hacer copias de sí mismo. Los INNTR funcionan de manera ligeramente diferente a los INTR.
Inhibidor de la Proteasa	Los Inhibidores de la Proteasa son una clase de ARV que actúa bloqueando la función de la proteasa, una proteína que el VIH necesita para hacer copias de sí mismo.
Nombre Genérico	Droga idéntica o bioequivalente, en dosaje, seguridad, fuerza, manera de ser tomada, calidad, desempeño y uso, a una droga de marca. El nombre genérico de una droga es el nombre propio de la droga, no aquel dado por ningún productor de la misma. Es el nombre más usado en la literatura médica o en los medios. Además, genérico muchas veces significa menos costoso aunque químicamente idéntico a los medicamentos manufacturados por compañías que inventaron la droga. En algunos países, las drogas genéricas aparecen en el mercado una vez que una patente sobre una droga ha vencido. En otros países, las drogas genéricas son manufacturadas y vendidas incluso antes de que la patente haya expirado.

Nombre de Droga de Marca/ Comercial El nombre comercial de una droga es el nombre que el productor le pone al producto que manufactura.

Terapia Antiretroviral (ART o ARV) Los ART (o ARV) hacen referencia a un amplio rango de tratamientos que incluyen medicación antiretroviral. Estas drogas están diseñadas para destruir retrovirus como el VIH o para interferir en su replicación. Los cuatro tipos de drogas antiretrovirales que hay disponibles en la actualidad son los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR), inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR), los inhibidores de la proteasa (PI) y los inhibidores de fusión. Las drogas que se enumeran en las próximas hojas son todas antiretrovirales.

Terapia Combinada El uso de dos o más antiretrovirales combinados.

13. TERAPIA ANTIRETROVIRAL APROBADA POR LA FDA

NOMBRE GENÉRICO	CLASE	FECHA DE APROBACIÓN DE LA FDA	DESCRIPCIÓN
Zidovudina AZT, ZDV	INTR	19/3/1987	La Zidovudina, también conocida como AZT o ZDV fue la primera droga aprobada para tratar el VIH en adultos en 1987. En 1990 se la aprobó para niños a partir de 3 meses de edad. En 1994 se la aprobó para ser usada por mujeres embarazadas VIH positivas para prevenir la transmisión a sus hijos durante el embarazo y el parto. En esos casos, también se le da la droga al bebé durante las primeras 6 semanas de vida. La zidovudina está disponible en formato cápsula, tableta, jarabe e intravenoso.
Zalcitabina, ddC	INTR	19/6/1992	La Zalcitabina o ddC fue aprobada en 1992 para su utilización en terapias combinadas pediátricas y para adultos. Está disponible en tabletas.
Stavudina, d4T	INTR	24/6/1994	La Stavudina o d4T fue aprobada en 1994 para el tratamiento del VIH en adultos y en 1996 para uso pediátrico. Está disponible en forma líquida o en cápsulas.
Lamivudina, 3TC	INTR	17/11/1995	La Lamivudina o 3TC, fue aprobada en 1995 para su uso combinado en terapias para adultos y niños de más de 3 meses. Está disponible en formato líquido o tabletas.
Lamivudina/ zidovudina	INTR	27/9/1997	Combivir es la combinación de zidovudina y lamivudina en una tableta. También conocida como 3TC/AZT, Combivir fue aprobada en 1997 para su uso en adultos y adolescentes de más de 12 años.
Abacavir	INTR	17/12/1998	El Abacavir, ABC o sulfato de Abacavir fue aprobado en 1998 para ser usado en combinación en la terapia anti-VIH entre adultos y niños de más de 3 meses. Está disponible en forma de tableta y líquido.
Abacavir/lamivudina/ zidovudina	INTR	14/11/2000	Esta única píldora combinada de abacavir, lamivudina y zidovudina fue creada porque estas tres drogas solían prescribirse juntas. Trizivir fue aprobada en 2000 para su uso en adultos y adolescentes con un peso superior a 40 Kg.
Didanosina, ddl	INTR	9/10/2001	Didanosina, también conocida como ddl, fue aprobada en 1996 para su uso en adultos y niños de más

			de 6 meses. Está disponible en cápsulas, tabletas, líquidos y polvos.
Tenofovir	INTR	26/10/2001	Tenofovir, TDF, fue aprobado en 2001 para su uso combinado en adultos. Viene en formato tableta.
Emtricitabina, FTC	INTR	2/7/2003	La Emtricitabina o FTC fue aprobado en 2003 para su uso combinado en adultos. Está disponible en forma de cápsula.
Nevirapina	INNTR	21/6/1996	La Nevirapina, Viramune o NVP fue la primera INNTR aprobada por la FDA. Fue aprobada para su uso en adultos y niños de más de 2 meses. Usualmente se la utiliza para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH. La NVP viene en forma líquida o de tableta.
Delavirdina, DLV	INNTR	4/4/1997	La Delavirdina, Rescriptor o DLV fue aprobada en 1997 para terapia combinada para adultos. Está disponible en formato tableta.
Efavirenz	INTR	17/9/1998	Efavirenz, Sustiva, Stocrin o EFV, fue aprobada en 1998 para su uso en adultos y en niños de más de 3 años. Está disponible en formato cápsula.
Saquinavir	PI	7/11/1997	Esta droga está disponible en dos formas. Saquinavir, también conocido como Fortovase fue el primer inhibidor de la proteasa aprobado por la FDA. Fortovase es la manera en la que más se lo prescribe y viene en forma de cápsulas de gel blando rellenas con líquido. Saquinavir mesylate o Invirase fue aprobado por la FDA en 1995 y fue el primer inhibidor de la proteasa. Está disponible en cápsulas de gelatina y se debe tomar en combinación con Ritonavir. Ambos están aprobados para su uso en terapias combinadas.
Ritonavir RTV	PI	1/3/1996	Ritonavir o Norvir, fue aprobado en 1996 para el uso en terapias combinadas para adultos y en 1997 para el uso en niños de más de 2 años. Está disponible en cápsulas de gel blando y en líquido.
Indinavir, IDV	PI	13/3/1996	Indinavir o Crixivan, fue aprobado en 1996 para uso en adultos. Está disponible en forma de cápsula.
Nelfinavir, NFV	PI	14/3/1997	Nelfinavir mesylate o Viracept fue aprobado en 1997 para su uso en adultos y niños mayores de 2 años en terapia combinada. También se utiliza para prevenir la infección en caso de exposición accidental y existe en formato tableta.
Amprenavir	PI	15/4/1999	Amprenavir o Agenerase fue aprobado en 1999 para uso en terapias combinadas para adultos y niños mayores de 4 años. Está disponible en cápsulas de gel blando o en soluciones orales.
Lopinavir/ritonavir	PI	15/9/2000	La combinación de Lopinavir y ritonavir también conocida como Kaletra, fue aprobada en 2000 para

			terapias combinadas en adultos y niños mayores a 6 meses de edad. Está disponible en cápsulas y líquido.
Atazanavir	PI	20/6/2003	Atazanavir o Reyataz fue aprobada en 2003 para su uso en terapias combinadas en adultos. Está disponible en cápsulas.
Fosamprenavir	PI	20/10/2003	El Fosamprenavir o Lexiva fue aprobado en 2003 para terapias combinadas en adultos y niños mayores a 16 años. Viene en formato tableta.
Tipranavir	PI	22/6/2005	Tipranavir fue aprobado por la FDA para el tratamiento del VIH en Junio 2005. Aptivus / ritonavir sólo está aprobado para casos de personas que ya hayan probado otras drogas anti-VIH y estas hayan fallado. Tipranavir debe ser usado en combinación con Norvir (ritonavir) y, por lo menos, dos drogas anti-VIH más.
Enfuvirtida, T-20	Inhibidor de Fusión	13/3/2003	Enfuvirtida, Fuzeon o T-20 fue aprobada en 2003 para su uso en terapias combinadas en adultos y niños mayores a 6 años. Esta disponible en forma de inyectable.
Abacavir / Lamivudine	INTR	2/8/2004	Epzicom, también conocido como abacavir y lamivudina es una combinación de dos drogas antiretrovirales: sulfato de abacavir (Ziagen) y lamivudina (Epivir). Ambas drogas son Inhibidoras Nucleósidas de la Transcriptasa Reversa (INTR). Epzicom fue aprobado por la FDA el 2/8/2004 para el tratamiento de la infección del VIH en adultos. Epzicom debería ser usado en combinación con otros tipos de droga anti-VIH.
Tenofovir	INTR	2/8/2004	Tenofovir incluye dos drogas antiretrovirales: emtricitabina (Emtriva) y tenofovir disoprixil fumarate (Viread). Ambas drogas son INTR. Tenofovir fue aprobada por la FDA el 2/8/2004 como co-fórmula para su uso combinado con otros antiretrovirales para el tratamiento de la infección VIH 1 en adultos.

Referencias:

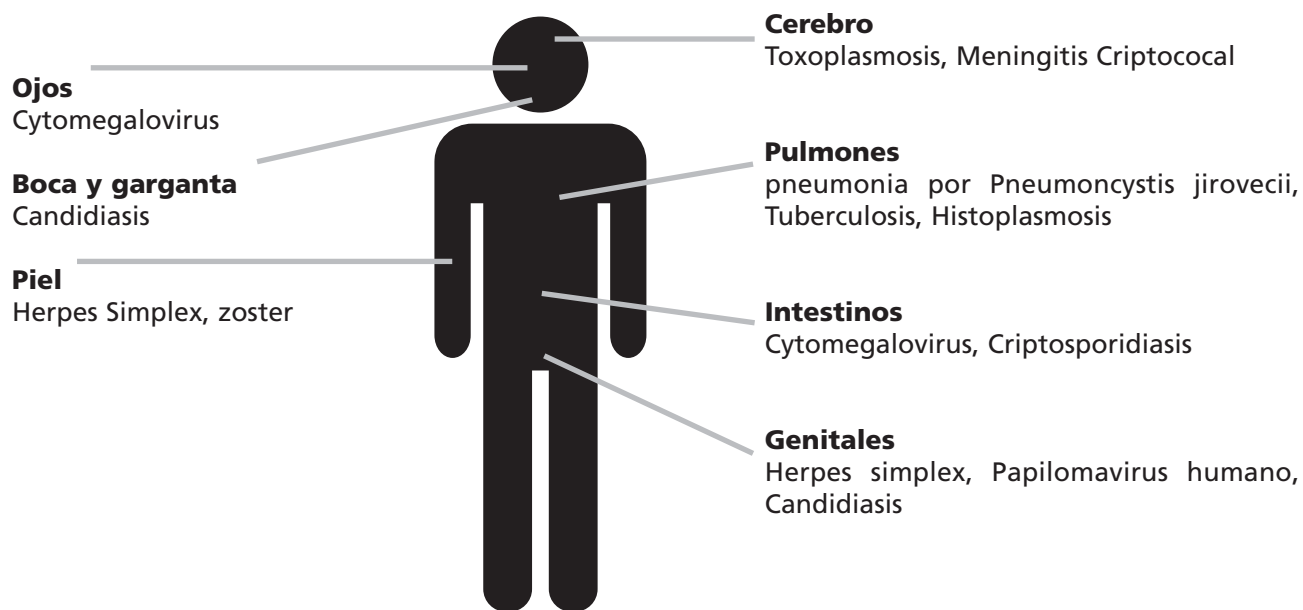
American Foundation for AIDS Research (AmfAR). Global Link: A Guide to International VIH/AIDS Research, Treatment and Clinical Trials. Vol. 2. No. 1 (Summer 2003), www.amfar.org/GlobalLink

Pieperl, L. & Coffey, S. Overview of Antiretroviral Drugs. VIH InSite. University of California San Francisco. 25 Nov.2003, <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=ar-drugs>

US Department of Health and Human Services (DHHS). AIDSinfo Drug Database, <http://aidsinfo.nih.gov/drugs/>

US Food and Drug Administration (FDA). Drugs used in the treatment of VIH Infection. October 2003, <http://www.fda.gov.oashi/aids/VIH.html>

14. INFECCIONES OPORTUNISTAS



Infecciones Oportunistas en órganos específicos en individuos infectados con VIH

fuelle: Fauci, A.S. (2004, Marzo 20) HIB Therapies and Vaccines: Progress and Priorities. Kaiser Family Foundatio: AIDS in America: A Forgotten Epidemic? A Conference for New Leaders. Barbara Jordan Conference Center, Washington D.C.

Notas Generales

Infecciones Oportunistas (IO)

Las Infecciones Oportunistas son enfermedades que raramente se dan en personas saludables pero que causan infecciones en individuos cuyos sistemas inmunológicos están comprometidos como resultado de la infección por VIH. Los organismos que causan IO suelen estar presentes en todos los individuos pero generalmente son mantenidos bajo control por un sistema inmunológico sano. El VIH debilita gradualmente el sistema inmunológico y lleva al desarrollo de una o varias infecciones oportunistas que señalan la progresión hacia el SIDA. Estas enfermedades son las causantes de muerte. Cuando una persona muere a causa de una infección oportunista, se debe decir que esa persona murió de una enfermedad relacionada con el VIH o el SIDA y no que murió de SIDA.

CEREBRO

La **Meningitis por criptococo** es causada por *Cryptococcus*, un hongo que se encuentra comúnmente en suelos contaminados por excrementos de pájaros. Las personas pueden infectarse con *Cryptococcus* al respirar polvo contaminado con este hongo. A pesar de que la mayoría de las personas saludables ha estado expuesta a este hongo y no les ha afectado, esta enfermedad entre personas con VIH resulta en meningitis. Algunos síntomas son fiebre,

dolor de cabeza, náuseas, vómitos, tortícolis, confusión, problemas de visión y coma. La Meningitis Criptococal no se contagia de una persona a otra. La enfermedad se puede tratar con medicación anti-micótica. Sin medicación esta puede llevar a una muerte rápida.

La **toxoplasmosis**, también conocida como Toxo, es una infección causada por un parásito que se encuentra en la materia fecal de gato, la carne cruda, los vegetales crudos y en el suelo. La infección puede ser el resultado de la ingesta de comida contaminada o del contacto con excrementos de gato. La toxoplasmosis puede afectar diferentes partes del cuerpo, pero en general causa encefalitis, una infección en el cerebro. La infección no puede ser transmitida de una persona a otra y no causa ninguna infección entre personas con sistemas inmunológicos sanos. Los síntomas incluyen fiebre, confusión, dolor de cabeza, cambios en la personalidad, temblores, ataques y puede llevar al coma y a la muerte. En la mayor parte de los casos se trata de reactivaciones de infecciones adquiridas en tiempos remotos, que permanecen contenidas hasta ese momento. Existen profilaxis primaria y secundaria. La toxoplasmosis puede tratarse con drogas anti-toxo.

OJOS

El **Cytomegalovirus**, también conocido como CMV es un virus que normalmente causa retinitis. La retinitis es el tipo más común de infección CMV entre personas con VIH. El CMV puede transmitirse de persona a persona a través de la saliva, el semen, las secreciones vaginales, la orina, la leche materna y las transfusiones con sangre infectada. Mientras que cualquier persona puede tener la infección CMV, la enfermedad sólo se desarrolla entre personas que tienen el sistema inmunológico debilitado. Algunos de los síntomas son puntos ciegos, visión borrosa, deformada o decreciente y puede avanzar hasta la ceguera total. La profilaxis primaria es recomendada en algunos casos e incluye medicación intravenosa, pastillas e inyección de drogas directamente en los ojos. También existe profilaxis secundaria. En el caso de no ser debidamente tratada esta enfermedad causa ceguera. En la mayor parte de los casos se trata de reactivaciones de infecciones adquiridas en tiempos remotos, que permanecen contenidas hasta ese momento.

BOCA

Candidiasis es la infección micótica más común entre las personas con VIH. Normalmente afecta la boca, la garganta, los pulmones y la vagina (ver Genitales). Los hongos que causan la candidiasis están presentes naturalmente en el cuerpo humano y son responsables de la enorme mayoría de las infecciones aunque se han encontrado algunos casos de contagio persona a persona. A pesar de que cualquier persona puede desarrollar esta enfermedad, es más común entre personas con VIH. La infección en la boca se llama afta y puede causar molestias al tragar, náusea y pérdida del apetito. Algunos síntomas de la infección en la garganta pueden incluir dolor en el pecho y dificultad al tragar. La profilaxis primaria no es recomendada y el uso de profilaxis secundaria sólo se recomienda en casos especiales. Hay un rango de tratamientos disponibles para controlar la infección.

PIEL

Herpes simplex es una enfermedad causada por el virus Herpes simplex. Hay dos tipos de virus del Herpes simplex (HSV): HSV1, que causa sudores fríos y ampollas alrededor de los ojos y la boca; y el HSV2, que causa herpes genital o anal. El virus se transmite de una persona a otra a través del contacto directo con un área infectada, como ser la boca o los genitales. Los síntomas aparecen como brotes de erupción cutánea, que pueden picar, causar hormigueo y la aparición de ampollas o llagas dolorosas. El HSV puede afectar a cualquier persona, pero los ataques son más frecuentes y severos entre personas VIH positivas. A pesar de que no hay tratamiento ni cura para el HSV, existen tratamientos que acortan la duración y severidad de los ataques.

Herpes zoster, también conocido como "culebrilla" es causado por el virus responsable de la varicela, el Virus del Herpes Varicella-zoster. Aunque también puede afectar a personas VIH

negativas, es más común entre personas con VIH dado su sistema inmunológico debilitado. Provoca erupciones y ampollas muy dolorosas en el pecho, la espalda y la cara. La erupción suele afectar sólo una parte del cuerpo y durar varias semanas. No existe profilaxis primaria ni secundaria para el herpes zoster, los tratamientos existentes incluyen drogas anti-herpes y medicación para el dolor.

INTESTINOS

Criptosporidiasis también conocido como Cripto, es una infección intestinal que se transmite rápidamente al contacto con agua, heces o comida contaminada con un parásito muy común llamado *Cryptosporidium*. Los síntomas incluyen diarrea, náuseas, vómitos, pérdida de peso y calambres en el estómago. La infección suele durar de una a dos semanas en personas VIH negativas, pero puede durar mucho más y poner en riesgo la vida de personas VIH positivas. Aunque no hay ninguna medicación para prevenir ni tratar la Cripto, existen una variedad de tratamientos para controlar la diarrea causada por la infección.

Cytomegalovirus, también conocido como CMV es un virus que, normalmente afecta los ojos (ver CMV retinitis) pero a las personas con VIH puede causarles también colitis, que es una infección del colon. El CMV puede ser transmitido de persona a persona a través de la saliva, el semen, las secreciones vaginales, la orina, la leche materna y las transfusiones hechas con sangre infectada. A pesar de que cualquier persona puede infectarse con CMV, la enfermedad sólo se da entre personas con sistemas inmunológicos debilitados. Algunos síntomas del CMV son la colitis, que puede conllevar dolor abdominal, diarrea, calambres, pérdida de peso, pérdida de sangre. En personas inmunocompetentes puede dar una mononucleosis leve autolimitada. Existen profilaxis primaria, secundaria y tratamientos.

GENITALES

Candidiasis es la infección causada por hongos más común entre las personas con VIH. Normalmente afecta la boca (ver BOCA), la garganta, los pulmones y la vagina. Los hongos que causan la candidiasis están presentes naturalmente en el cuerpo humano y son responsables de la enorme mayoría de las infecciones aunque se han encontrado algunos casos de contagio persona a persona. A pesar de que cualquier persona puede desarrollar esta enfermedad, es más común entre personas con VIH. Algunos síntomas de la infección vaginal son comezón y dolor al orinar o durante la actividad sexual. La profilaxis primaria no es recomendada y el uso de profilaxis secundaria sólo se recomienda en casos especiales. Hay tratamientos anti-micóticos que ayudan a controlar la recurrencia, pero la infección es común.

Herpes simplex es una enfermedad causada por el virus Herpes simplex. Hay dos tipos de virus del Herpes simplex (HSV): HSV1, que causa sudores fríos y ampollas alrededor de los ojos y la boca; y el HSV2, que causa herpes genital o anal. El virus se transmite de una persona a otra a través del contacto directo con un área infectada, como ser la boca o los genitales. Los síntomas aparecen como brotes de erupción cutánea, que pueden picar, causar hormigueo y la aparición de ampollas o llagas dolorosas. El HSV puede afectar a cualquier persona, pero los ataques son más frecuentes y severos entre personas VIH positivas. A pesar de que no hay tratamiento ni cura para el HSV, existen tratamientos que acortan la duración y severidad de los ataques.

Papillomavirus Humano también conocido como HPV, es una infección genital muy corriente causada por un grupo de virus llamados papillomavirus humanos. El HPV se transmite fácilmente de persona a persona a través del contacto directo con áreas infectadas, por ejemplo durante la relación sexual. Puede causar verrugas genitales que tienen aspecto de bultos en el pene, la vagina o el ano. Algunos tipos de HPV son relacionados con el cáncer cervical. El virus se puede transmitir de persona a persona inclusive cuando la persona es asintomática. Cualquiera puede estar infectado con HPV, pero la infección es generalmente corta en personas sanas. Entre personas con VIH, la infección del HPV puede ser más seria, recurrente y durar más tiempo. No hay profilaxis primaria ni secundaria disponible, aunque no hay

cura para el HPV hay muchas maneras de remover las verrugas y displacias. Es el causante del cáncer de cuello de útero, prevenible con el papnicolau.

PULMONES

La **Histoplasmosis** es causada por un hongo que se encuentra comúnmente en suelos contaminados por excrementos de pájaros y otros desechos orgánicos. Las personas pueden infectarse al respirar polvo contaminado con este hongo. Cualquier persona puede infectarse con este hongo, pero es más habitual que se desarrolle en personas con VIH. Algunos síntomas son la fiebre, pérdida de peso, fatiga, dificultad al respirar y la inflamación de ganglios linfáticos. La Histoplasmosis afecta habitualmente los pulmones, pero en personas cuyo sistema inmunológico se encuentra debilitado se puede expandir al resto del cuerpo; esto puede resultar en una complicación seria que puede ser fatal de no ser tratada. La Histoplasmosis no se transmite de persona a persona. La profilaxis primaria no es recomendada normalmente. La enfermedad se puede tratar con medicación anti-micótica, y existe profilaxis secundaria para evitar la recurrencia de la enfermedad.

Complejo de Mycobacterium avium, también conocido como MAC es una enfermedad causada por el *Mycobacterium avium* y el *Mycobacterium intracellulare*. Estos dos tipos similares de bacterias se encuentran en el agua, el suelo, el polvo y la comida. Cualquier persona puede contraer la infección, pero las personas infectadas con VIH corren más riesgo de avance de la enfermedad. Los síntomas incluyen fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna y debilidad. La infección se puede dar en un lugar puntual o se puede expandir por todo el cuerpo. Existe una variedad de drogas para prevenir y tratar el MAC.

Neumonía Pneumocystic carinii, también conocida como PCP y últimamente como Neumonía *Pneumocystis jirovecii*, suele aparecer como una infección pulmonar. Se cree que se esparce en el aire. A pesar de que puede estar presente en los pulmones de cualquier persona, sólo causa una enfermedad seria cuando el sistema inmunológico de la persona está debilitado. Es la infección oportunista más recurrente entre personas con VIH. Algunos síntomas son la tos seca, la presión en el pecho, la fiebre y la dificultad para respirar. Aunque el PCP es totalmente prevenible y tratable, es una enfermedad seria que puede ser fatal de no ser tratada. Existen diferentes drogas disponibles para profilaxis primaria y secundaria, además de tratamiento para el PCP.

Tuberculosis, también TBC, es una enfermedad bacteriana muy común entre las personas con VIH. La transmisión se da cuando una persona con la infección activa tose, estornuda o escupe. Aunque la TBC también afecta a personas VIH negativas, las VIH positivas corren más riesgo de contraer la infección. Mientras que no todas las personas infectadas con TBC se enferman, la TBC acelera el avance del VIH y es la primera causa de muerte a nivel mundial entre personas seropositivas. Los síntomas pueden incluir fiebre, tos, sudoración nocturna, pérdida de peso, fatiga, inflamación de ganglios linfáticos y el toser sangre. La profilaxis primaria existe y está disponible, pero la secundaria no se considera necesaria. Para tratar la TBC se utilizan diversos antibióticos; dependiendo de la severidad de la infección, el tratamiento puede durar meses o inclusive, años.

15. FIGURAS CLAVE

La siguiente lista pretende dar un panorama de sólo algunas de las figuras clave en relación a la pandemia del VIH/SIDA y sus campos específicos. Son personas de todo el mundo, relacionadas con los aspectos médico, social, político, económico y cultural de la crisis. Algunos de ellos están desde el principio y otros han dejado su marca más recientemente; algunos son referencias y contactos actuales mientras que otros tienen importancia histórica a la hora de comprender la epidemia. En lo posible, hemos agregado links a websites que ampliarán la información sobre cada individuo y las organizaciones a las que están asociados.

Este tipo de listas resultan invariablemente frustrantes para los lectores. La presente no pretende ser exhaustiva y deja afuera a mucha gente relacionada con el VIH/SIDA, incluyendo sólo a algunos de los individuos. Creemos, sin embargo, que las personas que describimos a continuación les darán un buen panorama general de muchas personas que hicieron una diferencia.

Kofi Annan

Kofi Annan se convirtió en el Secretario General de Naciones Unidas en 1997 y actualmente está cumpliendo su segundo mandato. Ha abogado por sumar atención al VIH/SIDA y lo ha descrito como su "prioridad personal". En 2001, Annan convocó a la Sesión Especial sobre VIH/SIDA en la Asamblea General de Naciones Unidas. También expidió una "Llamada a la acción" de cinco puntos, que llevó a la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En 2001, Annan, fue premiado con el premio Nóbel de la Paz.

(www.un.org)

Bono

Bono es el cantante del grupo de rock irlandés U2 y ha usado su fama para llevar la atención de los políticos hacia las crisis de VIH/SIDA y las naciones empobrecidas de África. Tiene una larga historia de compromiso social. En 2002, co-fundó DATA que significa Deuda, SIDA, Comercio, África. A través de DATA, Bono hace lobby en los gobiernos ricos para incrementar los recursos destinados a África y a perdonar las obligaciones de las deudas así el dinero puede ser dirigido a combatir el SIDA y otras crisis sociales.

(www.data.org)

Pedro Cahn

El Dr. Cahn, de Argentina, es Presidente de la Sociedad Internacional de SIDA (IAS) para el período 2006/2008, siendo el primer Presidente de la IAS proveniente de un país en vías de desarrollo. En 2001 fue el Presidente de la 1º Conferencia Internacional de Patogénesis y Tratamiento del VIH en Buenos Aires, que fue el primer congreso mundial realizado en Latinoamérica. El Dr. Cahn es Jefe de Infectología del Hospital Juan Fernández de Buenos Aires y Presidente de Fundación Huésped.

(www.huesped.org.ar)

Pedro Chequer

El Dr. Pedro Chequer es Co-fundador y Director del Programa Nacional de SIDA de Brasil. Especialista en epidemiología, salud pública y dermatología, el Dr. Chequer es uno de los principales arquitectos del modelo brasileiro de respuesta al VIH. Después de ayudar a establecer el Programa Nacional de SIDA en 1987, el Dr. Chequer fue su Director desde 1996 hasta 2000. Luego fue el Representante de ONUSIDA para el Cono Sur. En 2002 se convirtió en el Representante de ONUSIDA en Rusia y en 2004 se trasladó a Mozambique en la misma posición. El Dr. Chequer volvió al Programa Nacional de SIDA de Brasil desde donde supervisa la implementación de la política brasileira de acceso universal al tratamiento y fuertes programas de prevención.

(www.aids.gov.br)

William Clinton

Bill Clinton cumplió dos mandatos como Presidente de Estados Unidos entre 1992 y 2000. En 2003 anunció la creación de la Iniciativa para el SIDA de la Fundación Bill Clinton. Uno de los mayores éxitos de esta ini-

ciativa fue disuadir a cinco compañías de drogas genéricas de reducir drásticamente el costo de las drogas antiretrovirales de uso más frecuente para personas de los países en vías de desarrollo. En 2002 en la Conferencia Internacional de SIDA en Barcelona, El Sr. Clinton dijo: "Todavía hay personas que ven al SIDA como algo que sólo afecta a las personas que son diferentes. Todos conocemos a las víctimas".
(www.clintonpresidentialcenter.com)

Jerry Coovadia

El Dr. Coovadia es Director de Investigación sobre VIH/SIDA en la Escuela Nelson Mandela de Medicina de la Universidad de Natal en Durban, Sudáfrica. En 2000, fue uno de los presidentes de la Conferencia Internacional de SIDA en Durban, Sudáfrica. El Dr. Coovadia ha sido profesor de pediatría, y ha trabajado extensivamente en la transmisión madre-hijo del VIH a través del amamantamiento. En una conferencia sobre salud pública en 2004 advirtió: "Necesitamos repensar el gobierno para responder a las necesidades públicas y a la agenda de salud pública".
(www.hivan.org.za)

Kevin de Cock

El Dr. Kevin M. De Cock es Director del Departamento de VIH de la OMS, puesto al cual accedió luego de desempeñarse durante seis años como Director del Centro de Control de Infecciones de los Estados Unidos (CDC) en Kenya. Nacido en Bélgica, el Dr. de Cock es especialista en enfermedades infecciosas con especialización en VIH/SIDA, tuberculosis, enfermedades hepáticas y tropicales. Fue Director de la División para la prevención, vigilancia y epidemiología del VIH/SIDA del CDC en Atlanta, EEUU. Fue miembro de comités de profesionales notables, incluyendo el Grupo Asesor Estratégico y Técnico de la OMS, el Núcleo Stop TB TB/HIV y la Junta Directiva de Información y Monitoreo Seguro de ONUSIDA. Fue co editor del libro SIDA en África, segunda edición (Rapid Science Publishers, Londres, 1997) y formó parte de la junta editorial y de jurados para publicaciones como AIDS, The Lancet and The New England Journal of Medicine. Es destinatario de numerosos premios profesionales por su contribución a la investigación en medicina tropical.
(www.who.int)

Paul Farmer

El Dr. Farmer es un médico antropólogo activamente comprometido con el VIH/SIDA en Haití. Es conocido por ayudar a crear abordajes innovadores para el tratamiento de VIH/SIDA y TBC en comunidades de bajos recursos, particularmente en Haití. Mientras estudiaba medicina en 1987, Farmer colaboró en la fundación de Socios en la Salud, un proyecto de salud basado en la comunidad para apoyar a personas con VIH y otras enfermedades infecciosas. Ha sido su director ejecutivo desde 1991. El Dr. Farmer se desempeña también como especialista en enfermedades infecciosas y jefe de la División de Medicina Social y Desigualdades en Salud en el Hospital Brigham de Mujeres de Boston, Massachussets. En 1993 el Dr. Farmer recibió el premio "genius" de la Fundación MacArthur.
(www.pih.org)

Anthony Fauci

El Dr. Fauci es una de las personas que más tiempo ha servido para el gobierno norteamericano supervisando la investigación de VIH/SIDA y uno de los primeros científicos en comenzar a estudiar el VIH. En 1984 fue director del Instituto Nacional Alergia y Enfermedades Infecciosas en los Institutos Nacionales de Salud, que conducen investigaciones extensivas para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades infecciosas, incluyendo VIH/SIDA. Cumple tareas como uno de los consejeros clave del Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Casa Blanca en temas globales de SIDA. El Dr. Fauci ha hecho numerosas contribuciones a la investigación básica y clínica en el campo de enfermedades inmunomediadas.
(www.niaid.nih.gov)

Richard Feachem

El Dr. Feachem ha trabajado en salud internacional por más de 30 años y en 2002 fue nombrado primer Director Ejecutivo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Luego de aceptar el puesto el Dr. Feachem declaró: "el Fondo está posicionado para realizar grandes inversiones para el control de estas terribles enfermedades y mejorar así las vidas de millones de familias alrededor del mundo". Antes de unirse al Fondo Mundial, el Dr. Feachem fundó y dirigió el Instituto para la Salud Global en San Francisco.
(www.globalfund.org)

Robert Gallo

Dr. Gallo es el Director del Instituto de Virología Humana del Instituto de Biotecnología de la Universidad de Maryland. A principios de los 80's descubrió el virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA, reconocimiento que compartió con el francés Luc Montagnier, que también identificó el mismo virus. Las investigaciones del Dr. Gallo y su equipo, también llevaron al desarrollo de un test de sangre para VIH. Durante un tiempo hubo una gran controversia con respecto a si el Dr. Gallo le había robado el virus al Dr. Montagnier. Luego las autoridades norteamericanas y francesas acordaron que ambos hombres deberían compartir el crédito por el descubrimiento del VIH. En 2002, el Dr. Gallo y el Dr. Montagnier anunciaron su mutua colaboración en el Programa para la Colaboración Viral Internacional, un esfuerzo para hacer avanzar la investigación global de la vacuna contra el VIH/SIDA.

(www.umbi.umd.edu)

William (Bill) Gates

Gates es el Presidente y arquitecto jefe de software de Microsoft Corporation además de co-fundador de la Fundación Bill y Melinda Gates. La Fundación destinó 500 millones de dólares a esfuerzos globales relacionados con VIH/SIDA a lo largo de 2003. A partir de sus comienzos, en 2000, la Fundación Gates ha destinado miles de millones de dólares para la mejora de la salud global, específicamente en los terrenos de VIH/SIDA y TBC, enfermedades infecciosas, salud reproductiva y salud del niño.

(www.gatesfoundation.com)

Helene Gayle

La Dra. Gayle es Presidente y CEO de la organización Care USA. Anteriormente, dirigió el Programa de VIH, TBC y Salud Reproductiva de la Fundación Bill y Melinda Gates. Fue Presidente de la Sociedad Internacional de SIDA durante el período 2004/2006. Es co-presidente del Grupo de Trabajo Global para la Prevención del VIH, un panel internacional de expertos en VIH congregado por las fundaciones Gates y Kaiser Family. Fue directora del Centro Nacional para la prevención del VIH, ETS y TBC en los Centros Norteamericanos de Control y Prevención de Enfermedades.

(www.careusa.org)

Richard Gere

Gere es un actor norteamericano y un activista del VIH. Su activismo comenzó en Estados Unidos con organizaciones tales como la Fundación de SIDA Pediátrico Elizabeth Glaser. Él extendió su trabajo en VIH/SIDA hacia la India en donde fundó la Fundación Gere India Trust. La Fundación Gere en coordinación con la Fundación Kaiser Family y otras organizaciones lanzaron una gran campaña de concientización pública en India en 2004.

(www.gerefoundation.org)

(www.heroesprojectindia.org)

Elizabeth Glaser

Elizabeth Glaser fue co-fundadora y directora de la Fundación Pediátrica de SIDA hasta su muerte en 1994. Glaser devino en activista luego de enterarse de que había recibido una transfusión de sangre infectada en 1991 y que había transmitido el virus a sus dos hijos. Luego de la muerte de su hija, debido al VIH y frustrada por la falta de investigación pediátrica, Glaser estableció la Fundación en 1988 para promover la investigación y la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. La fundación, que se convirtió oficialmente en la Fundación Pediátrica de SIDA Elizabeth Glaser después de su muerte, es líder en sus esfuerzos por tratar y prevenir el VIH/SIDA entre los niños de países en vías de desarrollo.

(www.pedaids.org)

Danny Glover

Glover es un actor norteamericano y un activista del SIDA. Desde 1998 cumple tareas como Embajador de la Buena Voluntad para el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas. En ese rol, ha pasado tiempo en África y en el Caribe, focalizando su atención en personas jóvenes con VIH/SIDA. En 2000, asistió a la Conferencia Internacional de SIDA en Durban, Sudáfrica donde visitó gran número de proyectos de VIH/SIDA. Glover también apoya el Foro TransÁfrica, una organización con base en EEUU dirigida al SIDA y otros temas que afectan a África.

(www.undp.org)

(www.transafricaforum.org)

David Ho

El Dr. Ho es el director del Centro de Investigación de SIDA Aaron Diamond en New York y fue nombrado "Hombre del año" por la revista Times en 1996 por su innovadora investigación. Como médico residente en Los Ángeles a principios de los años ochenta, el Dr. Ho vio algunos de los primeros casos de SIDA. Su investigación subsiguiente en VIH/SIDA llevó al desarrollo de "cocktails para el SIDA", que consiste en combinaciones de terapias antiretrovirales. Las terapias combinadas han dado como resultado la baja significativa de muertes relacionadas con el SIDA entre las personas con acceso a tratamiento. El trabajo actual del Dr. Ho incluye la iniciativa SIDA China en la que se asocia para desarrollar programas de cuidado y de tratamiento, movilizar al liderazgo, educar a la población y reforzar los grupos civiles involucrados con el VIH/SIDA.

(www.adarc.org)

(www.chinasaidsinitiative.org)

Nkosi Johnson

Nkosi fue un joven sudafricano cuyo coraje y sufrimiento llamaron renovada atención hacia la crisis de VIH/SIDA. Nkosi nació VIH positivo y murió de una enfermedad relacionada al SIDA en 2001 cuándo sólo tenía 13 años. Un año antes, Nkosi habló en la Conferencia Internacional de SIDA en Durban diciéndole a la audiencia global "Cuídenos y acéptenos, somos todos seres humanos". Él defendió muchas causas durante su corta vida, incluyendo derechos humanos, el cuidado y el refugio para personas viviendo con VIH/SIDA.

(www.nkosi.iafrica.com)

Michel Kazatchkine

Médico especializado en inmunología clínica en Harvard, Michel Kazatchkine combina veinte años de experiencia en investigación, cuidado, tratamiento y políticas de VIH/SIDA alcanzados en cinco años de experiencia como Director de la Agencia Nacional de Francia para la investigación en SIDA (ANRS) desde 1998. Actualmente es el embajador especial de Francia para el VIH/SIDA. Dr. Kazatchkine estudió humanidades en la Sorbonne. A fines de los 70s luego de un entrenamiento en Instituto Pasteur en Paris, comenzó sus estudios en el Departamento de Inmunología y Reumatología del Hospital Brigham y la Escuela de Medicina de Harvard. Publicó más de 500 trabajos en los más importantes revistas médicas y científicas, enfocados en la auto inmunidad, inmuno prevención terapéutica y la patogénesis del VIH. Fue Presidente del Comité Técnico del Fondo Mundial y recientemente fue nombrado Presidente del Comité Asesor Estratégico y Técnico en VIH/SIDA en la OMS.

(www.who.int)

Stephen Lewis

Lewis es el enviado especial para el SIDA de Naciones Unidas en África y es reconocido especialmente por ser un orador apasionado y articulado que hace un énfasis particular en los niños afectados por el SIDA. Lewis es también el director de la Fundación Stephen Lewis, que tiene entre sus objetivos el apoyar a mujeres muriendo de SIDA, los niños huérfanos y las ONG que asisten a personas viviendo con VIH/SIDA. También cumplió tareas como Director Ejecutivo del Fondo para Niños de Naciones Unidas (UNICEF) y como Embajador canadiense de Naciones Unidas.

(www.stephenlewisfoundation.org)

(www.unaids.org)

Nelson Mandela

Mandela se ha convertido en una de las voces cantantes en la lucha global contra el VIH/SIDA después de haber sido criticado por no responder a la epidemia con la urgencia que esta requería durante su mandato como presidente de Sudáfrica. Creó la Campaña Global 46664 para conscientizar, abogar por cuidado y tratamiento y juntar fondos necesarios. En 2004, en la Conferencia Internacional de SIDA en Bangkok, le dijo a los delegados: "Como ex prisionero 46664, hay un lugar especial en mi corazón para todos aquellos a los que se le niega el acceso a los derechos humanos básicos". También ha alentado a la comunidad de salud pública a prestar más atención a la conexión entre el SIDA y la Tuberculosis.

(www.46664.tiscali.com)

(www.nelsonmandela.org)

Jonathan Mann

Mann fue una figura influyente e inspiradora en la lucha global contra el VIH/SIDA. El investigador y lucha-

dor por los derechos humanos murió en un accidente aéreo en 1998 mientras iba en camino a una Conferencia sobre SIDA. En 1986 ayudó al establecer y liderar el Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud. En ese rol, estableció los derechos humanos como parte central de la estrategia de la OMS en VIH/SIDA y persuadió a ministros de salud de docenas de países de hacer lo mismo. Es recordado por preguntar: "La gente dice que no tiene sentido el tratar de cambiar el mundo. Pero si no lo intentamos, ¿va a cambiar?"
(www.doctorsoftheworld.org)

Thabo Mbeki

El presidente sudafricano Mbeki ha sido una figura controversial y polarizadora dentro de la lucha contra el VIH/SIDA. En 1999, Mbeki declaró que el VIH solo, no puede conducir al SIDA y cuestionó públicamente la efectividad de las terapias antiretrovirales. Ya en 2002, su gobierno se comprometió a intensificar los esfuerzos relacionados con la prevención y el tratamiento. La promesa del Presidente Mbeki descansaba sobre la premisa de que el VIH causa SIDA. En 2005, Mbeki describió el programa sudafricano de VIH/SIDA como uno de los "mejores del mundo".
(www.southafrica.info)

Luc Montagnier

En 1983, el Dr. Luc Montagnier que trabajaba en el Instituto Pasteur de Francia descubrió el virus que causa el SIDA, el virus de inmunodeficiencia humana. Esta distinción la comparte con el Dr. Robert Gallo de Estados Unidos. En 1986, el equipo del Dr. Montagnier también identificó el VIH 2, el virus responsable de muchas infecciones de VIH en el Oeste de África. El Dr. Montagnier es, en la actualidad, el presidente de la Fundación Mundial de Investigación y Prevención del SIDA. En 2002, el Dr. Gallo y el Dr. Montagnier anunciaron su mutua colaboración en el Programa para la Colaboración Viral Internacional, un esfuerzo para hacer avanzar la investigación global de la vacuna contra el VIH/SIDA.
(www.pasteur.fr)

Julio Montaner

El Dr. Julio Montaner es el Director de Actividades Clínicas del Centro de Excelencia en VIH/SIDA de la provincia de British Columbia en Canadá y es Co-Director de la Red Canadiense de Ensayos en VIH. Es también el Director del Programa de Investigación en SIDA y de la Clínica de Inmunodeficiencia del Hospital St. Paul., y dirige la Investigación en SIDA en la Universidad de British Columbia, la primera iniciativa de este tipo en Canadá. Además, El Dr. Montaner fue elegido Presidente de la Sociedad Internacional de SIDA para el período 2008-2010.
(www.cfenet.ubc.ca)

Peter Piot

El Dr. Piot fue nombrado primer Director Ejecutivo de ONUSIDA en 1995. Coordina los esfuerzos en relación al VIH/SIDA de 10 organizaciones co-patrocinadoras. El Dr. Piot ha trabajado en el área de la salud por muchos años. En 1976 co-descubrió el virus Ebola en Zaire. En los ochenta contribuyó al entendimiento de la expansión de la epidemia en África. Como Director Ejecutivo de ONUSIDA ha dicho: "La inversión en el SIDA será pagada con creces, con vidas salvadas y comunidades unificadas".
(www.unaids.org)

Mirta Roses Periago

La Dra. Mirta Roses Periago es la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ha servido como Directora Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacida en Argentina, la Dra. Roses se unió a la OPS en 1984 como líder del equipo del Centro de Epidemiología del Caribe, en Trinidad y Tobago. La Dra. Roses destaca la necesidad de una mayor conciencia para mejorar la salud a través de una mejor nutrición, un estilo de vida activo, entornos de trabajo más seguros y la prevención y pronta detección de enfermedades.
(www.paho.org)

Graciela Violeta Ross

Ross es una joven boliviana que se convirtió en activista después de haber sido violada e infectada con VIH. Ella es miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA. En sus apariciones públicas, alienta a las mujeres a comprometerse en temas políticos, culturales y de género. En 2004, Ross habló

en la Conferencia Internacional de SIDA en Bangkok, en donde dijo: "Debemos hacer frente a las desigualdades de género que incrementan el riesgo de SIDA tanto para mujeres como para hombres".
(www.icw.org)

Jeffrey Sachs

El Profesor Sachs, actualmente Director del Instituto de la Tierra de la Universidad de Columbia en New York, es uno de los economistas más reconocidos del mundo. Es conocido por su trabajo con gobiernos y agencias internacionales en promover la reducción de la pobreza, el control de enfermedades y la reducción de la deuda en países pobres. Ha instado a naciones pobres a suspender el pago de deuda a acreedores ricos y, en cambio, usar el dinero para luchar contra el VIH/SIDA y otras problemáticas sociales. El Profesor Sachs advierte que el SIDA "está explotando. Sus consecuencias harán temblar al mundo." Previamente pasó 20 años en la Universidad de Harvard.
(www.earth.columbia.edu)

Paulo Teixeira

El Dr. Teixeira es el Director anterior del Departamento de VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ganó reconocimiento mundial por el trabajo que realizó en Brasil y Latinoamérica. El Dr. Teixeira fue el Director del Programa Nacional de ETS/SIDA en el Ministerio de Salud de Brasil en donde creó el primer programa nacional de SIDA en 1983. El Dr. Teixeira fue un pionero, junto con su programa en Brasil, de la distribución gratuita y universal de antiretrovirales, que se ha convertido en modelo para otros países en vías de desarrollo que enfrentan al VIH/SIDA. Actualmente se encuentra involucrado en temas relacionados con el medio ambiente.
(www.who.int)
(www.unaids.gov.br)

Randall Tobias

El Embajador Tobias fue elegido por el Presidente de EEUU G.W. Bush en 2003 para ser el primer Coordinador Global de la Administración. En su rol, coordina toda la asistencia internacional para el VIH/SIDA que proveen los EEUU. Tobias ha supervisado una rápida expansión del apoyo y las actividades que realiza EEUU a propósito del VIH/SIDA alrededor del mundo. Antes de sumarse a la administración Bush, Tobias era Presidente y Gerente General de la Compañía Farmacéutica Eli Lilly. Tanto él como la administración han sido criticados por hacer demasiado hincapié en la abstinencia como manera de prevenir el VIH/SIDA. En 2004, en la Conferencia Internacional de SIDA en Bangkok, advirtió a los críticos de las políticas de la administración que "en este punto, quizás el error más crítico que podemos cometer es permitir que la pandemia nos divida."
(www.state.gov/s/gac)

Ryan White

El norteamericano Ryan White devino involuntariamente un símbolo internacional del VIH/SIDA. White nació en 1971 con hemofilia y se infectó con el VIH en 1984 después de recibir sangre infectada durante una transfusión. Fue dejado de lado por su comunidad pero acogido por algunas celebridades como Elton John. White murió en 1990 y al poco tiempo el Presidente George Bush promulgó una ley que resultó ser un hito llamada Acto de Emergencia de Recursos Comprehensivos para SIDA Ryan White que provee de cuidado, tratamiento y servicios a personas viviendo con VIH/SIDA en EEUU.
(www.careactdatasupport.hrsa.gov/)

Debrework Zewdie

La Dra. Zewdie es la Directora del Programa Global de VIH/SIDA para el Banco Mundial. Toda su carrera la ha abocado al trabajo sobre el VIH/SIDA con especial énfasis en África. Antes de tener este puesto, la Dra. Zewdie coordinó al Grupo de Campaña de SIDA para África del Banco Mundial (ACTAfrica) y previamente coordinó programas de SIDA en 16 países de África para Salud de la Familia Internacional.
(www.worldbank.org)

16. CONTACTOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Ponemos a disposición una serie de referentes en el tema del VIH/SIDA en algunos países de América Latina y el Caribe. Este listado no pretende ser exhaustivo, sino colaborar con la prensa con algunas posibles fuentes de información.

ONUSIDA -
Coordinación para el Cono Sur Teléfono: (54 11) 4314 2376
Fax: (54 11) 4320 8754

Kurt Frieder - Argentina
Director Ejecutivo -
Fundación Huesped Pje. Peluffo 3932 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel/ Fax: (5411) 4981 7777
kurt@huesped.org.ar
www.huesped.org.ar

Daniel Ruiz Diaz - Bolivia
Secretario Nacional de la Red Bol+
Resp. Prog. DDHH-CAFOD del IDH Casilla de Correo 5351 - Cochabamba, Bolivia.
Miembro del MCP-Bolivia Tel/ Fax: (591) 4 4400906
Consejero de Red La+ danielruiz94@hotmail.com

Willian Amaral - Brasil
Vice-presidente -
Grupo Pela Vidda Av. Rio Branco, 135 - Grupos 709/713 - Centro - 20.090-002 -
Rio de Janeiro - RJ - Brazil
Tel: (55 21) 518-3993
Fax: (55 21) 518-1997
wamaral@alternex.com.br
www.pelavidda.org.br

Marco Becerra - Chile
Presidente Sidacción
Corporación Chilena de
Prevención del SIDA Tel: (562) 222 8356/ 665 9367
Presidente del Comité País Chile mabecr@yahoo.com
del Fondo Mundial www.sidaccion.cl

Marcelo Wolf Reyes - Chile
Médico infectólogo - Grupo SIDA Santa Elvira 629 Subterráneo - Santiago, Chile
Chile/ Coordinador de la Cohorte Tel: (562) 555 0680
Nacional mwoff@sidachile.cl
www.sidachile.cl

Ricardo García Bernal -
Colombia
Coordinador de país - ONUSIDA Tel: (571) 3142920 ext. 322
Fax: (571) 3142945 ext. 324
ricardo.garcia@unodc.org

**Richard Stern, Ph.D. -
Costa Rica**

Director - Agua Buena Human
Rights Association

Apartado 366-2200 - Coronado, Costa Rica
Tel/Fax: (506) 280-3548
rastern@aguabuena.org
www.aguabuena.org

Chisa Mikami - Cuba
Punto Focal - ONUSIDA

Tel: (537) 204 15 12/13
Fax: (537) 204 15 16
chisa.mikami@undp.org

**Jorge Odir Miranda -
El Salvador**

Director/ Presidente - Asociacion
Atlacatl Vivo Positivo

43 Av. Sur y 12 Calle Pte. # 606, Colonia Flor Blanca
San Salvador, El Salvador C.A
Telefax: (503) 2298-3950 / 2298-5801 / 2298-4697
dejecutiva@atlatl.net
www.atlatl.net

**Mauricio Antonio Araujo -
El Salvador**

Punto Focal Suplente - Redca+
(Red Centroamericana de
Personas que viven con VIH/sida)

Tel: (503) 2512 8638
araujo_luna@yahoo.com.mx
www.redca.info

**Ivette Lorenzana de Rivera -
Honduras**

Departamento de Microbiología -
Universidad Nacional Autónoma
de Honduras

Tegucigalpa MDC, Honduras. C.A.
Tel/Fax: (504) 232 5836
ivette@cablecolor.hn

Antonio Medina - México
Coordinador - NotieSe

Canarias 45 Col. San Simón Ticumac C.P. 03660, México, D. F.
Tel: (52 55) 5532 275
amedina27@yahoo.com.mx
www.notiese.org

Silvia Penebianco - México

Coordinadora de Derechos
Humanos de MEXSIDA - Comité
Técnico de Observación y
Vigilancia Ciudadana del VIH-SIDA

Tel: (52 55) 5606-2188
silviapanebianco@yahoo.com.mx

Sergio Bonilla - Nicaragua

Punto Focal - Red
Centroamericana de Personas que
Viven con VIH/SIDA (Redca+)

Tel: (505) 818 1692
sbonilla28@yahoo.com
http://redca.info

Olga Moraga - Nicaragua

Oficial de Comunicaciones en
Nicaragua del Fondo de las
Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF)

Rotonda El Güegüense 400 mts. al Sur - Edificio de las Naciones
Unidas Nivel I - Managua - Nicaragua
Tel: (505) 268-0687/8
Fax:(505) 268-0694
omoraga@unicef.org

Inés López - Paraguay
Consultora Nacional GT ONUSIDA

Mcal. López esquina Saraví. Edificio Naciones Unidas. Sub suelo.
Asunción, Paraguay
Tel: (595) 61 1980 int. 136
ines.lopez@undp.org

Erickson Chiclayo - Perú
Asesor Regional de la Red
Centroamericana de Personas que
viven con VIH/SIDA (Redca+)

Tel: (511) 264 5625
ericksonchi@yahoo.com
www.gentepositiva.org.gt

Rubén Mayorga - Perú
Responsable de ONUSIDA para
Perú, Ecuador y Bolivia

Tel: (511) 213 3200 Anexo 1800
ruben.mayorga@pnud.org.pe

**Ernesto Guerrero -
República Dominicana**
Oficial de País - ONUSIDA

Tel: (1 809) 565 11 55
Fax:(1 809) 565 11 46
eguerrero@pnud.org.do

Soc. Juan José Mere - Uruguay
Director de Programas - Iniciativa
Latinoamericana

Tel: (598 2) 9023186
jjmere@adinet.com.uy
www.iniciativalatinoamericana.org

Dr. Eduardo Savio - Uruguay
Profesor Director de la Cátedra
de Enfermedades Infecciosas de la
Facultad de Medicina - U de la R
Asesor en Infectología del la
Dirección General de la salud -
Ministerio de Salud Pública

Inst. de Higiene - Avda.A.Navarro 3051 Piso 4 - Montevideo (11600)
Tel / fax: (598 2) 4876981
esavio@fmed.edu.uy

**Libsen Rodriguez-Adrian -
Venezuela**
Punto Focal - ONUSIDA

Tel: (58 212) 285 8362
Fax: (58 212) 286 8514
ljrodriguez@unicef.org

17. FUENTES EN ESPAÑOL

Los sitios que presentamos a continuación ofrecen información fehaciente y actualizada sobre la problemática del VIH/SIDA.

1. Acceso computarizado a la salud de Nueva York en <http://www.noah-health.org/es/infectiousaids/>
2. Aids Info en español en <http://www.hivatis.org/Other/Espanol.aspx>
3. Aids map en español en <http://www.aidsmap.com/es/default.asp>
4. Biblioteca Nacional de Medicina del Instituto Nacional de la Salud de los Estado Unidos en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/aids.html>
5. Biblioteca Virtual en Salud de México en <http://bvssida.insalud.gob.mx/>
6. Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONGs con Servicio en VIH/SIDA en <http://www.laccaso.org>
7. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH en <http://www.gtt-vih.org/>
8. Info Red SIDA del Centro para la Educación y Entrenamiento sobre SIDA de Nuevo México en www.aidsinfonet.org
9. Fundación Huésped, ONG argentina en www.huesped.org.ar
10. Organización Mundial de la Salud en <http://www.who.int/es/index.html>
11. Organización Panamericana de la salud en http://www.paho.org/default_spa.htm
12. Programa de Naciones Unidas para el VIH/SIDA en www.unaids.org
13. Project Inform en español en <http://www.projectinform.org/spanish/index.html>

18. TUBERCULOSIS (TBC)

La Tuberculosis (TBC) es un problema de salud significativo tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo. La TBC produce entre 8-10 millones de casos y 2 millones de muertes cada año. Se estima que un tercio de la población mundial está infectada con la bacteria que causa la TBC y entre el 5 y el 10% de las personas infectadas se van a enfermar en algún momento de su vida. Las epidemias de VIH/SIDA y de TBC están fuertemente relacionadas ya que cada enfermedad potencia la otra.

La Tuberculosis es una infección bacteriana causada por la *Mycobacterium tuberculosis*. La enfermedad normalmente afecta los pulmones pero se puede expandir a otras partes del cuerpo en casos graves. Una persona se puede contagiar la TBC cuando otra persona que tiene TBC activa tose, estornuda o escupe. No todas las personas que se infectan con TBC desarrollan síntomas. Aquellas personas que no se enferman, se denominan portadores latentes de TBC y no pueden contagiar la enfermedad a otras personas. De todas maneras, la TBC latente puede, eventualmente, progresar y convertirse en TBC activa. En ese momento, los síntomas se desarrollan y la enfermedad puede ser transmitida a otras personas. Los síntomas incluyen fiebre, tos, sudoración nocturna, pérdida de peso, fatiga y toser sangre.

La TBC es especialmente problemática en países en vías de desarrollo, donde la pobreza, el hacinamiento y otras enfermedades, especialmente el VIH/SIDA facilitan la expansión. A pesar de que la mortalidad per capita más alta se da en África, el Sudeste Asiático presenta una gran cantidad de casos y de muertes relacionadas. De hecho, la mitad de la TBC global tiene lugar en seis países de Asia: China, Pakistán, Bangla Desh, Filipinas e Indonesia. La TBC es también la primera causa de muerte mundial entre mujeres en edad reproductiva produciendo el 9% de las muertes entre mujeres entre 14 y 44 años. Como la TBC ataca a las mujeres en edad reproductiva, normalmente quedan muchos niños huérfanos.

La Organización Mundial de Salud (OMS) calcula que alrededor de un tercio del total de las personas viviendo con VIH/SIDA también están infectadas con TBC, la mayoría de ellos viven en África. En África sub-sahariana la epidemia de VIH/SIDA es la causa principal del resurgimiento de la TBC en la última década. Mientras que no todas las personas con TBC desarrollan síntomas, las personas con VIH/SIDA corren mucho más riesgo tener TBC activa. La infección de TBC también acelera el avance del VIH/SIDA y es la primera causa de muerte entre las personas con VIH.

La TBC puede ser prevenida, tratada y controlada exitosamente aunque la persona sea VIH positiva. La estrategia recomendada para controlar TBC se llama "tratamiento directamente observado" DOTS. Seguir una terapia DOTS, una vez que a los pacientes se les ha diagnosticado TBC infecciosa, implica que los trabajadores de la salud o voluntarios entrenados supervisen que el paciente tome correctamente toda la medicación. A pesar de que DOTS es accesible y puede curar a casi todos los pacientes con TBC, la OMS estima que el 77% de la población mundial vive en países en los que hay disponibilidad de DOTS; los esfuerzos para expandir esta terapia son insuficientes ya que solamente el 45% de los casos infecciosos estimados recibieron DOTS durante el 2003.

Expandir el acceso a DOTS es importante porque si la medicación no es tomada como se indica, la enfermedad puede volverse resistente al tratamiento. La TBC que es resistente se llama Tuberculosis Resistente a Multi Droga (MDR-TBC). El aumento de cepas resistentes es otro factor que ha contribuido a la diseminación de la enfermedad. El tratamiento para la TBC resistente a multi drogas es significativamente más costoso e implica un tiempo de tratamiento mucho mayor que aquel de la TBC normal. MDR-TBC es, además, más seria y puede ser mor-

tal, especialmente entre personas también infectadas con VIH/SIDA. La tasa de MDR-TBC es alta en muchas regiones, incluyendo países de la ex Unión Soviética.

El aumento en la tasa de MDR-TBC complica la prevención global, los esfuerzos de tratamiento y de control. Por otro lado, la creciente conciencia a nivel mundial de la gravedad de la coinfección con VIH/SIDA está ejerciendo presión entre gobiernos y organizaciones para intensificar sus esfuerzos para luchar contra la epidemia dual. Dos grandes esfuerzos intentan aliviar la TBC a nivel mundial: La Asociación Global para Frenar la TBC y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

La iniciativa para Frenar TBC es una asociación de varias organizaciones públicas y privadas incluyendo agencias internacionales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, institutos de investigación y organizaciones de donantes que apuntan a reforzar el apoyo social y político para detener la expansión de la TBC. Se concentra en la expansión del DOTS, el tratamiento para el VIH/SIDA y la TBC, MDR-TBC y el desarrollo de nuevas drogas, vacunas y procedimientos de diagnóstico.

El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es una organización independiente que otorga subvenciones y una de las mayores financistas del control de la TBC en países en vías de desarrollo. Desde 2002, el Fondo ha distribuido financiación aprobada por más de USD 3 mil millones. Aproximadamente el 13% fue destinado a programas contra la TBC. Las iniciativas del Fondo Mundial y Frenar TBC han ayudado a coordinar los esfuerzos por controlar la TBC y han asegurado que la TBC sea una prioridad. En la Conferencia Internacional de SIDA de 2004, Nelson Mandela reafirmó la necesidad de este tipo de abordajes "No podemos ganar la batalla contra el SIDA si no peleamos también contra la TBC. La TBC suele ser una sentencia de muerte para personas con SIDA".

Referencias:

Altman, Lawrence. "Mandela Appeals to AIDS Conference to Extend Fight to TBC". New York Times 16 July 2004.
<http://query.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F30E11FE3E5E0C758DDDAE0894DC404482>

CDC National Center for HIV, STD and TBC Prevention. Questions and Answers about TBC, <http://www.cdc.gov/nchstp/TBC/faqs/intro3>

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2004) A Force for Change: The Global Fund at 30 Month, <http://www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp>

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2005) Monthly Progress update, July 15, 2005.

Project Inform. (may 2004) HIV and TBC disease, <http://www.projinf.org/fs/tuberculosis.html>

Stop TBC. What's Stop TBC? <http://www.stopTBC.org/stop.TBC.initiative/default.asp>

Stop TBC. Working groups. http://www.stopTBC.org/Working_Groups/default.asp

UNAIDS (2004) TBC and HIV - facts at a glance, <http://www.stopTBC.org/events/internationalaidsconference/xv/assets/InfoPack/1gb.pdf>

WHO (2004) Global Tuberculosis Control - Surveillance, Planning, Financing, http://www.who.int/TBC/publicayions/global_report/en/

WHO (March 2004) Fact Sheet No. 104, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en>

19. MALARIA

La Malaria es una de las causas más frecuentes de enfermedad y muerte en el mundo, con un resultado de 350 a 500 millones de infecciones y al menos 1 millón de muertes por año. Más del 50% de la población mundial vive en áreas donde hay riesgo de contraer malaria.

La malaria es una enfermedad causada por parásitos que se transmiten a los humanos a través de la picadura de mosquitos anófeles infectados. Los síntomas de la infección, incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y muscular, fatiga, náuseas y vómitos. Estos síntomas aparecen normalmente entre 9 y 14 días después de que la persona haya sido picada por un mosquito infectado. En casos severos, la enfermedad puede poner en riesgo la vida del paciente.

A pesar de que la enfermedad aparece en varias partes del mundo, es un problema mayor en el África sub-sahariana, donde tienen lugar más del 80% del total de las muertes anuales por malaria, sobretodo entre niños menores de 5 años. Esta región está severamente afectada por la malaria debido a varios factores: la mayoría de los casos de la región están causados por el parásito *Plasmodium falciparum*, la forma más severa y riesgosa de la enfermedad; la infraestructura limitada de salud afecta los esfuerzos de prevención y tratamiento; la relación entre la pobreza y la malaria.

En el África sub-sahariana, la situación se ve empeorada por la presencia de otras enfermedades, especialmente el VIH/SIDA. Las dos enfermedades afectan las mismas regiones geográficas y los mismos grupos de riesgo, causando crisis duales de salud pública. Un estudio realizado en Uganda descubrió que las personas VIH positivas tienen más probabilidades de infectarse con malaria, que las personas VIH negativas.

Las personas con VIH/SIDA pueden ser más susceptibles a la malaria debido a sus sistemas inmunológicos debilitados. Una vez infectados con malaria, tienen más probabilidades de contraer enfermedades graves y menos probabilidades de responder a tratamientos estándar contra la malaria.

Los niños y las mujeres embarazadas son particularmente vulnerables a la malaria. Los sistemas inmunológicos de las mujeres se debilitan durante el embarazo, posicionándolas en riesgo creciente de contraer la enfermedad. La malaria durante el embarazo puede ser muy grave, puede llevar a anemias severas e incluso a la muerte materna. Los niños que nacen de madres con malaria y VIH tienen tendencia a tener bajo peso al nacer y a morir durante la infancia. Además, las mujeres embarazadas VIH positivas con malaria corren mayor riesgo de desarrollar complicaciones comparadas a las mujeres embarazadas sin VIH.

Los niños menores de 5 años también sufren alto riesgo de contraer enfermedades relacionadas con la malaria, ya que son demasiado jóvenes como para haber desarrollado suficiente inmunidad contra la enfermedad. De acuerdo con lo informado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 90% de las muertes anuales causadas por la malaria se da entre niños africanos con una tasa de un niño muriendo cada 30 segundos. Inclusive aquellos que logran recuperarse de la enfermedad pueden sufrir graves secuelas como resultado de la infección, como ser anemia, fiebre recurrente, ceguera o daño cerebral.

La malaria puede prevenirse a través de insecticidas, mosquiteros, y otras medidas que resultan provechosas evaluando su costo-beneficio. Durante las décadas del cincuenta y sesenta, la Organización Mundial de la Salud guió un esfuerzo global para erradicar a los mosquitos que transmiten la malaria. El DDT (dichlorod iphenyltrichloroethane) fue el insecticida más

usado en esa época. Gracias a los esfuerzos de la OMS la malaria fue erradicada de Norteamérica y Europa. Con el correr del tiempo, el uso de DDT contra la malaria en exteriores fue desrecomendado por la OMS por los resultados nocivos que tenía en el medio ambiente. Ha sido prohibido para el uso en la agricultura en prácticamente todos los países. En la actualidad, la OMS recomienda el uso de DDT contra la malaria sólo en interiores.

También hay disponibles medicamentos para la prevención y el tratamiento de la malaria. Existen una variedad de drogas anti-malaria como la cloroquina quinina / quinidina y amodi-quina, que son conocidas como monoterapias porque se usan generalmente solas. Desafortunadamente, los parásitos de la malaria están desarrollando resistencia a muchas de las drogas disponibles. Esto ocurre en varias partes de Asia y Sudamérica, y es un problema creciente también en África. Dado que la resistencia a las monoterapias está creciendo, la OMS recomienda a los países que pongan a disposición terapias combinadas. Desde 2001, 34 países ya han cambiado su política de tratamiento. Sin embargo, en muchos países en los que las monoterapias ya no resultan efectivas todavía no hay terapias combinadas. La OMS junto con organizaciones como el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, apoyan iniciativas para facilitar el acceso a terapias combinadas. En 2004 la OMS revisó su recomendación para el tratamiento de la Malaria e incluyó la terapia combinada basada en artemisinina (ACT). Este componente que se encuentra naturalmente en una hierba china, ha sido utilizado para tratar la malaria desde 1980 y es, actualmente, la medida más efectiva contra la enfermedad.

El Fondo Mundial, una organización que otorga subvenciones, es una fuente significativa de fondos para la intervención en el control de la malaria. Desde su establecimiento en 2002, el Fondo Mundial ha destinado apoyo aprobado por USD 3 mil millones. Aproximadamente el 31% del total ha sido destinados a esfuerzos de control de la malaria.

En 2005, el Presidente Bush se comprometió a aumentar los fondos para la prevención y el tratamiento de la malaria en más de USD 1.2 mil millones a lo largo de los próximos cinco años. Otra iniciativa global es Roll Back Malaria (RBM) asociación creada en 1998 por la OMS, UNICEF, UNDP y el Banco Mundial. Esta asociación apunta a coordinar actividades internacionales de control de la malaria de más de noventa organizaciones públicas y privadas, agencias internacionales, países con malaria endémica e instituciones académicas y de investigación. El objetivo de la asociación es reducir a la mitad el número de casos de malaria para el 2010. RBM ha logrado aumentar la conciencia de la enfermedad, movilizó apoyo social, político y financiero y coordinar esfuerzos internacionales para combatir la malaria.

Referencias:

American Foundation for AIDS Research (amfAR) (summer 2003). Global Link: A guide to international VIH/AIDS research, treatment and clinical trials. Vol. 2, No. 1, www.amfar.org/GlobalLink

CDC. Malaria Facts, www.cdc.gov/malaria/facts.htm
The Global Fund to Fight AIDS; Tuberculosis and Malaria. (2004) a Force for Change: The Global Fund at 30 Month, <http://www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp>

The Global Fund to Fight AIDS; Tuberculosis and Malaria (2005) Monthly Progress Update, July 15, 2005.

Roll Back Malaria, The Roll Back Malaria Partnership, http://rbm.who.int/docs/rbm_brochure.htm

Steketee, Richard. Presentation: Interaction of HIV and Malaria, Centers of Disease Control and Prevention, 2004
http://www.dcd.gov/malaria/pdf/Malaria_HIV_Rick_website.pdf

Whitworth, J et al (23 Sep. 2000) "Effects of HIV-1 and increasing immunosuppression on malaria parasitaemia and clinical episodes in adults in rural Uganda: a cohort study". The Lancet, Vol. 356.

Whitehouse Press Release, Fighting Malaria in Africa, June 30, 2005. <http://whitehouse.gov/news/releases/2005/06/print/20050630-8.html>

WHO. Children and Malaria, http://www.rbm.who.int/coc_upload/0/000/015/367/RBMInfosheet_6.htm

WHO. Facts on ACTs, http://www.rbm.who.int/cm_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9.htm

WHO. (2004) Malaria and HIV/AIDS, Interactions and Implications, http://www.who.int/VIH/pub/prev_care/en/WHO%20Malaria%20and%20AIDS.pdf

WHO. (2005) Changing Malaria Treatment Policy to Artemisinin-Based Combination: An Implementation Guide.

WHO. What is Malaria, http://www.rbm.who.int/cm_upload/0/000/015/372/RBMInfosheet_1.htm

Copias adicionales de este reporte disponibles en la página web de la Fundación Kaiser Family www.kff.org y en www.huesped.org.ar



La **Fundación Kaiser Family** es una fundación privada sin fines de lucro dedicada a proveer información y análisis de cuidados de la salud a hacedores de políticas, medios, la comunidad de cuidado de la salud y al público en general.

La Fundación no está asociada con Kaiser Permanente ni con las Industrias Kaiser.

The Henry J. Kaiser Family Foundation:
2400 Sand Hill Road, Menlo Park, CA 94025 USA
Teléfono 650.854.9400 Fax: 650.854.4800

Oficinas en Washington:
1330 G Street N.W., Washington, DC 20005 USA
Teléfono: 202.347.5270 Fax 202.347.5274 www.kff.org



La **Fundación Huésped** es un organización argentina que, desde 1989, trabaja intensamente en la lucha contra el SIDA, no sólo como enfermedad biológica de transmisión entre las personas, sino como una importante problemática social que requiere de la existencia de un entorno comunitario adecuado para las personas que viven con el virus HIV.

Fundación Huésped:
Pje. Peluffo 3932, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
CP C1202ABB. Teléfono/ Fax 5411 4981 7777. www.huesped.org.ar