

Guía para la cobertura del VIH/SIDA



Cobertura del
VIH/SIDA

Julio 2008

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. La Fundación Kaiser agradece a la Fundación Huésped por contribuir el apartado especial sobre VIH/SIDA en América Latina para este manual. La Fundación Huésped es una organización no gubernamental argentina con base en Buenos Aires que está trabajando intensamente en la lucha contra el SIDA.



Estimado periodista:

Nos complace presentarle este manual informativo sobre el VIH/SIDA que esperamos le resulte de utilidad durante su participación en la XVII Conferencia Internacional en la Ciudad de México. El manual está diseñado tanto para aquellos periodistas que se dedican por primera vez a informar acerca de la epidemia mundial como para los que ya lo hicieron con anterioridad. La Fundación Kaiser Family aborda este proyecto como parte de su compromiso constante de brindar apoyo al periodismo de buena calidad y de combatir el VIH/SIDA a través de la concienciación y la educación del público en general.

Esta edición incluye una gran variedad de temas entre los que se pueden destacar: material especial sobre el SIDA en América Latina, el desafío inigualable de informar acerca de VIH/SIDA, estrategias de prevención y tratamiento, cifras clave en la lucha contra VIH/SIDA y los esfuerzos internacionales para financiar la campaña contra el VIH/SIDA. La epidemia no involucra solamente una batalla contra un virus. También implica una batalla contra las ideas, los tabúes culturales, el estigma y la discriminación. Por esta razón, incluimos información sobre los aspectos sociales y políticos de la epidemia, y ofrecemos a los periodistas una guía sobre el modo de explorar estos temas de una manera efectiva. Además, contiene información sobre la malaria y la tuberculosis.

La mayor parte de este material fue escrito por especialistas en VIH/SIDA y en comunicaciones pertenecientes al personal de la Fundación Kaiser Family. Agradecemos la colaboración de organizaciones externas que nos han suministrado algunos de sus artículos. KFF, con la colaboración de periodistas locales, elaboró también varios manuales específicos de cada país y región. Los manuales están actualmente traducidos al francés, español, portugués, hindi, maratí, tamil, ruso y ucraniano. Puede encontrarlos en www.kff.org/hivaids/ReportingGuides.cfm.

Este manual frecuentemente actualizado en Internet, debe considerarse como una guía de referencia. Puede encontrar otras fuentes más especializadas de información sobre VIH/SIDA en: www.kff.org/hivaids/index.cfm, www.globalhealthreporting.org y www.globalhealthfacts.org. Puede encontrar material animado diseñado para la televisión en: www.kff.org/mediafellows/toolshivreporting.cfm.

Kaiser siempre ha considerado que el periodismo juega un papel importante al informar al público y a los funcionarios relacionados con los temas de interés público. Esperamos que esta guía informativa contribuya con ese proceso.

Atentamente,

Drew Altman
Presidente y CEO
Fundación Kaiser Family

Fundación Henry J. Kaiser Family

Headquarters:

2400 Sand Hill Road, Menlo Park, CA 94025 USA Teléfono: +1 650.854.9400 Fax: +1 650.854.4800

Oficinas en Washington:

1330 G Street, NW, Washington, D.C. 20005 USA Teléfono: +1 202.347.5270 Fax: +1 202.347.5274

www.kff.org

Conceptos básicos de la cobertura periodística del VIH/SIDA	1
Pautas de ética	9
Preguntas frecuentes sobre la cobertura periodística del VIH/SIDA	11
Cómo entender y retransmitir datos sobre VIH/SIDA	13
Información sobre VIH/SIDA en Internet: Cómo y qué buscar	17
Siglas más utilizadas	19
Glosario	21
Cronología del VIH/SIDA	34
Preguntas frecuentes acerca del VIH/SIDA	41
Prevención del VIH	45
Infecciones oportunistas	48
Guía para el desarrollo y la aprobación de fármacos	52
Términos importantes en la terapia antirretroviral	54
Fármacos usados en el tratamiento del VIH (aprobados por la FDA)	56
Investigación y prueba de vacunas para el SIDA	59
Objetivos globales y compromisos financieros	63
Personalidades clave	66
Tuberculosis (TBC)	79
Glosario sobre tuberculosis (TBC)	81
Malaria	83
Glosario sobre malaria	86
Lista de recursos	88

Contenidos específicos sobre VIH/SIDA en América Latina

VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: epidemias diferentes en contextos particulares	95
Realidad de las y los migrantes: vulnerabilidad y VIH/SIDA	102
Un poder responsable: cobertura del VIH/SIDA en América Latina	106
Derechos humanos contra el estigma y la discriminación: cómo una epidemia se volvió un problema de desigualdad social	108
Acceso a ARV en América Latina y el Caribe	110
Personalidades clave	113
Contactos en América Latina y el Caribe	118

Conceptos básicos de la cobertura periodística del VIH/SIDA quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo

Este ensayo fue escrito por Renata Simone, quien se encarga de informar sobre VIH/SIDA desde 1985. Mas recién ha trabajado como productora, periodista y escritora del premiado documental "La era del SIDA".

El documental fue producido por Frontline en 2006 para Public Broadcasting Service, la cadena estadounidense de televisión pública. Agradecemos a Frontline por permitirnos publicar este ensayo, escrito como parte de una guía para periodistas de la televisión pública estadounidense. www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/aids

El SIDA es diferente de las otras noticias

Piense en las noticias más importantes de nuestro tiempo, interdisciplinarias y complejas; noticias que atañen al mundo entero, transcurren en este momento y son urgentes. Tal vez piense en el cambio climático, el hambre o la proliferación de armas nucleares. Ninguna de estas noticias se compara con la pandemia del VIH/SIDA.

El SIDA es un tema de gran alcance y fuertes contrastes; su cobertura periodística requiere conocimiento y sensibilidad con respecto a ciertos asuntos personales, tales como la sexualidad, la adicción y la vulnerabilidad social. Al mismo tiempo, es una noticia de alcance mundial, por lo cual requiere un amplio conocimiento sobre política internacional, economía y diversas tradiciones culturales. En la trama de las noticias sobre SIDA también se mezclan temas científicos, médicos y de cuidado de la salud que los periodistas deben "traducir" para el público general. Por todas estas razones, se trata de un tema complicado.

Nuestra tarea como informantes es primordial. Desde el momento en que los médicos notaron los primeros casos de una nueva enfermedad misteriosa en 1981, la conciencia pública y la educación han sido una parte importantísima de la lucha contra la propagación del VIH y sus consecuencias. Como periodistas, tenemos una oportunidad y, más aun, una responsabilidad: brindar al público información clara, precisa y respetuosa sobre la pandemia y sobre las grandes fuerzas sociales que la impulsan. Al no contar con una cura ni una vacuna preventiva, la información conforma una de nuestras mejores armas. Debido a que la cantidad de personas infectadas crece día a día, actualmente la necesidad de brindar información de forma exhaustiva y ética es más urgente que nunca.

Desde ya, el VIH/SIDA es similar a otras noticias, pero ninguna conjuga tantas partes dispares. Como periodistas, el tema nos presenta un desafío y las personas que vamos conociendo en el camino nos brindan inspiración. Si gana la inspiración, nuestra cobertura prevalecerá en el tiempo y ayudará a nuestros lectores, oyentes y espectadores en la lucha contra la propagación del virus.

■ Evitar el estigma y respetar la confidencialidad

Por desgracia, en muchas comunidades el VIH genera como respuesta estigma y discriminación. Y para muchas personas, ese estigma significa una amenaza real a sus vidas.

En tales situaciones, es probable que los individuos con VIH positivo no quieran ser entrevistados, a menos que se les asegure confidencialidad. Se recomienda aclarar con la persona entrevistada qué se entiende por confidencialidad, ya que es posible que uno tenga una idea diferente a la suya sobre el concepto.

Puede ser que necesite explicarle los diferentes tipos de acuerdo que puede haber entre el periodista y el entrevistado con respecto a la utilización de la información (si se publicarán como opiniones anónimas o se mencionará al entrevistado, si se utilizará la información sólo como referencia, etc.)

En situaciones extremas, puede que el entrevistado quiera mantener en confidencialidad incluso el hecho de que haya sido entrevistado (“extraoficial”). Hable con el entrevistado. Recuerde: una violación de la confidencialidad puede tener consecuencias nefastas para su entrevistado y puede perjudicar futuros contactos con esa persona y su entorno.

Si tiene pensado tomar fotografías, filmar o utilizar la apariencia de su entrevistado de alguna manera, debe asegurarse de que tiene su permiso para hacerlo. Asegúrese de que el entrevistado comprende dónde y cómo es distribuido su trabajo. Debe considerar su responsabilidad el asegurarse el consentimiento expreso del entrevistado.

Recuerde que muchos de los individuos en riesgo por VIH son mujeres y niños que viven en la pobreza; son parte de las poblaciones más vulnerables del mundo. Es fundamental que el periodismo dedicado al SIDA sea sensible a las circunstancias de vida de las personas y al efecto que nuestro trabajo puede tener en los sujetos sobre los que informamos.

■ Ser justos y encontrar un “balance” en medio de un mar de mitos

Durante los primeros años de la epidemia, ciertos mitos tenían gran circulación y, en algunos casos, los medios difundían información equivocada. Algunos de esos antiguos mitos persisten, por lo tanto, como informantes, debemos reiterar una y otra vez los datos básicos. Por ejemplo, que el VIH no se transmite por la picadura de mosquitos, a través de la donación de sangre o por el contacto social ocasional.

Uno de los mitos más nocivos y persistentes es que “el VIH no causa SIDA”. Esto es erróneo; el VIH sí causa SIDA. A pesar de que existen muchas pruebas científicas, algunos científicos “negacionistas” ponen en duda este dato y sostienen la existencia de una polémica cierta. Sin embargo, se trata de un mito que se hace pasar por un debate y, a menos que sea tratado cuidadosamente y con escepticismo, puede inducir al error.

Algunos periodistas y editores se sienten obligados a cubrir las dos caras de la polémica. No obstante, nuestra labor como periodistas es ser justos y precisos. No es nuestra obligación dedicarle tiempo a todo aquel que tenga una opinión, sino sopesar las fuentes basándonos en los hechos reales e informar sobre hechos verdaderos según nuestro mejor criterio.

■ Hacer un uso responsable del lenguaje

Generalmente un periodista debe ser prudente en cuanto a las palabras que utiliza. Sabemos que el lenguaje científico es difícil de seguir y puede generar malentendidos con facilidad. Estamos preparados para asegurar exactitud y claridad en nuestras afirmaciones.

Sin embargo, al momento de informar sobre SIDA, el lenguaje que utilizamos tiene una carga adicional. Debemos evitar los estereotipos. No tiene importancia cómo alguien contrajo el virus, de cualquier manera se trata de una persona. Las palabras que utilizamos para caracterizar la información social y personal pueden tener connotaciones fuertemente negativas.

Muchos grupos de educación y servicios relacionados con el VIH/SIDA han creado listas de palabras y frases de referencia para los periodistas. Es sumamente recomendable que las consulte antes de comenzar. Los expertos, activistas y personas con VIH que usted consulte podrán percibir su nivel de entendimiento no a través de sus preguntas, sino a través del lenguaje con que las exprese.

Informar sobre VIH/SIDA a partir de las 6 preguntas básicas del periodismo

Debido a que el SIDA es un tema de suma complejidad, uno de los métodos para comenzar a tratarlo es volver a lo básico: abordar el VIH/SIDA desde las primeras preguntas que aprendimos a hacer como periodistas, “¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué? y ¿Cómo?”

Primera pregunta: ¿Quién?

¿En quién debo pensar cuando comienzo una nota sobre SIDA?

La respuesta más próxima es “en todos”. El virus no discrimina. El VIH/SIDA afecta a personas de todos los grupos socioeconómicos y países, por lo tanto, el “¿Quién?” puede ser cualquiera de nosotros. Los individuos más afectados son, cada vez más, las mujeres jóvenes. La fuente más confiable de información sobre la situación actual de la epidemia en el mundo es la página www.unaids.org.

Una vez que ponga en marcha la nota, es posible que quiera contactarse con organizaciones locales y con los trabajadores de la salud que allí recomiendan. Muchos de estos grupos figuran en una lista publicada en la página de “La era del SIDA”: www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/aids y también en el presente manual.

Luego, a medida que vaya avanzando con la nota, necesitará entrevistar directamente a las personas involucradas en la epidemia. Algunos de esos entrevistados serán VIH-positivos. A continuación, algunas de las pautas más importantes que debe tener en cuenta:

■ La relación con sus entrevistados

Además de la importancia de la confidencialidad y la sensibilidad mencionadas anteriormente, su relación con sus entrevistados estará formada según muchos otros factores.

Para establecer y mantener una buena relación entre entrevistado y entrevistador, la regla primordial es que haga su trabajo. Su objetivo es generar confianza entre usted y sus entrevistados. Cuando cubre el tema del SIDA, entrevistará a personas que tienen diferentes papeles; desde personas con SIDA y sus seres queridos, hasta líderes políticos y activistas, profesionales médicos e investigadores. No importa a quién entrevista, deberá ganarse su confianza demostrando su seriedad, profesionalismo y respeto.

■ Su editor: El anzuelo para la nota: “¿Por qué es interesante?”

Cuando se trata de noticias de último momento, su anzuelo para que su editor publique su nota es claro. Pero si no lo es, debe buscar una respuesta a la pregunta “¿Por qué es interesante?”. Hay tantas respuestas a esa pregunta como notas sobre SIDA, sin embargo, para abrir el debate podemos identificar tres razones para hacer que su editor apoye su cobertura periodística sobre SIDA:

Una respuesta común de los editores es: “Ese problema no afecta a mis lectores/audiencia”. Pero eso no es cierto.

En primer lugar, el VIH/SIDA es un problema presente en la comunidad, ya sea de manera visible o no. Su publicación tiene la oportunidad de participar en la solución. El SIDA es una pandemia prevenible y la información es clave para la prevención.

En segundo lugar, el VIH/SIDA se lleva los escasos recursos económicos de su comunidad en tratamiento y atención, mientras que la educación y la prevención podrían costarle mucho menos.

En tercer lugar, podría recordarle a su editor que el SIDA afecta a los jóvenes más que a otros grupos, y los jóvenes son de hecho la audiencia que la mayoría de las organizaciones de medios buscan capturar.

Otra razón para realizar una cobertura periodística sobre VIH/SIDA es el mero interés en el ser humano. Este tema, que aparenta ser triste, nos acerca a historias inspiradoras sobre amigos y familias que salen adelante en el peor momento de sus vidas, héroes, personas comunes que hacen cosas fuera de lo común.

Cuando se prepara para hablar con su editor, le resultará útil pensar en los ángulos de la historia que van más allá del tema salud. Por ejemplo, puede ser una nota sobre la religión y el papel de las iglesias, incluir temas como la inmigración y el lugar de trabajo, las necesidades básicas, tales como el agua y los alimentos, la industria farmacéutica y las patentes, encuentros deportivos y deportistas famosos, turismo, entretenimiento y arte, incluso teatro callejero. Piense en las diferentes disciplinas, en lugar de concentrarse en una, para así encontrar el “anzuelo” que hará que su editor se interese en su nota.

Segunda pregunta: ¿Qué?

¿De qué se trata la nota?

Lo primero que piensa la mayoría de las personas con respecto a una noticia sobre VIH/SIDA es que tiene que ver con la salud, sin embargo, existen miles de noticias sobre SIDA insertas en otros campos periodísticos, diferentes de la salud y la medicina. Una nota sobre VIH/SIDA puede estar contada desde la perspectiva de la economía, las noticias y el análisis internacional, la política, el derecho, el arte y la cultura.

A continuación le presentamos ideas sobre cómo enfocar una noticia sobre SIDA.

■ **Informar sobre los tres hilos principales en la historia del SIDA: La ciencia, la sociedad, las personas**

La gran trama del SIDA en el mundo entero se forma a partir de muchos hilos diferentes. Sin embargo, para organizar nuestras ideas, nuestra investigación y nuestra nota periodística, podemos conceptualizar los tres hilos principales.

El primero es la ciencia. Aquí están incluidas la medicina, la investigación y la atención médica. El segundo hilo, la sociedad, abarca la economía, las normas y tradiciones culturales, el derecho, la política y el gobierno, y otras instituciones dedicadas a la educación y al bienestar social.

El tercer hilo, las personas, es tal vez el más importante. Las experiencias e ideas personales de los individuos le sirven como base para la noticia y hacen que los temas y la información sean interesantes para sus lectores o espectadores. Parte de nuestra tarea es ubicar lo humano dentro de las ideas abstractas y las crisis del VIH/SIDA. Uno de nuestros desafíos es imaginar historias específicas sobre personas que nos sirvan para ilustrar temas que tienen que ver con la economía, la ciencia, la geopolítica, el derecho.

■ **Integrar las partes de la historia**

En el mundo real, la ciencia, la sociedad y las experiencias de las personas ejercen influencia una sobre otra. Por ejemplo, el debate sobre la fabricación de drogas genéricas para el VIH involucra a la medicina, la ciencia, la economía, la política y las personas. Cada una de las partes ejerce influencia sobre las demás en formas que nosotros podemos describir en nuestra nota. Las interconexiones hacen que nuestra nota sea interesante y, a veces, sorprendente.

■ **Las noticias a nivel local y mundial se complementan entre sí**

Al hacer una cobertura sobre VIH/SIDA, se dará cuenta de que las noticias locales son reflejo de las internacionales y viceversa. Una noticia local puede enriquecerse con información sobre el mismo tema a nivel nacional o internacional.

Lo mismo sucede a la inversa. Cuando cubre una noticia sobre un tema internacional, tal como lo costoso que es el tratamiento del VIH/SIDA, una historia local puede servirle como ilustración. Si cuenta sobre una persona del lugar a la cual le resulta difícil costear el tratamiento, puede hacer que sus lectores logren un mejor entendimiento del problema a nivel mundial.

Otros ejemplos de historias locales y globales interrelacionadas: el papel de los médicos e investigadores locales que dan ejemplos que sirven como modelo en todo el mundo; el vínculo entre las instituciones médicas y académicas locales y extranjeras; y el papel de las iglesias locales que brindan apoyo a programas, individuos o pueblos de otros países.

Tercera pregunta: ¿Cuándo?

¿Cuándo debemos informar sobre VIH/SIDA?

■ **Asociar el artículo con sucesos recurrentes**

Podría proponer y escribir o producir su trabajo para cuando se cumplen aniversarios de los hitos de la epidemia, o cerca de las fechas importantes para el VIH/SIDA. Algunas de esas fechas son: el Día Mundial del SIDA (1° de diciembre) y, en Estados Unidos, el Día Nacional de la Prueba de VIH (27 de junio) y el Día de Concientización Nacional del VIH/SIDA de la Raza Negra (7 de febrero). Aparte de estas fechas de importancia a nivel nacional o internacional, también puede haber fechas importantes o sucesos locales a los cuales usted podría asociar su trabajo.

■ **Noticias e información de actualidad**

En todos los temas de actualidad que están en transcurso ocasionalmente surgen noticias nuevas que le sirven como punto de partida para su nota. Manténgase informado sobre los próximos acontecimientos: esté en contacto permanente con quienes le brindan información y haga un seguimiento de sus fuentes primarias. Sus fuentes primarias deberían incluir las principales publicaciones consultadas por los pares de la comunidad científica y las actas (en línea) de los encuentros médicos y científicos.

■ **Informar continuamente: El SIDA no se acabó**

Entre una noticia y otra, hay largos períodos de tiempo en los que el VIH y el SIDA quedan fuera del foco de atención pública. No obstante, la epidemia continúa. La autocomplacencia es peligrosa, ya que brinda una sensación falsa de seguridad a las personas en riesgo, que consecuentemente pueden exponerse a un riesgo aun mayor.

En los momentos en los que no hay noticias, puede sugerir un artículo sencillo sobre prevención: ¿Cuáles son los programas locales de prevención contra VIH/SIDA en su región que han demostrado ser los más efectivos? ¿Y en el mundo?

También puede proponer un artículo de investigación: ¿Cuántas personas con SIDA están en listas de espera para recibir tratamiento? ¿En qué se gastan los fondos destinados al VIH/SIDA? ¿Los resultados son acordes al gasto?

Otros posibles puntos de vista a considerar: la conversación entre padres e hijos sobre VIH/SIDA; cómo se convive con VIH/SIDA y con el régimen de medicamentos; la prueba de VIH, qué implica, cuánto cuesta; programas de orientación antes y después de hacerse la prueba, cómo deberían aconsejarlo y apoyarlo en los lugares donde se hace la prueba.

Cuarta pregunta: ¿Dónde?

¿Dónde está la noticia?

La respuesta más próxima, como adivinarán, es “En todas partes”. De acuerdo con estudios genéticos publicados en marzo de 2006, el VIH surgió en el sureste de Camerún entre 1920 y 1935. Desde entonces, debido a que el transporte y la globalización hicieron de “transmisores” del virus, el VIH y sus subtipos se han propagado a todos los continentes de la Tierra.

Muchas veces las personas no son conscientes de cuánto se está propagando el VIH. La migración de personas por causas laborales aún hoy juega un papel central en la expansión de la pandemia. Podría redactar un artículo de investigación sobre las principales rutas de transmisión.

Tal como mencionamos anteriormente, encontrar una noticia puede volverse más difícil debido a la acentuación del problema de la confidencialidad y la confianza. Pero si su abordaje es informado y respetuoso, el contacto con quienes brindan servicios relacionados con el SIDA y con los grupos activistas a nivel local debería ofrecer un buen comienzo.

Dondequiera que busque las noticias, a nivel local o internacional, no olvide mantener despierta la curiosidad, manténgase interesado y abierto a las sorpresas. Así su trabajo tendrá más vida y, recuerde, alguien que quiere probar una idea o una noticia ya planteada no es un periodista sino un ensayista o un polemista.

Quinta pregunta: ¿Por qué? ¿Por qué informar sobre el VIH/SIDA?

■ **Prevenir sufrimiento**

Desafortunadamente, todos conocemos o tuvimos experiencias de sufrimiento imposibles de prevenir. Pero el VIH y el SIDA se pueden prevenir. Si ayuda a crear mayor conciencia sobre el VIH, cómo se transmite y cómo evadirlo, su tarea periodística será parte de la solución. Su trabajo ayudará a evitarles sufrimiento innecesario a personas que corren riesgo de contraer VIH, a sus familias, seres queridos y comunidades.

■ **La urgencia de la información**

Crear conciencia sobre el SIDA no es un objetivo que pueda cumplirse en un sólo intento. Es así para las audiencias de cualquier tipo demográfico, en particular para los jóvenes. Cada día, hay más adolescentes y jóvenes que crecen y pueden estar en riesgo de contraer VIH sin saberlo. Por lo tanto, es necesario brindar información básica continuamente, en todo momento.

■ **El costo del VIH/SIDA**

La atención médica y el tratamiento para las personas con la enfermedad del VIH tienen un alto costo en términos de recursos económicos y humanos. En su ciudad o comunidad, ¿quién costea los gastos del SIDA? ¿Los resultados concuerdan con el gasto?

Además, la enfermedad del VIH afecta a las personas cuando recién comienzan con su vida laboral. El costo del SIDA también se cuenta por la pérdida de aportes profesionales que muchas personas podrían hacer a sociedad en la que viven.

Sexta pregunta: ¿Cómo? ¿Cómo influyen en nuestra cobertura las lecciones que hemos aprendido durante la historia del VIH/SIDA?

Desde que se diagnosticaron los primeros casos en 1981, los expertos han luchado en todos los frentes y han aprendido tres lecciones claras. Como periodistas, podemos utilizar esas lecciones para encontrar noticias, y luego para mejorar nuestra labor como informantes.

■ **El papel de los líderes es decisivo**

Las lecciones del pasado pueden dar forma a nuestra cobertura. En la historia del SIDA puede verse claramente, en todos los países del mundo, que la clave para la lucha contra la epidemia es la acción, o la inacción, de los líderes.

Por ejemplo, en los Estados Unidos a principios de la década de 1980 y en Sudáfrica a principios de la década de 1990, los principales líderes nacionales no llevaron adelante medidas intensivas contra la epidemia, y el virus se propagó con una velocidad alarmante. Por el contrario, los líderes de Tailandia y Uganda implementaron medidas intensivas durante el principio de la epidemia en esos países y lograron disminuir en gran medida los niveles de transmisión. Actualmente la cantidad de casos en Tailandia y Uganda ha aumentado, lo cual demuestra la importancia del liderazgo positivo.

Concentrarse en el liderazgo puede ser de mucha utilidad para dar forma a nuestra nota. Los líderes de Brasil, por ejemplo, sentaron precedente en el mundo en cuanto a la lucha por conseguir drogas más baratas y a los enérgicos programas preventivos que pusieron en práctica el país. Cómo y por qué fueron capaces de cumplir esos objetivos es un relato fascinante sobre líderes que supieron escuchar a sus electores y actuaron con firmeza.

Recuerde que los líderes no-gubernamentales también juegan un papel. A través de los años de lucha contra el SIDA, muchos de los verdaderos líderes han sido personas comunes que tuvieron que enfrentar circunstancias atroces y, sin embargo, se armaron de fuerza para sobrevivir y de coraje para liderar.

■ **La negación, el estigma y la discriminación acompañan siempre al virus**

La larga historia del VIH/SIDA demostró que en todo el mundo, cuando el entorno social que rodea al VIH está lleno de negación y silencio, estigmatización, discriminación y miedo, es probable que las personas que corren riesgo de ser infectadas no realicen la prueba. Las personas que saben que son VIH-positivo generalmente lo esconden. Esto aumenta enormemente el riesgo para los demás.

Si su artículo le brinda a la audiencia información precisa, clara y exhaustiva sobre el virus y su transmisión, ayudará a disipar los miedos que causan estigmatización y discriminación, y tendrá un verdadero efecto positivo.

■ **La prevención funciona**

La transmisión del VIH puede prevenirse si la persona se abstiene de tener relaciones sexuales, no utiliza jeringas contaminadas y no recibe transfusiones de sangre u otros productos derivados de la sangre infectados. Los expertos han señalado que estas medidas extremas funcionan para algunas, pero no para todas las personas en riesgo.

Estudios científicos de autoridad han demostrado que, si no hay abstinencia total, el riesgo de transmisión disminuye en gran medida con el uso de otras medidas preventivas, tales como condones, jeringas esterilizadas y productos derivados de la sangre que han sido examinados. Otras estrategias de prevención exitosas incluyen la reducción de otras enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y malaria. Recientemente, algunos estudios han demostrado que la circuncisión en el hombre puede reducir la transmisión.

Estas medidas de prevención y de “reducción de riesgo” siguen teniendo una carga política y deben ser comunicadas con claridad y veracidad. Ya que la ciencia todavía no ha creado una cura ni una vacuna para la enfermedad del VIH, la prevención es nuestra mejor arma.

Por último, pero no menos importante: Lo que todos quieren preguntarle a un periodista... ¿No es deprimente informar sobre SIDA?

En muchos sentidos, el SIDA es un tema triste. Se han perdido muchas vidas y hay muchas aún en peligro. Existen diferencias injustas y elecciones imposibles.

Pero en última instancia, tratar sobre SIDA es inspirador. Durante la historia de la epidemia, hubo héroes que cambiaron la vida de los que los rodeaban. Como periodistas, tenemos el privilegio y la responsabilidad de conocerles y darles una voz a esas personas.

El SIDA no puede ser tratado por alguien sin preparación. En tanto es uno de los problemas más complejos que ha enfrentado la humanidad, vale la pena especializarse para asegurarse la comprensión profunda y exhaustiva del tema. El SIDA abarca más de una disciplina: desde virología molecular, epidemiología y economía, hasta política, sociología y psicología. La pandemia también va más allá de todos los límites geográficos y socioeconómicos, afecta tanto a ricos como a pobres en países desarrollados y en desarrollo. Por lo tanto, informar sobre el tema lleva tiempo y estudio.

Otra de las razones para que un periodista se especialice en SIDA son las recompensas profesionales y personales.

Nuestra tarea realmente tiene un efecto positivo. Nuestro trabajo periodístico sobre SIDA informa e inspira a nuestros lectores, oyentes y espectadores a tomar decisiones positivas en sus vidas y a contribuir en la constante lucha contra el SIDA.

Pero lo más importante quizá sea que las personas que encontramos en el camino –desde trabajadores de la salud y líderes políticos hasta trabajadores sociales, personas infectadas y sus seres queridos– nos brindan a nosotros y a nuestra audiencia inspiración duradera y un profundo sentido de esperanza.

Las opiniones aquí expresadas son personales del autor.

Recursos adicionales

Fundación Kaiser Family. Sitio *Global Health Facts*, www.globalhealthfacts.org

ONUSIDA. "Orientaciones terminológicas", http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1336-terminologyguide_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Lenguaje relacionado al VIH: OPS 2006 Actualización, <http://www.ops-oms.org/English/AD/FCH/AI/HIVLANGUAGE.PDF>

Pautas de ética

Este material fue creado para el Foro de Editores de África del Sur y cuenta con su aprobación. Puede encontrar más información en: www.journails.org/docs/SAEF_ethical_principles.pdf. Agradecemos el permiso para reproducir este material.

El VIH y el SIDA son temas de gran importancia que los periodistas deben tratar con imaginación, iniciativa y sensibilidad con respecto al género y a las fuerzas sociales mayores que impulsan la epidemia.

El tema requiere de un trabajo periodístico que siga las pautas de ética más elevadas. El Foro de Editores de África del Sur (SAEF, por su sigla en inglés) y el Instituto de Medios de África del Sur (MISA, por su sigla en inglés) aprobaron estos principios como guía para los consejos de medios, las instituciones académicas y las compañías de medios, así como también para los editores y periodistas autónomos. Los principios no son definitivos, sino que deben ser revisados con el correr del tiempo, según vaya evolucionando la epidemia.

- La exactitud es muy importante, ya que los informes periodísticos pueden ejercer influencia en la toma de decisiones personales y políticas. Los periodistas deben poner especial atención en la información científica y estadística para no malinterpretarla. Deben revisar los datos concienzudamente, utilizar fuentes confiables para interpretar la información, verificar los datos y hacer que las estadísticas y la ciencia sean comprensibles y significativas para grandes audiencias. Las fuentes deben nombrarse lo más posible. Las noticias deben relatarse dentro de un contexto.
- Los conceptos falsos deben desacreditarse y todas las supuestas curas o tratamientos deben tratarse con el debido cuidado. Los periodistas deben ver con mirada crítica todas las noticias.
- La claridad implica estar preparado para hablar sobre sexo, prácticas culturales y otros temas delicados con respeto, pero abiertamente. Es importante ser cuidadoso para estar seguros de que el lenguaje, las normas culturales y las prácticas tradicionales que se refieren a, por ejemplo, la herencia y las relaciones sexuales sean comprendidas y relatadas con precisión, sin olvidar los derechos humanos internacionales.
- Equilibrio significa darle a la noticia el peso que le corresponde y cubrir todos los aspectos, incluyendo, entre otros, los temas médicos, sociales y políticos. Equilibrio también significa destacar las noticias positivas apropiadamente, sin minimizar el serio problema que representa el VIH/SIDA.
- Los periodistas deben responsabilizar por sus acciones relativas a la pandemia a todos aquellos que toman decisiones, desde el gobierno a la industria farmacéutica y los grupos de defensa. Deben participar en alguno de los grupos de interés, sin convertirse en prisioneros.
- Los periodistas deben hacer que las voces e imágenes de las personas que viven con el VIH y de todos los afectados sean escuchadas y vistas. Deben mostrar la cara humana de la pandemia. Asegurarse de que se escuchen diversas voces, tanto de hombres como de mujeres, incluso de personas vulnerables y marginadas.
- Los periodistas deben respetar los derechos de las personas que viven con el VIH y el SIDA. Debe tenerse especial cuidado al tratar con las personas vulnerables. Antes de invadir la privacidad, el periodista debe pedir el consentimiento expreso del entrevistado. Debe comprender las posibles consecuencias que el informe puede traer a los participantes y asegurarse de que esos individuos sean conscientes de las consecuencias. Solamente en los casos de gran interés público puede revelarse que una persona es VIH-positivo sin su consentimiento; sólo en estos casos el periodista puede ocultar su identidad profesional.
- Los periodistas deben conocer e indagar sobre las dimensiones de género en todos los aspectos de la pandemia, desde la prevención hasta el tratamiento y la atención médica, ya que esto les dará mayor profundidad y contexto, y les permitirá encontrar nuevos temas sobre los cuales informar.

- Se debe ser especialmente cuidadoso al tratar sobre niños. Los niños sufren las consecuencias más graves de la epidemia, y su derecho a la privacidad debe ser resguardado aún más. Su identidad debe ser revelada solamente si el interés público es abrumador e, incluso en esos casos, únicamente si no existen posibles daños, además de contar con el consentimiento expreso de ellos y de sus padres o tutores. Los niños tienen derecho a formar parte de las decisiones que influyen en sus vidas. También tienen derecho a ser escuchados, y los periodistas deben hacer que se informe sobre los problemas que enfrentan ellos en particular.
- La discriminación, el prejuicio y el estigma causan mucho daño, y los periodistas no deben alimentarlos. Debe ponerse especial cuidado para no utilizar lenguaje o imágenes que reafirmen los estereotipos.

Recursos adicionales

El sitio *Global Health Reporting* de la Fundación Kaiser Family cuenta con enlaces a muchos manuales de redacción periodística que incluyen pautas de ética, www.globalhealthreporting.org/reportingmanuals.

Preguntas frecuentes sobre la cobertura periodística del VIH/SIDA

¿Realmente existe diferencia entre decir que alguien tiene SIDA y decir que es VIH-positivo?

Sí, puede haber diferencia. VIH-positivo quiere decir que la persona está infectada por el VIH, el virus que causa el SIDA, pero no necesariamente significa que se le haya diagnosticado SIDA. Es posible que una persona VIH-positiva no tenga ningún síntoma visible. En cambio, una persona a la que se la ha diagnosticado SIDA tiene graves afecciones al sistema inmunitario y por lo general muestra síntomas visibles. Según las características de la noticia, puede ser importante que deje en claro esta diferencia.

¿A quién debo recurrir para obtener las cifras más confiables sobre la epidemia?

Existe gran confusión y, a veces, polémica sobre las estadísticas del VIH/SIDA. Encontrar e interpretar estadísticas puede resultar difícil, debido a que el registro de datos sobre la enfermedad presenta numerosos desafíos. Esto se debe a que la mayoría de las personas con VIH no sabe que está infectada. Antes de utilizar datos estadísticos, asegúrese de que entiende lo que quieren decir, quien los recavó, cómo fueron recavados y durante qué lapso de tiempo. Si encuentra cifras que se contradicen, contacte a sus fuentes y pídale que le expliquen la contradicción. El ONUSIDA es el mejor lugar para comenzar a buscar información sobre el VIH/SIDA a nivel nacional y mundial. También puede consultar directamente con el organismo de salud de su país. Encontrará más información al respecto en *Cómo entender y retransmitir información sobre VIH/SIDA*, así como una explicación sobre cómo confecciona el ONUSIDA las estadísticas sobre VIH/SIDA en www.kff.org/hiv/aids/7742.cfm.

¿Cuál es la importancia de la confidencialidad en las noticias sobre VIH/SIDA?

La identidad de una persona con VIH/SIDA no debe ser revelada sin su permiso explícito. En muchos países, una vez que alguien ha sido identificado públicamente como VIH-positivo o con SIDA, será excluido y estigmatizado y hasta podría enfrentar violencia, en la casa, la comunidad y el trabajo. Si una persona acepta ser identificada, es responsabilidad del periodista asegurarse de que comprenda las posibles consecuencias que puede tener esa decisión. Más información sobre este tema en *Conceptos básicos de la cobertura periodística del VIH/SIDA y Pautas de ética*.

¿Cuáles son los estereotipos más comunes que se filtran en las noticias sobre VIH/SIDA?

Las personas que viven con el VIH/SIDA conforman un grupo diverso, y la información periodística debe reflejar esa característica. La intención, por supuesto, es ser objetivo y atenerse a los hechos. Evite hacer juicios de valor y refirmar el estigma que muchas personas que viven con el VIH ya enfrentan. Uno de los estereotipos comunes tiene que ver con las características de las personas infectadas, generalmente se confunde entre “grupo en riesgo” y “comportamiento riesgoso”, es decir, se da por sentado que una persona que forma parte de cierto grupo tiene comportamientos riesgosos. Por ejemplo, muchos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres practican sexo seguro y tienen una sola pareja. Por lo tanto, no corren un riesgo mayor que el resto de la población.

¿Con el uso de qué palabras debo ser cuidadoso en un contexto de VIH/SIDA?

Es importante no utilizar palabras que estereotipen o estigmaticen inadecuadamente a las personas que viven con el VIH, palabras que acentúen los mitos o que contengan juicios de valor. El ONUSIDA y la OPS desarrollaron guías de orientación terminológica que se pueden encontrar en:

http://data.unaids.org/pub/MediaAdvisory/2007/20070328_unaids_terminology_guide_en.pdf

<http://www.ops-oms.org/English/AD/FCH/AI/HIVLANGUAGE.PDF>

No utilice terminología difícil de comprender para el público general. En especial cuando escriba sobre noticias médicas, el objetivo es ser preciso sin que el texto sea muy denso para que la audiencia pueda entender la noticia.

¿Cuáles son las dificultades de informar sobre el tratamiento del VIH/SIDA?

El tratamiento del VIH/SIDA es un tema complejo y puede haber muchos tratamientos diferentes: algunos tratan el virus en sí, otros tratan los síntomas y enfermedades causadas por el virus. Sin embargo, ninguno cura el VIH o el SIDA. Es importante dejar en claro la diferencia entre un tratamiento para curar o prevenir una enfermedad *relacionada* con la infección del VIH y una cura para el VIH (o el SIDA) *en sí*. También es importante no llamar "cura" a las drogas utilizadas para frenar la reproducción del virus. Recuerde, no hay cura para el VIH.

¿Es correcto decir que una persona murió de SIDA?

El SIDA es un síndrome que puede expresarse en una gran cantidad de enfermedades y cánceres. No hay una sola enfermedad que podamos llamar SIDA. Cuando una persona a la que se le ha diagnosticado SIDA muere, técnicamente es más acertado decir que murió a causa de una enfermedad relacionada con el SIDA, por causas relacionadas con el VIH o por una enfermedad causada por el VIH.

Cómo entender y retransmitir datos sobre VIH/SIDA

Informar sobre VIH/SIDA es una tarea compleja, y clasificar los datos epidemiológicos puede resultar un desafío. Ya sea que utilice los datos como soporte de su artículo o que informe sobre los datos en sí, los datos específicos que elije y cómo los utiliza serán de gran importancia para determinar qué noticia contará. Además, los datos a menudo son tan complejos que existe el riesgo de malinterpretarlos. Por ejemplo, algunos periodistas utilizan indistintamente “incidencia” y “prevalencia”, a pesar de que representan dos formas diferentes de medir la epidemia. También es importante tener en cuenta que las mejoras en la metodología, la mayor cantidad de datos disponibles y el aumento de conocimientos sobre la enfermedad del VIH con el correr del tiempo han dado como resultado estimaciones mejores y más actualizadas que, aunque nos proporcionan un panorama más claro sobre la epidemia, a veces implican que las estimaciones actuales no sean comparables con las estimaciones publicadas con anterioridad. Por lo tanto, para evitar los escollos a la hora de redactar un informe periodístico, es importante estar familiarizado con los tipos de datos y las fuentes disponibles sobre VIH/SIDA, cómo se utilizan para caracterizar la epidemia, cómo cambian con el correr del tiempo y las limitaciones que tienen. A continuación, tratamos brevemente algunas de estas cuestiones y los recursos sugeridos.

¿De dónde provienen los datos sobre el VIH/SIDA?

Los datos sobre el VIH/SIDA provienen de diferentes fuentes, entre ellas:

- Encuestas realizadas en hogares
- Encuestas realizadas con mujeres embarazadas que acuden a clínicas de atención prenatal (ANC, por su sigla en inglés)
- Otros registros de datos para “vigilancia” de la población con mayores riesgos, como trabajadores sexuales o usuarios de drogas inyectables. La vigilancia es la recolección y análisis de datos sobre la enfermedad provenientes de ciertas instituciones, proveedores o instalaciones, tales como clínicas de enfermedades de transmisión sexual y de atención prenatal. Sin embargo, es posible que esos datos no sean representativos del total de la población.
- Informes de caso oficiales (por ejemplo, de un departamento de salud que realiza un seguimiento de la enfermedad)
- Registro civil de las personas (el registro oficial de nacimientos y defunciones)

No obstante, ninguna de estas fuentes nos proporciona la cantidad total o exacta de personas que viven con el VIH/SIDA, personas recientemente infectadas ni muertes causadas por el SIDA. Esto ocurre por diferentes motivos: no se pueden obtener datos a través de un conteo directo, debido a que muchas personas no conocen su situación, a que el estigma que rodea al VIH a menudo lleva a la negación y el ocultamiento, y a que hoy en día la posibilidad de hacerse la prueba del VIH todavía no está al alcance de todos en todo el mundo. Así, por ejemplo, la cantidad de casos de SIDA registrados oficialmente en un país será siempre menor a la cantidad real de personas VIH positivas. A pesar de estas dificultades, con el correr del tiempo se han desarrollado y mejorado diferentes métodos para obtener estimaciones aceptables a nivel nacional, regional y mundial. El ONUSIDA es quien lleva adelante esta tarea, cuenta con un grupo de asesores técnicos para realizar estimaciones y consulta regularmente con los países.

Los datos sobre VIH/SIDA que se utilizan para hacer estimaciones tienen diferente procedencia según el nivel o el tipo de epidemia del VIH/SIDA que sufra el país:

- En los países donde existe una **epidemia generalizada** (la prevalencia del VIH en la población adulta es de por lo menos 1%), las estimaciones están basadas principalmente en muestras de sangre de las embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal. En la mayoría de los casos, la vigilancia de

este grupo brinda los datos más adecuados de que se dispone como fundamento para las estimaciones de prevalencia del VIH en el total de la población en los países donde hay un nivel de epidemia generalizada, a pesar de que son necesarios algunos ajustes para hacerlo. Si se dispone de encuestas de hogares, también se las utiliza para mejorar las estimaciones, pero, por lo general, no es factible realizarlas, al menos no con regularidad.

- En los países donde existe una **epidemia concentrada** (la prevalencia en el total de la población es menor al 1% pero algunos grupos de alto riesgo tienen una prevalencia mayor al 5%), las estimaciones están basadas en el estudio de grupos poblacionales que tienen un mayor riesgo de exposición (usuarios de drogas inyectables, trabajadores sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres).

¿Cuáles son los temas importantes a considerar en cuanto a los datos?

A continuación le presentamos los temas que debe tener en cuenta, entre otros, a la hora de realizar una cobertura periodística y hacer uso de los datos sobre VIH/SIDA:

- Existen numerosas fuentes y tipos diferentes de información, cada una cuenta una historia diferente sobre la epidemia
- Los métodos de vigilancia del VIH/SIDA evolucionan con el tiempo, por lo tanto, puede que los datos de una misma fuente no sean directamente comparables de un año al otro
- El tipo de datos disponibles y el tiempo de vigencia de esos datos pueden presentar dificultades para evaluar el impacto actual
- Existen lagunas en la información
- Las mediciones epidemiológicas del VIH/SIDA son muchas y cada una cuenta con definiciones importantes y diferentes
- Muchos de los datos que puede utilizar son sólo estimaciones. Por ejemplo, la incidencia del VIH (nuevos casos de infección) es una estimación. Esto sucede en los países de todo el mundo, incluso en los Estados Unidos, y se debe al período de progresión que existe desde la infección por el VIH hasta el diagnóstico de SIDA, al hecho de que muchas personas no conocen su situación, al estigma que causa ocultamiento y a los sistemas de vigilancia que pueden no ser exhaustivos.
- Preste atención al margen de error que se indica para cada estimación y a todos los comentarios que acompañan los datos, ya que pueden brindar información importante que lo ayudará a interpretar los datos.
- No sólo las cifras importan, también son importantes las tasas o porcentajes; las tasas son mediciones estandarizadas que permiten comparar el efecto o la concentración del VIH/SIDA entre los diferentes grupos poblacionales, períodos de tiempo y áreas geográficas
- El problema, por lo general, es local y complejo, por lo tanto, los promedios mundiales, regionales y nacionales pueden ocultar epidemias y tendencias localizadas, por ejemplo el impacto en los grupos poblacionales marginados

Recuerde:

- Consultar varios tipos de datos, comparar y contrastar
- Consultar en el ONUSIDA y en www.globalhealthfacts.org para obtener los datos más actualizados a nivel nacional y mundial
- Consultar en las organizaciones regionales y/o el ministerio de salud de su país sobre los informes de vigilancia, ya que allí le brindarán datos específicos de su país o ciudad

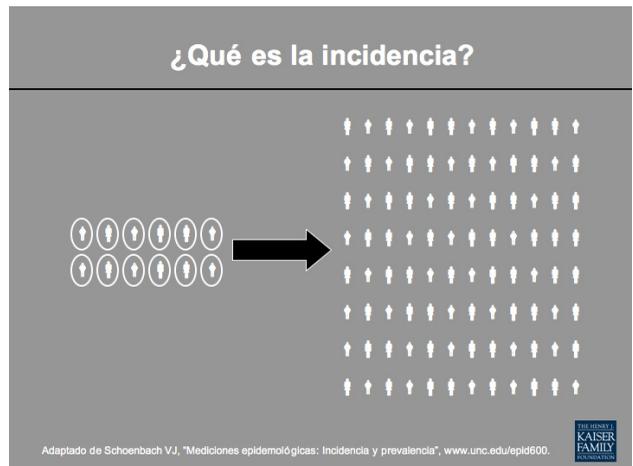
- Indicar qué tipo de datos utiliza (por ejemplo, si se refiere a prevalencia, incidencia, tasas, casos de infección por el VIH o casos de SIDA)
- Dejar en claro si los datos son estimaciones, informes reales, representativos o sólo pequeñas muestras de una investigación individual

INCIDENCIA:

La cantidad de casos nuevos (de una enfermedad o afección) que aparecen en determinada población durante un período específico de tiempo. En el ejemplo hay 12 personas recientemente infectadas por el VIH que se insertan en la población. La incidencia de nuevos casos o nuevas infecciones es igual a 12.

Qué indica: La cantidad de casos más recientes de una enfermedad o afección; cuántas personas fueron recientemente infectadas.

Salvedad: Para una enfermedad como el VIH, es muy difícil saber esta cifra, debido a que muchas personas no conocen su condición de VIH y a que las pruebas comunes utilizadas para diagnosticar el VIH no detectan el momento en el que la persona fue infectada. Por lo tanto, la incidencia del VIH generalmente es una estimación. Quizá lea en algún lado "nuevos diagnósticos de VIH". Eso no necesariamente es lo mismo que nuevos casos de infección, ya que, a muchas personas se les diagnostica VIH después de un tiempo de haber sido infectadas, incluso muchos años después.



PREVALENCIA:

La cantidad de casos (de una enfermedad o afección) en determinada población en un momento específico. En el ejemplo hay 200 personas de las cuales 20 tienen VIH. La prevalencia es igual a 20. También puede estar expresada en una tasa o porcentaje, que indica la cantidad de casos en determinada población en un momento específico dividida por el total de la población. En el ejemplo, la tasa de prevalencia es igual a $20/200 = 10\%$.

Qué indica: El peso que tiene una enfermedad en determinado momento en una población. Es como una fotografía de un momento particular. La tasa de prevalencia resulta útil para hacer comparaciones entre las poblaciones o entre diferentes puntos de tiempo.

Salvedad: Es importante recordar que esta cifra no nos indica el momento en que la persona contrajo el VIH, sino solamente cuántas personas o qué porcentaje de la población tiene la enfermedad en un momento específico.



TASAS:

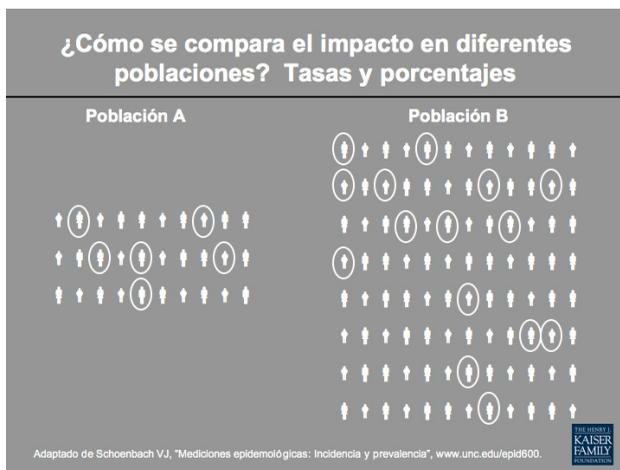
En el ejemplo hay dos poblaciones, A y B. En la Población A, hay 30 personas, de las cuales 6 están infectadas. En la Población B, hay 96 personas, de las cuales 15 están infectadas. ¿En cuál de las poblaciones la enfermedad está más concentrada? Respuesta:

Población A: $6/30 = 20\%$

Población B: $15/96 = 15,6\%$

Qué indica: Una tasa permite comparar entre poblaciones o entre períodos de tiempo, ya que estandariza la diferencia de tamaño de las poblaciones. Por ejemplo, en el caso de los afroamericanos, que son el 12% del total de la población de los Estados Unidos, una tasa puede ayudarnos a saber si tienen mayor concentración de VIH en comparación con otros grupos.

Salvedad: Cuándo utilizar una tasa y cuándo no dependerá en cierta medida de la pregunta que necesite responder. Si lo que quiere es saber dónde se encuentra la mayor cantidad de personas infectadas, una tasa no es la medida que debe utilizar. Por el contrario, si desea comparar diferentes países o comunidades, o diferentes períodos de tiempo, una tasa será de mucha utilidad.



Referencias y recursos

ONUSIDA. *Datos sobre el VIH: Procedimientos y supuestos de estimación* (2007), http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

ONUSIDA. *Understanding the latest estimates of the 2007 AIDS Epidemic Update*. Noviembre de 2007, http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_qa_methodology_backgrounder_en.pdf

ONUSIDA. *Global Summary of the AIDS Epidemic*. Diciembre de 2007, http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_epicore2007_slides_en.pdf

Fundación Kaiser Family. *Understanding the New UNAIDS Estimates*, <http://www.kff.org/hiv/aids/7742.cfm>

Fundación Kaiser Family. Sitio *Global Health Facts*: www.globalhealthfacts.org

Información sobre VIH/SIDA en internet: cómo y qué buscar

Esta información sobre la búsqueda y valoración de la información disponible en línea fue desarrollada por SciDev.net. El kit multimedia completo está disponible en: www.itrainonline.org/itrainonline/mmtk/mmtk_hiv_aids_resources_handout.doc. Agradecemos el permiso para reproducir este material.

La búsqueda de información sobre VIH/SIDA arrojará como resultado diferentes tipos de información, recursos y enlaces, según si usted utiliza un motor de búsqueda general como Google o si busca en un sitio o base de datos especializada en VIH/SIDA dirigida a profesionales médicos.

- Los resultados de una búsqueda en motores de búsqueda generales sobre, por ejemplo, transmisión del VIH de madre a hijo arrojará una gran variedad de recursos: desde artículos periodísticos hasta guías para el cuidado de la salud de la comunidad, información estadística e información dirigida a los investigadores médicos. Puede conseguir buena información, información mala e información que no es importante para lo que usted necesita.
- Una búsqueda en el sitio web de una organización puede dar como resultado información desarrollada principalmente por esa organización.
- Una búsqueda en un sitio especializado arrojará resultados relacionados con el área de especialización del sitio.

Es muy importante hacer una valoración de la información sobre el VIH/SIDA (y sobre todos los temas relacionados con la salud). El criterio de valoración que debe aplicar dependerá en cierta medida del tipo de información que necesita y de la manera en que piensa utilizarla. A menos que esté escribiendo un artículo sobre falsas “curas” del VIH, **el criterio principal de valoración debe ser la calidad de la información**. Según para qué necesite la información, podría agregar otros criterios; por ejemplo, si lo que busca es un buen sitio para recomendarle a una organización local, también tendrá que comprobar que sea de fácil utilización y que los recursos estén enfocados en el nivel adecuado. Puntos fundamentales:

- Calidad de la información: el aspecto más importante de la calidad de la información es la exactitud. En algunos casos podrá evaluar usted mismo la exactitud de la información de un sitio web. Sin embargo, muchas veces le faltará el conocimiento especializado para poder hacerlo. En esos casos, deberá hacerse algunas preguntas que lo ayudarán a evaluar la posible exactitud de la información. Las preguntas son:
 - ¿De qué fuente proviene la información? ¿Cuán confiable puede ser? Quien provee la información, ¿puede tener algún interés personal en fomentar cierto punto de vista? Buscar:
 - Una “declaración de objetivos” u otra información sobre la organización que mantiene el sitio.
 - Información de los autores.
 - Auspiciantes del sitio.
 - ¿La información ha pasado por un proceso de revisión editorial? Por ejemplo, ¿forma parte de una publicación especializada?
 - ¿Es actual?
 - ¿Es entendible?

- ¿Está basada en pruebas clínicas y científicas?

Sea cauteloso con la información que se opone a las opiniones científicas más aceptadas sin un debate adecuado. Eso puede indicar que la información no está basada en una investigación científica.

En el caso de la información basada en estudios clínicos, recuerde que los estudios clínicos aleatorios son generalmente considerados los más confiables, seguidos por otros métodos de investigación, tales como los estudios no aleatorios y los estudios de casos y cohortes.

- ¿Aparecen las referencias correspondientes a las fuentes de la información y de las estadísticas?

Organizaciones locales, nacionales e internacionales:

Existe una gran variedad de sitios web desarrollados por organizaciones locales, regionales e internacionales que se dedican a la investigación, el tratamiento y la atención médica del VIH/SIDA. Pueden ser organizaciones gubernamentales o no-gubernamentales, con financiamiento privado y/o público. Los sitios web tienen diferentes contenidos y recursos, según el tiempo, el dinero y la pericia que se invierte en ellos y según los usuarios a los que están dirigidos.

La información y los recursos de estos sitios en general corresponden a una de estas categorías:

- Guías para la comunidad y los medios
- Informes
- Documentos sobre políticas
- Información complementaria (hojas de información y glosarios)
- Información de contacto para obtener ayuda profesional
- Guías informativas
- Bases de datos
- Proyectos
- Proyectos relacionados a la financiación del VIH/SIDA
- Enlaces
- Alertas de correo electrónico

Siglas más utilizadas

Sigla	Descripción
ABC*	Abstinencia, fidelidad, uso de condón
ADAP*	Programa(s) de Ayuda para Medicamentos contra el SIDA (Estados Unidos)
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias
ART, ARV	Tratamiento antirretroviral, antirretroviral(es)
AZT	Zidovudina
CDC*	Centro de Control y Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
CDS	Complejo de demencia relacionado con el SIDA
CNN*	Condomes, agujas, negociación
DOTS*	Tratamiento de observación directa o Terapia de corta duración
ELISA*	Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas
EMEA*	Agencia Europea de Medicamentos (Unión Europea)
ETS / ITS	Enfermedad de transmisión sexual, Infección de transmisión sexual
FDA*	Administración de Drogas y Alimentos (Estados Unidos)
FDC*	Combinación a dosis fija
Fondo Mundial	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria
GMAI*	Iniciativa Mundial de los Medios de Comunicación contra el SIDA
GNP+*	Red mundial de personas que viven con el VIH/SIDA
HAART*	Terapia antirretroviral altamente activa
HRBA*	Enfoque (del VIH) basado en los derechos humanos
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IAS*	Sociedad Internacional del SIDA
IAVI*	Iniciativa internacional para una vacuna contra el SIDA
IF	Inhibidor de fusión
Iniciativa LIFE*	Iniciativa de liderazgo e inversión en la lucha contra una epidemia (Estados Unidos)
IO	Infecciones oportunistas
IP	Inhibidor de la proteasa
ISC*	Comité Internacional de Guía a personas con VIH/SIDA
MPPVS	Mayor Participación de las Personas que Viven con SIDA
NAPWA*	Asociación Nacional de Personas con SIDA (Estados Unidos)
NEP*	Programa de intercambio de agujas
NIH*	Instituto Nacional de Salud (Estados Unidos)

*sigla en inglés

Sigla	Descripción
NNRTI*	Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa
NRTI*	Inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
OGAC*	Oficina del Coordinador Mundial del SIDA (Estados Unidos)
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEPFAR*	Plan de Emergencia del Presidente para la Mitigación del SIDA (Estados Unidos)
PHI*	Infección primaria por VIH
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PMS	Programa multinacional del VIH/SIDA (Banco Mundial)
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPE	Profilaxis posterior a la exposición
PPrE	Profilaxis preexposición
PTMN	Prevención de la transmisión de la madre al niño
PVV	Personas que viven con el VIH
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
RBM*	Programa Hacer retroceder el paludismo
SEP*	Programa de intercambio de jeringas
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAC*	Campaña de acción por el tratamiento (Sudáfrica)
TBC	Tuberculosis
TBC-MR	Tuberculosis multirresistente
TMN	Transmisión de la madre al niño o Transmisión vertical
UDI	Usuario de drogas inyectables
UNFPA*	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS*	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
UNICEF*	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID*	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
ZDV	Ver AZT

*sigla en inglés

A

1. ABC

ABC es una estrategia de prevención que promueve un cambio de actitud y la adopción de los siguientes comportamientos como parte fundamental de la prevención del VIH:

A – Abstinencia de actividad sexual o demora en la iniciación sexual

B – (del inglés *being faithful*) Ser fiel o practicar la monogamia mutua con una pareja no infectada

C – Uso correcto y constante de condones

2. Abstinencia

Abstenerse de la actividad sexual. En el contexto del VIH/SIDA, este término también se refiere a la demora en la iniciación o debut sexual.

3. Anticuerpos

Moléculas presentes en el cuerpo que identifican y destruyen sustancias externas, tales como bacterias y virus. Las pruebas comunes de VIH identifican si hay o no anticuerpos contra el VIH presentes en la sangre. Una prueba de VIH positivo señala que hay anticuerpos presentes.

4. APV

Los programas de “Asesoramiento y pruebas voluntarias” son un componente muy importante tanto para la prevención como para el tratamiento del VIH. El APV es una actividad aceptada en todo el mundo diseñada para posibilitar que las personas se enteren de su condición con respecto al VIH y reciban asesoramiento sobre la reducción de riesgos y derivación al profesional médico adecuado si son VIH-positivas. Las campañas de prueba voluntaria del VIH toman como base tanto las pruebas de inclusión voluntaria u “opt-in” (cuando el cliente solicita la prueba) como las de exclusión voluntaria u opt-out (cuando un proveedor ofrece hacer la prueba a un cliente). En la actualidad, hay una tendencia hacia la proposición de la prueba por parte del proveedor, con el objeto de alentar a las personas a que realicen la prueba y de hacer que la prueba sea considerada, cada vez más, un procedimiento de rutina en las instituciones de atención médica.

5. Asintomático

Una persona que vive con el VIH es asintomática si no muestra indicios y síntomas de la enfermedad. También se llama así a la segunda fase en la evolución de la enfermedad del VIH, que puede durar muchos años luego de la infección. El virus puede ser transmitido durante esta fase.

6. Atención médica, tratamiento y apoyo

“Atención médica, tratamiento y apoyo” abarca todos los cuidados necesarios para la atención de las personas que viven con el VIH/SIDA, que incluyen **tratamiento antirretroviral**, tratamiento y prevención de **infecciones oportunistas**, ayuda nutricional, apoyo psicológico y apoyo en el hogar y la comunidad. La atención médica, el tratamiento y el apoyo son considerados cada vez más partes inseparables de la atención.

B**7. Banco Mundial**

El Banco Mundial es un banco de desarrollo que provee préstamos, asesoramiento sobre políticas, asistencia técnica y servicios de capacitación a los países con bajos o medianos recursos con miras a reducir la pobreza. Es uno de los patrocinadores del ONUSIDA y un donante significativo en la lucha mundial contra el VIH/SIDA.

C**8. Centro para control y prevención de enfermedades (CDC, por su sigla en inglés)**

Es el organismo nacional de los Estados Unidos que se dedica a la protección de la salud de los individuos. Las actividades del CDC ponen énfasis en la prevención y el control de enfermedades, la educación sobre salud y el fomento de la salud. El CDC también lleva adelante actividades internacionales de prevención contra el VIH, la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades.

9. Circuncisión

Estudios clínicos aleatorios han demostrado que este procedimiento, que consiste en la extirpación del prepucio del pene, reduce el riesgo de transmisión del VIH de mujeres a hombres. En 2007, la Organización Mundial de la Salud y el ONUSIDA recomendaron la circuncisión como “un procedimiento importante” para reducir el riesgo de transmisión heterosexual de la infección del VIH en los hombres. Las organizaciones de la salud consideran que el procedimiento forma parte de un programa integral de prevención.

10. Coito “seco”

Hace referencia a una práctica en la cual las mujeres utilizan diferentes agentes para “secar” la vagina antes del coito. Esta práctica está basada principalmente en creencias culturales, pero inadvertidamente puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH, debido a que los condones se rompen con mayor facilidad a causa de la fricción y a que la sequedad en la pared vaginal puede provocar heridas y laceraciones durante el coito.

11. Combinación a dosis fija (FDC, por su sigla en inglés)

El tratamiento con combinación a dosis fija combina dos o más fármacos, como los antirretrovirales, dentro de una píldora. Un ejemplo de FDC es la combinación de estavudina, lamivudina y nevirapina en una misma píldora.

12. Complejo de demencia relacionado con el SIDA (CDS)

El complejo de demencia relacionado con el SIDA, también conocido como Demencia por VIH, es una afección causada por el VIH que afecta al cerebro y provoca que una persona pierda su capacidad mental. Los síntomas incluyen pérdida de coordinación y de interés en el entorno, cambios de humor y trastorno mental. También puede haber pérdida de memoria y dificultades motrices. El CDS por lo general aparece luego de que una persona sufrió infecciones oportunistas graves, pero también puede darse en una fase más temprana. El CDS se puede prevenir y tratar con terapia antirretroviral.

13. Comportamiento riesgoso

Hace referencia a todo comportamiento o acción que aumente las probabilidades de una persona de adquirir o transmitir el VIH. Algunos ejemplos de comportamiento riesgoso son las relaciones sexuales sin protección, las relaciones sexuales sin protección con varias parejas y la inyección de drogas con instrumentos contaminados. El consumo de alcohol también se ha relacionado al comportamiento riesgoso debido a que afecta la capacidad del individuo para tomar decisiones y para negociar más seguridad en las relaciones sexuales.

14. Comunidad afectada

Las personas que viven con el VIH/SIDA y otros individuos relacionados, entre ellos sus familiares y amigos, cuyas vidas se ven afectadas directamente por la infección del VIH y sus consecuencias físicas, sociales y emocionales.

D

15. DDT

DDT (dicloro-difenil-tricloroetano) fue el insecticida más utilizado durante la campaña mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las décadas de 1950 y 1960 para la erradicación del mosquito transmisor de la malaria. Siempre ha sido un insecticida muy polémico. La mayoría de los países prohibieron su utilización para la agricultura. Actualmente, la OMS recomienda el uso de DDT por medio de pulverizadores en ambientes cerrados para el control de la malaria. La malaria ha sido erradicada en Norteamérica y Europa gracias a los esfuerzos de la OMS.

16. Desigualdad de género

Frase típicamente utilizada para describir el estatus menor que tienen las mujeres en muchas sociedades afectadas por la epidemia del SIDA. Es importante tener en cuenta esto en el contexto de la epidemia del SIDA porque la desigualdad muchas veces deja a las mujeres sin la posibilidad de negociar en situaciones sexuales, lo cual las pone en mayor riesgo de contraer el VIH. La desigualdad de género está vista cada vez más como un factor crucial para la diseminación de la epidemia de SIDA.

17. *Down low*

Término en inglés que se utiliza para referirse a la situación de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres pero no necesariamente se identifican como gays o bisexuales y tratan de esconderlo. Estos hombres también suelen tener relaciones sexuales con mujeres.

E

18. Eficacia

La medida en que un medicamento o tratamiento puede sanar, cualquiera sea la dosis. Por ejemplo, la eficacia de un medicamento **antirretroviral** es el mayor nivel de beneficio que puede traer sin tener en cuenta qué cantidades se toma.

19. Endemia

Presencia constante de una enfermedad o agente infeccioso en cierta región geográfica o grupo poblacional; también puede hacer referencia a la prevalencia habitual de una enfermedad en dicha región o grupo.

E

(continuado)

20. Enfermedad/Infección de transmisión sexual (ETS/ ITS)

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

21. Enfoque del VIH basado en los derechos humanos (HRBA, por su sigla en inglés)

El reconocimiento general de que se deben promover y proteger los derechos humanos en el contexto de la lucha contra la epidemia del SIDA. Las **Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos** propuestas por la ONU subrayan la conexión entre la protección de los derechos humanos (como la igualdad de género y la no discriminación) y la búsqueda de una respuesta efectiva contra la epidemia.

22. Epidemia (tipos: incipiente, concentrada, generalizada, hiperendemia)

Aparición de un número de casos de una enfermedad superior al previsto en circunstancias normales en cierta región o dentro de un grupo específico de personas durante un período dado.

La descripción de la distribución de la epidemia del VIH en una región puede ser:

- Incipiente: la prevalencia del VIH es baja en el total de la población y también en los subgrupos de mayor riesgo.
- Concentrada: la prevalencia del VIH es menor al 1% del total de la población pero excede el 5% de algunos subgrupos poblacionales (por ejemplo, los trabajadores sexuales, **UDI, HSH**).
- Generalizada: la prevalencia del VIH excede el 1% del total de la población.
- Hiperendemia: la prevalencia del VIH excede el 15% del total de la población.

23. Estigma y discriminación

El estigma y la discriminación de las personas VIH positivas y de las que aparentan serlo son considerados obstáculos para lograr pleno acceso a los servicios de prevención, tratamiento y asesoramiento. El estigma y la discriminación por parte del gobierno, la comunidad y la familia que a veces enfrentan las personas en riesgo y las personas que viven con el VIH hace más difícil que esas personas busquen ayuda e información.

24. Estudio Clínico

Estudio científico destinado a evaluar la seguridad, la **eficacia** y los efectos médicos de un tratamiento (por ejemplo, **tratamiento antirretroviral** o **vacuna**). Un tratamiento debe pasar por varias etapas de estudios clínicos antes de que se apruebe su uso en seres humanos.

25. Exposición accidental o Transmisión accidental

Generalmente se refiere a la exposición o transmisión del VIH que tiene lugar en el contexto de la atención médica. La transmisión puede ocurrir del paciente al profesional médico o viceversa.

F**26. Fase final de la enfermedad**

Las cuatro fases de la enfermedad del VIH son: infección aguda, asintomática, sintomática crónica y SIDA. A pesar de que el SIDA es la fase final de la enfermedad del VIH, con el tratamiento de fármacos apropiado, es posible vivir durante años luego del diagnóstico de SIDA.

27. Feminización

Palabra utilizada para describir el creciente impacto que la pandemia del VIH/SIDA tiene sobre las mujeres. En Sudáfrica, por ejemplo, hay muchas más mujeres viviendo con el VIH que hombres. En todo el mundo, aproximadamente la mitad de las personas que viven con el VIH son mujeres.

28. Fondo Mundial

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria se creó en 2001 ante la demanda del entonces Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan. El Fondo Mundial es una asociación formada por gobiernos, el sector privado y las comunidades afectadas. Es una organización independiente sostenida por donaciones, cuyo propósito es recaudar fondos y brindar financiamiento para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria en los países en vías de desarrollo.

G**29. Genérico:**

Un fármaco que es idéntico o bioequivalente a un medicamento de marca en su dosificación, seguridad y potencia, modo de administración, calidad, rendimiento y uso previsto. El nombre genérico de un fármaco es el nombre común e la droga, el cual no está protegido por los derechos de ningún fabricante. Es el formato más usado cuando se hace referencia a un fármaco en la literatura médica. Además, genérico a veces hace referencia a medicamentos de menor costo, pero químicamente idénticos, fabricados por empresas que no inventaron el fármaco. En algunos países, los genéricos aparecen en el mercado una vez que caduca la patente del medicamento. En otros países, se producen y se venden genéricos antes del vencimiento de la patente.

H**30. HSH**

Sigla de "hombres que tienen relaciones sexuales con hombres". Cuando se mide el riesgo por VIH, generalmente se prefiere el término "HSH" en lugar de "gay", "homosexual" o "bisexual" porque hace referencia a un comportamiento riesgoso y no a la identidad que puede o no estar sujeta a ese comportamiento. En muchos países y culturas, puede que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres no se consideren gays o bisexuales.

31. Huérfanos

Niños que perdieron a sus padres a causa del VIH/SIDA. El ONUSIDA estima que alrededor de 15 millones de niños menores de 18 años han perdido a uno de sus padres o a ambos a causa del VIH/SIDA. No se aconseja el uso de la frase "huérfanos del SIDA" porque estigmatiza a los niños y sugiere que ellos son VIH-positivos cuando quizá no lo sean.

I**32. Incidencia:**

La cantidad de casos nuevos de una enfermedad en una población durante un período específico de tiempo (por ejemplo, cantidad anual de casos nuevos de VIH en un país).

I

(continuado)

33. Infección por VIH aguda

Primera fase de la infección del VIH, el período que sigue inmediatamente a la infección por el VIH. La duración de la fase aguda puede prolongarse desde unos días hasta varias semanas. Durante esta fase, el VIH se multiplica rápidamente y puede ser transmitido a otras personas. La infección por VIH aguda también se conoce como infección primaria por VIH (PHI, por su sigla en inglés).

34. Infección primaria por VIH (PHI, por su sigla en inglés)

Primera fase de la infección por VIH: el período que sigue inmediatamente a la infección por VIH. Esta fase puede durar varias semanas. Durante ese tiempo, el VIH se multiplica rápidamente y puede ser transmitido a otras personas. La PHI también se conoce como **infección por VIH aguda**.

35. Infecciones oportunistas (IO)

Enfermedades que casi nunca afectan a las personas sanas pero causan infecciones en los individuos cuyo **sistema inmunológico** está afectado, por ejemplo por la infección del VIH. Estos microorganismos causantes de enfermedades frecuentemente están presentes en el cuerpo pero están controlados por el sistema inmunológico sano. Cuando una persona infectada por el VIH desarrolla una IO, se considera que la enfermedad evolucionó y se diagnostica SIDA.

36. Inmunodeficiencia

Estado en el cual el sistema inmunológico no puede defenderse de las infecciones. El VIH debilita progresivamente el sistema inmunológico y causa inmunodeficiencia.

37. Inmunodepresión

Estado en el cual el sistema inmunológico no puede funcionar con normalidad porque ha sido debilitado. La debilidad puede estar causada por medicamentos o tratamientos (quimioterapia) o por enfermedades (VIH). También se utiliza el término inmunodeficiente para referirse a un sistema inmunodeprimido.

38. Interacción medicamentosa

Situación en la cual un medicamento cambia la manera en que otro medicamento funciona en el cuerpo, también conocida como "efecto sinérgico". Puede causar aumento o disminución de la efectividad de cualquiera de los medicamentos. También puede tener efectos secundarios no deseados.

M**39. Malaria**

Enfermedad causada por parásitos transmitidos a las personas por la picadura de un mosquito. Los síntomas de la infección incluyen fiebre, resfrío, dolor de cabeza, dolor muscular, fatiga, náuseas y vómitos. Por lo general, aparecen entre 9 y 14 días después de que la persona fue picada por un mosquito infectado. En los casos graves, la enfermedad puede ser mortal.

40. Marketing social

Una técnica o enfoque que hace referencia a la adaptación de las técnicas del marketing comercial para lograr objetivos sociales y promover la adopción de comportamientos más saludables. El marketing social se ha utilizado para promocionar una variedad de prácticas de prevención del VIH, por ejemplo el uso de condones.

41. Mayor Participación de las Personas que Viven con el VIH/SIDA (MPPVS)

La frase indica el reconocimiento de que las personas VIH-positivas deben participar en todos los aspectos de la respuesta a la epidemia, desde la prevención del VIH, la prueba y el asesoramiento, hasta la participación en foros sobre políticas. El principio fue adoptado en 1994 en la Cumbre de París y establece que la MPPVS, en palabras del ONUSIDA: “es crucial para una respuesta nacional ética y eficaz contra la epidemia”.

42. Microbicidas

Los microbicidas son productos diseñados para reducir la transmisión de microbios. Todavía está en estudio la posibilidad de fabricar microbicidas que reduzcan eficazmente la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH. Serían de uso externo, ya sea en la vagina o el ano, y podrían venir en diferentes presentaciones, como película, crema, gel, supositorio o como un anillo o esponja que libere gradualmente el ingrediente activo.

43. Mutación

Cambio en la estructura genética de un organismo que tiene lugar durante el proceso de reproducción. El VIH se reproduce rápidamente y cambia su forma durante el proceso. Estos cambios posibilitan la formación de cepas víricas **resistentes a los fármacos**.

O

44. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la ONU que se encarga de la salud. Está manejada por 192 estados miembro y su objetivo es ayudar a todos los individuos a obtener el mejor nivel de salud posible. Es reconocida internacionalmente como una de las principales organizaciones dedicadas a la salud mundial, lo cual incluye la prevención y el tratamiento del VIH.

45. ONUSIDA

Sigla que hace referencia al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Forma parte de la ONU y fue creado para coordinar la respuesta del organismo al VIH/SIDA. En la actualidad, el ONUSIDA está compuesto por diez organizaciones de la ONU y un Secretariado.

P

46. Pandemia

Epidemia mundial que está presente en una gran extensión geográfica y afecta a una gran proporción de la población.

47. Patógeno

Microorganismo o virus que causa enfermedades.

48. PEPFAR

El Plan de Emergencia del Presidente para la Mitigación del SIDA (PEPFAR, por su sigla en inglés) es un plan de cinco años y US\$15 mil millones de dólares, anunciado inicialmente en 2003 por el presidente estadounidense George W. Bush para hacer frente al VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en los países en desarrollo.

P

(continuado)

49. Período de incubación

Período de tiempo entre la infección por VIH y la aparición de síntomas.

50. Placebo

Sustancia que se parece a un medicamento pero no tiene ningún efecto médico.

51. Poblaciones vulnerables

Poblaciones que enfrentan un riesgo mayor de exposición al VIH debido a factores socioeconómicos, culturales o conductuales. Entre las poblaciones vulnerables se encuentran las minoridades raciales o étnicas, los refugiados, los pobres, los hombres que tienen sexo con hombres, los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores sexuales y las mujeres que sufren desigualdad de género.

52. Precauciones universales

Medidas de control de infecciones que se usan en ambientes de atención médica con el objeto de prevenir la transmisión del VIH (y otros patógenos de transmisión hemática). Las medidas incluyen el uso de guantes y otros instrumentos de protección, y el desecho de agujas en un lugar seguro para prevenir la exposición a la sangre y otros fluidos corporales.

53. Prenatal

Antes del nacimiento (por ejemplo, la exposición o transmisión del VIH de la madre al niño durante el embarazo).

54. Prevalencia

Mide la proporción de la población que tiene una enfermedad en un período de tiempo dado (por ejemplo, la cantidad de personas que viven con el VIH).

55. Prevención (primaria, secundaria)

En el contexto del VIH, las prácticas preventivas buscan reducir el riesgo de infección por VIH (prevención primaria) y el riesgo de transmisión de la enfermedad a otras personas (prevención secundaria). Los servicios de prevención incluyen asesoramiento y pruebas voluntarias, distribución de condones, vigilancia, servicios sociales y educación, transfusión segura y programas de reducción de riesgo para usuarios de drogas intravenosas.

56. Profilaxis

El término hace referencia a la prevención o tratamiento preventivo de una enfermedad. Profilaxis primaria es el tratamiento médico que se realiza para prevenir la aparición de una infección. Profilaxis secundaria hace referencia a los medicamentos que se recetan para prevenir los síntomas recurrentes de una infección existente.

57. Programa(s) de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, por su sigla en inglés)

Los ADAP son programas financiados y administrados por el gobierno de Estados Unidos. Proveen medicamentos para el tratamiento del VIH a personas con VIH/SIDA cuyo seguro de salud no cubre los costos o los cubre parcialmente. Existe una gran variedad de programas en todo el país, debido a que los requisitos para ser beneficiario de un ADAP se determinan estado por estado, al igual que los medicamentos que cubren los programas.

58. Prueba de VIH

La prueba común de diagnóstico del VIH busca determinar la presencia de anticuerpos del VIH en la sangre o la saliva. Los anticuerpos de VIH son moléculas que el cuerpo produce cuando detecta la presencia del VIH. La producción de anticuerpos de VIH no ocurre inmediatamente después de la exposición al virus. El período posterior a la infección, pero anterior a la producción de anticuerpos, es llamado período ventana. Durante este período, la prueba de VIH puede dar negativo. Es posible que el resultado sea negativo aunque el VIH esté presente en el cuerpo. Hay muchos tipos de pruebas de diagnóstico de VIH utilizadas para determinar la presencia de anticuerpos.

59. PTMN

Sigla de “prevención de la **transmisión de la madre al niño**. El ONUSIDA presenta una estrategia de tres partes para prevenir la transmisión del VIH de una madre VIH positiva a su hijo.

- a. Proteger de la infección del VIH a las mujeres en edad fértil.
- b. Evitar embarazos no deseados en mujeres VIH-positivas.
- c. Prevenir la transmisión durante el embarazo, el parto y la lactancia a través de asesoramiento y pruebas voluntarias, **tratamiento antirretroviral**, prácticas seguras de parto y sustitutos de la leche materna en los casos apropiados.

60. PTMN Plus

PTMN significa **prevención de la transmisión de la madre al niño**, tal como se explicó anteriormente. El “Plus” hace referencia al suministro de tratamiento antirretroviral a la madre incluso después de terminado el tratamiento preventivo recomendado para evitar la transmisión.

61. PVV/PVVS

Siglas de “personas que viven con el VIH” y “personas que viven con el VIH/SIDA”. Según el ONUSIDA, se prefiere PVV porque “refleja el hecho de que una persona infectada puede continuar viviendo bien y productivamente durante muchos años”.

R

62. Recuento de células CD4 (T4)

Estas células controlan la respuesta del sistema inmunológico contra las infecciones y son el blanco principal del VIH. El VIH se multiplica dentro de estas células y finalmente las destruye. Como resultado, el sistema inmunológico se debilita progresivamente. El recuento de células CD4 se utiliza como método para medir la evolución de la enfermedad del VIH. Cuanto menos células CD4 tenga una persona, más avanzada estará la enfermedad del VIH y más deteriorado el sistema inmunológico.

63. Relaciones sexuales simultáneas

Mantener relaciones sexuales con diferentes personas al mismo tiempo. Esta práctica aumenta el riesgo de contraer VIH y es señalada cada vez más como un factor importante en la alta tasa de prevalencia del VIH en África.

64. Resistencia a los fármacos

Posibilidad del VIH de reproducirse a pesar de la presencia de fármacos antivirales. La resistencia a los fármacos está causada por **mutaciones** que tienen lugar durante la reproducción del VIH.

R

(continuado)

65. Resistencia cruzada

Fenómeno por el cual la resistencia del VIH a un fármaco (ver **resistencia a los fármacos**) provoca resistencia a otros fármacos de la misma clase. Por ejemplo, resistencia al efavirenz como resultado de la resistencia al nevirapin.

S**66. Scale up**

Término inglés que hace referencia al concepto de ampliación de la cobertura, respuesta, intensidad y duración de un programa contra el VIH para lograr el efecto buscado.

67. SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la fase en la cual el sistema inmunológico de un individuo está tan debilitado por el VIH que desarrolla numerosas enfermedades o cánceres. También se considera que la enfermedad avanzó a un diagnóstico de SIDA en las personas que no han sufrido ninguna de estas enfermedades o cánceres, pero cuyo sistema inmunológico muestra daños severos en pruebas de laboratorio.

68. Signos y síntomas indicadores de SIDA

Incluyen una variedad de afecciones que aparecen en las fases avanzadas de la enfermedad del VIH e indican la evolución hacia el SIDA. Según el ONUSIDA, muchos individuos se dan cuenta de que están infectados recién en esta fase.

69. Sistema inmunológico

El sistema de defensa del cuerpo contra organismos externos, tales como bacterias, virus u hongos.

T**70. TBC-MR**

Sigla de “tuberculosis multirresistente”, un tipo de tuberculosis que es resistente a dos o más fármacos antituberculosos. La TBC-MR aparece cuando la persona toma la medicación suficiente sólo para sentirse mejor, en lugar de la cantidad recetada por el médico. Mueren las bacterias más débiles, pero las más fuertes sobreviven y se reproducen. Esas bacterias más fuertes, una vez que se reproducen y causan malestar nuevamente, no se pueden eliminar con el mismo tratamiento, requieren mayores dosis del medicamento o un fármaco diferente, más potente. La TBC-MR es un gran problema en los países en desarrollo, donde no siempre son posibles la supervisión continua del tratamiento y el acceso a la atención médica.

71. Terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por su sigla en inglés)

Tratamiento que incluye el uso de tres antirretrovirales o más.

72. Terapias complementarias y alternativas

Tratamientos que están fuera del ámbito de la medicina occidental. La efectividad de estas terapias para combatir la infección del VIH no ha sido comprobada.

73. TMN

Sigla de “transmisión de la madre al niño”.

74. Transmisión de la madre al niño

Hace referencia a la transmisión del VIH de una madre VIH-positiva a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento o la lactancia. La transmisión de la madre al niño también es llamada **transmisión perinatal** o **vertical**.

75. Transmisión perinatal

Transmisión del VIH de una madre VIH-positiva a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento o la lactancia. La transmisión perinatal también es conocida como **transmisión de la madre al niño** o **transmisión vertical**.

76. Transmisión vertical

Transmisión del VIH de una madre VIH-positiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. La transmisión vertical también es conocida como **transmisión de la madre al niño** o **transmisión perinatal**.

77. Tratamiento antirretroviral (ART, por su sigla en inglés)

La sigla ART se refiere a cualquiera de los tratamientos que contienen medicamentos antirretrovirales (ARV). Los fármacos que se utilizan en el tratamiento del VIH, un retrovirus, están diseñados para reducir la capacidad de reproducirse del virus y, por lo tanto, para frenar la evolución de la enfermedad.

78. Tratamiento (antirretroviral) combinado

El uso de dos o más fármacos antirretrovirales combinados. A menudo es llamado **Terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por su sigla en inglés)**.

79. Tuberculosis

Infección bacteriana causada por la *Mycobacterium tuberculosis*. La enfermedad generalmente afecta los pulmones, pero en los casos graves puede extenderse a otras partes del cuerpo. Un individuo puede contagiarse de tuberculosis (TBC) cuando una persona con TBC activa tose, estornuda o escupe. No todas las personas infectadas desarrollan síntomas. Se dice que las personas que no manifiestan la enfermedad padecen TBC latente y no pueden contagiar a otros la enfermedad.

80. Tuberculosis multirresistente (TBC-MR)

Ver TBC-MR.

U**81. UDI**

Sigla de Usuario(s) de Drogas Inyectables, hace referencia a los individuos que hacen uso de agujas o jeringas para inyectarse drogas. En muchas partes del mundo, esta práctica implica un alto riesgo de contraer VIH.

V

82. Vacuna

Sustancia que contiene un organismo infeccioso desactivado, diseñada para estimular al sistema inmunológico a combatir una posterior infección por el organismo activo. Una vacuna preventiva previene la infección por ese organismo. Una vacuna terapéutica mejora la capacidad del sistema inmunológico de una persona que ya está infectada para defenderse del organismo.

83. Viremia

Cantidad o concentración de virus en la sangre. Existe una correlación entre la concentración de virus en la sangre y la gravedad de la enfermedad: cuanto más alta es la concentración del virus, más avanzada está la enfermedad del VIH. La prueba de viremia es una herramienta útil para los médicos en el control de la enfermedad y la toma de decisiones sobre el tratamiento.

84. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus que causa el SIDA. El VIH se transmite a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna infectados, y durante el embarazo o el parto. Hay dos tipos de VIH: VIH-1 y VIH-2. Ambos se transmiten de la misma forma y evolucionan hasta convertirse en SIDA. El VIH-1 es el causante de la gran mayoría de las infecciones en todo el mundo, mientras que el VIH-2 no está tan diseminado, se encuentra principalmente en el oeste africano.

Referencias y recursos adicionales

Para conocer otros glosarios sobre VIH/SIDA recomendados visite [GlobalHealthReporting.org](http://www.globalhealthreporting.org/reporting.asp?id=18#glossaries), <http://www.globalhealthreporting.org/reporting.asp?id=18#glossaries>

Schuetzler, Darren. *Controversia de la abstinencia y uso de condón en reunión del SIDA*. Reuters: 12 de julio, 2004

Fundación Americana para la Investigación sobre el SIDA. *Conección Global: Una guía global a la investigación, tratamiento, y pruebas clínicas del VIH/SIDA*. Vol. 2, N° 1. (2003)

Centros para control y prevención de enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHHS, por su sigla en inglés). *Glosario de términos epidemiológicos*. (Abril de 2007), <http://www.cdc.gov/excite/library/glossary.htm>

Foreman, M. "ABC of HIV/AIDS." En Boafó, STK, Arnaldo, CA eds. *Los medios de comunicación y el VIH/SIDA en África del Este y del Sur: Un libro de recursos* UNESCO (2000), http://www.unesco.org/webworld/publications/media_aids/index.html

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHHS, por su sigla en inglés). *Glosario de InfoSIDA* (Octubre de 2005). http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/GlossaryHIV-relatedTerms_FifthEdition_en.pdf

Stine, G.J. *Actualización del SIDA 2003*. (Nueva Jersey: Prentice Hall, 2003)

ONUSIDA. *Datos básicos sobre el SIDA*, <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/QandA/FastFacts/default.asp>

ONUSIDA. *Marketing Social: Una herramienta efectiva para responder contra el VIH/SIDA* (1998)

Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial 2003 "Haciendo que un Billón cuenten: Invirtiendo en la salud y derechos de adolescentes* (2003), <http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=154&filterListType=4>

Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS en Malaria*. Informe Técnico de la Serie 892, 20° Informe (2003). http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_892.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Guías para el Tratamiento de la Malaria* (2006), <http://www.who.int/malaria/docs/TreatmentGuidelines2006.pdf>

Organización Mundial de la Salud. *Preguntas Frecuentes sobre el uso de DDT para el control de enfermedades* (2004), <http://www.who.int/malaria/docs/FAQonDDT.pdf>

Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA. *La Vigilancia del VIH/SIDA de Segunda Generación* (2002), <http://www.who.int/hiv/topics/surveillance/2ndgen/en/>

Referencias y recursos adicionales (continuado)

Organización Mundial de la Salud. *Boletín de noticias: La Estrategia "3 por 5"* (Febrero/Julio de 2005), http://www.who.int/3by5/mediacentre/3by5newsletter_0502en.pdf

Ward, D.E. *AmFAR Libro de la SIDA: Guía completa para entender al SIDA*. Nueva York: W.W. Norton & Company, Inc., 1998

ONUSIDA. *Séptimo Encuentro del Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre VIH y Derechos Humanos*, http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/HumanRights/20070216_Ref_group_HIV_HR_pt2.asp

Centros para control y prevención de enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHHS, por su sigla en inglés). *Precaución y Prevención Global de la Transmisión del VIH y otras infecciones sanguíneas* (Marzo de 2005), http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/bp_universal_precautions.html

Global HIV Prevention Working Group. *Prevención del VIH a escala: Una Urgente Prioridad Global*, http://www.globalhivprevention.org/june_release.html

ONUSIDA. *Guía de Términos* (2007), http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070328_unaids_terminology_guide_en.pdf

Organización Panamericana de la Salud. *Lenguaje relacionado al VIH: OPS 2006 Actualización*, <http://www.ops-oms.org/English/AD/FCH/AI/HIVLANGUAGE.PDF>

ONUSIDA. *El VIH/SIDA y los derechos humanos: directrices internacionales*, http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc520-humanrights_en.pdf

Organización Mundial de la Salud, *La OMS y el ONUSIDA anuncian las recomendaciones de una reunión consultiva sobre la circuncisión masculina como forma de prevenir la infección por VIH*, <http://www.who.int/hiv/mediacentre/news68/en/index.html>

Cronología del VIH/SIDA

Antes de 1981

PRIMEROS INDICIOS. Aunque 1981 es conocido como el año de aparición de la epidemia de VIH/SIDA, varios informes recientes indican que el VIH se presentó en años anteriores.

1981

SE DETECTA EL SIDA. El 5 de junio, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) informan el primer caso de una extraña neumonía en un hombre homosexual joven.

1982

SE LE DA UN NOMBRE A LA ENFERMEDAD. El CDC establece formalmente el término Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA. El CDC identifica, en principio, cuatro “factores de riesgo”: la homosexualidad masculina, el uso de drogas inyectables, la nacionalidad haitiana y la hemofilia A.

EL SIDA EN ÁFRICA. El periódico *The Lancet* informa sobre una enfermedad en África conocida como “*slim*” (enfermedad adelgazante) que, en realidad, es SIDA.

1983

NUEVO GRUPO DE RIESGO. El CDC agrega como grupo de riesgo a las parejas sexuales femeninas de los varones con SIDA.

ESFUERZOS DE LA ORGANIZACIÓN. En los Estados Unidos se forman la Asociación Nacional de Personas con SIDA (NAPWA, por su sigla en inglés), Red Nacional del SIDA (NAN, por su sigla en inglés) y la Federación de Organizaciones Relacionadas con el SIDA.

SE DESCUBRE EL VIRUS. El virus que provoca el SIDA es detectado por primera vez y recibe el nombre de Virus Asociado con la Linfadenopatía o LAV.

1984

SE AÍSLA EL VIRUS. Los científicos Luc Montagnier del Instituto Pasteur en Francia y Robert Gallo del Instituto Nacional de Cáncer en los Estados Unidos aislaron el retrovirus humano que causa el SIDA. El virus es renombrado como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

MEDIDAS PREVENTIVAS. Comienza en Holanda el primer programa mundial de intercambio de agujas (NEP, por su sigla en inglés). Inicialmente, fue diseñado para prevenir la Hepatitis B entre los usuarios de drogas inyectables (IDU, por su sigla en inglés). Más tarde se extendió a la prevención de la transmisión del VIH.

1985

PRIMERA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA. Patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por su sigla en inglés), se llevó a cabo en Atlanta, Georgia.

DETECCIÓN DEL VIRUS. La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por su sigla en inglés) aprueba la primera prueba de anticuerpos del VIH. Los productos hemoderivados comienzan a ser analizados en los EE. UU. y en Japón.

1985 (continuado)

DE MADRE A HIJO. El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos publica las primeras recomendaciones para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo.

EL SIDA Y EL EJÉRCITO DE LOS ESTADOS UNIDOS. El Departamento de Defensa de Estados Unidos anuncia que comenzará a analizar a todos los reclutas nuevos por la infección de VIH y que rechazará a aquellos con resultado positivo.

VIH EN EL MUNDO. Se ha informado al menos un caso de VIH/SIDA en cada una de las regiones del mundo. Según los cálculos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), un millón y medio de personas en el mundo viven con VIH.

1986

CONVOCATORIA PARA ACTUAR. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos convoca a una campaña de educación nacional y a la creación de la Comisión Nacional sobre SIDA.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL. Se crea el Comité Internacional de Control para Personas con VIH/SIDA (ISC). (En 1992, cambia su nombre por el de Red Internacional de Personas que Viven con el VIH/SIDA o GNP+, por su sigla en inglés).

1987

PRIMER FÁRMACO PARA EL TRATAMIENTO. La FDA aprueba el primer agente antirretroviral para el tratamiento del SIDA. Es denominado Zidovudina o AZT.

PRUEBA DE VACUNA. La FDA sanciona la primera prueba en humanos de una posible vacuna contra el VIH.

REAGAN Y EL SIDA. El presidente de los Estados Unidos, Ronald Reagan, menciona al SIDA por primera vez en un discurso público y crea la Comisión Presidencial sobre VIH.

ANÁLISIS OBLIGATORIO. Los Estados Unidos suman al VIH como una “enfermedad contagiosa peligrosa” a su lista de exclusión para la inmigración. Por tal, ordenan la prueba del VIH a todos los inmigrantes.

AMPLIAR LOS ESFUERZOS INTERNACIONALES. La OMS pone en marcha su Programa Internacional sobre SIDA (GPA, por su sigla en inglés).

1988

RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL. LA OMS declara el 1º de diciembre como el primer Día Internacional del SIDA.

ORGANIZÁNDOSE EN TORNO AL SIDA. El Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH, por su sigla en inglés) establece la Oficina del Grupo de Investigación de SIDA y de Análisis Clínicos de SIDA (ACTG, por su sigla en inglés). Se funda la Sociedad Internacional de SIDA integrada por profesionales del SIDA.

INTERCAMBIO DE AGUJAS. Se establece el primer programa integral de intercambio de agujas de Norteamérica en Tacoma, Washington.

1990

BOICOT A LA CONFERENCIA. Con el fin de protestar contra la política de inmigración de los EE. UU., grupos no gubernamentales nacionales e internacionales le hicieron un boicot a la VI Conferencia Anual Internacional sobre SIDA en San Francisco, California.

1990 (continuado)

TRATAMIENTO PARA NIÑOS. La FDA aprueba el uso del AZT en pacientes pediátricos.

VIH EN EL MUNDO. Según los cálculos del ONUSIDA, aproximadamente 8 millones de personas en el mundo viven con VIH.

1991

SÍMBOLO DEL SIDA. La cinta roja se introduce como símbolo internacional de la conciencia y la solidaridad con el SIDA.

1992

MUERTE PROVOCADAS POR EL SIDA. El SIDA se convierte en la primera causa de muerte entre los varones estadounidenses entre 25 y 44 años, y permanece como tal hasta 1995.

1995

AVANCES EN LOS TRATAMIENTOS. La FDA aprueba el primer inhibidor de la proteasa (saquinavir) para su uso combinado con otros fármacos contra el VIH. Este es el comienzo de una nueva era en la terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por su sigla en inglés).

CREACIÓN DEL ONUSIDA. Los Programas Conjuntos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA se establecieron para coordinar los esfuerzos de seis programas diferentes de las Naciones Unidas dedicados al SIDA. Son conocidos como ONUSIDA y comienza a operar en 1996.

ACTIVISMO RUSO. Rusia promulga una ley federal de SIDA que garantiza el acceso gratuito al tratamiento a los ciudadanos portadores de VIH.

VIH EN EL MUNDO. Según los cálculos del ONUSIDA, aproximadamente 18 millones de personas en el mundo viven con VIH.

1996

DESARROLLO DE LA VACUNA. Se forma una organización no gubernamental para eliminar las barreras en el desarrollo de una vacuna contra el VIH. Se la denomina, Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el SIDA (IAVI, por su sigla en inglés).

ACTIVISMO BRASILEÑO. Brasil fabrica fármacos antirretrovirales (ARV) genéricos desafiando a las leyes internacionales de patentes. Los fármacos son gratis para aquellas personas que los necesiten. Brasil se convierte en el primer país fabricante para dar comienzo a la distribución nacional de ARV.

1997

PROGRESO EN LOS EE. UU. Gracias al HAART, las muertes asociadas al SIDA en los EE. UU. se reducen en más del 40% en comparación al año anterior.

1998

PRUEBAS DE VACUNA. Empieza en Norteamérica la primera prueba en seres humanos a gran escala de una vacuna contra el VIH.

1998 (continuado)

ACTIVISMO AFROAMERICANO. Los líderes afroamericanos declaran un “estado de emergencia” en su comunidad debido al VIH/SIDA.

ACTIVISMO SUDAFRICANO. Se forma en Sudáfrica la Campaña de Acción para el tratamiento (TAC, por su sigla en inglés). Los movimientos de base luchan por tener acceso al tratamiento.

1999

NUEVOS FONDOS ESTADOUNIDENSES. EE. UU. anuncia la inversión de nuevos fondos para combatir la pandemia mundial. Estos fondos son administrados por la iniciativa Liderazgo e inversión en la lucha contra la epidemia (LIFE, por su sigla en inglés).

PRUEBAS DE VACUNA. En Tailandia se lleva a cabo la primera prueba en seres humanos de una vacuna en un país en vías de desarrollo.

MBEKI Y EL SIDA. El presidente sudafricano, Thabo Mbeki, da lugar a una controversia internacional, al cuestionar el vínculo entre el VIH y el SIDA.

2000

ATENCIÓN INTERNACIONAL. EE. UU. y el Consejo de Seguridad de la ONU declaran al VIH/SIDA una amenaza mundial.

LÍMITES DE LA CONFERENCIA. Bajo el eslogan “Romper el silencio” se realiza la XIII conferencia Internacional de SIDA en Sudáfrica, un país en vías de desarrollo. Esto incrementa la conciencia de la pandemia mundial y su impacto en las regiones más afectadas.

FÁRMACOS MÁS ECONÓMICOS. ONUSIDA, OMS y otros grupos internacionales relacionados con la salud anuncian una iniciativa con cinco grandes fabricantes de fármacos para negociar precios más bajos en los medicamentos contra el SIDA en los países en vías de desarrollo.

KAUNDA Y EL SIDA. El ex presidente de Zambia, Kenneth Kaunda, anuncia que la muerte de su hijo en el año 1986 fue provocada por una enfermedad asociada con el SIDA. Además, se compromete a luchar contra el SIDA.

ADOLESCENTES AFRICANOS. El ONUSIDA predice que la mitad de los adolescentes de los países más afectados del sur de África, morirán prematuramente a causa del SIDA.

VIH EN EL MUNDO. Según los cálculos del ONUSIDA, más de 27 millones de personas en el mundo viven con VIH.

2001

ATENCIÓN INTERNACIONAL. La Asamblea General de las Naciones Unidas convoca a la primera sesión especial sobre VIH/SIDA.

ACTIVISMO MUNDIAL. El secretario general de la ONU, Kofi Annan, llama a la creación de un Fondo Mundial en la cumbre africana sobre el VIH/SIDA, en Abuja. Los Estados Unidos ofrece su compromiso para apoyar al Fondo Mundial.

FÁRMACOS MÁS ECONÓMICOS. El encuentro de la Organización Mundial de Comercio (OMC) que se lleva a cabo en Doha, Qatar, acuerda que, a pesar de las leyes de patentes, los países en vías de desarrollo pueden comprar o fabricar fármacos genéricos más baratos para paliar la crisis de salud pública provocada por el VIH/SIDA.

2001 (continuado)

RESPUESTA DE LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS. Los fabricantes de medicamentos genéricos ofrecen fabricar con descuento medicamentos genéricos contra el VIH/SIDA. Los fabricantes de varias marcas de medicamentos acuerdan ofrecer más medicamentos a precios bajos en los países en vías de desarrollo.

EL SIDA EN SUDÁFRICA. El Departamento de Salud del gobierno informa que 4,74 millones de sudafricanos son VIH-positivos.

MUERTES EN ÁFRICA. Según los informes del ONUSIDA y la OMS el SIDA es la principal causa de muerte en África Subsahariana.

2002

FONDO MUNDIAL. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria comienza a funcionar y otorga su primera serie de subvenciones.

ACCIONES DEL GOBIERNO SUDAFRICANO. El gobierno sudafricano se compromete a intensificar la campaña para prevenir la infección del VIH. La campaña se basa en la premisa de que el VIH causa el SIDA.

ACCESO A LOS FÁRMACOS. El presidente norteamericano, George W. Bush, expide una Orden Ejecutiva para ayudar a los países en vías de desarrollo a importar o a fabricar medicamentos genéricos menos costosos contra el VIH. ONUSIDA, OMS y otros grupos internacionales del sector sanitario anuncian una iniciativa con cinco grandes fabricantes de fármacos para negociar precios más bajos en los medicamentos contra el SIDA destinados a países en vías de desarrollo.

MUERTES EN TODO EL MUNDO. El VIH se convierte en la principal causa de muerte en todo el mundo de personas entre 15 y 59 años de edad.

LAS MUJERES Y EL VIH. ONUSIDA informa que las mujeres conforman la mitad de los adultos que viven con VIH en el mundo.

2003

CAMPAÑA DE LA OMS. La OMS lanza la iniciativa 3x5, la campaña que tiene como objetivo proveer tratamiento antirretroviral a 3 millones de personas por el año 2005.

PRUEBA DE VACUNA EN SUDÁFRICA. Se lanza en Sudáfrica, en sociedad con los EE. UU., la fase I de prueba de una vacuna en seres humanos.

HABLA PUTIN. El presidente ruso, Vladimir Putin, en su mensaje anual a la Asamblea General, describe la disminución de la expectativa de vida como una seria amenaza para el futuro de Rusia. Dijo "el SIDA lo está empeorando".

EL PLAN DE BUSH. El presidente de los Estados Unidos, George W. Bush, anuncia el PEPFAR, un plan de emergencia presidencial para la mitigación del SIDA. Se trata de una iniciativa de cinco años con una inversión de 15 mil millones de dólares destinados al VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria especialmente en los países muy afectados.

ACCESO A LOS FÁRMACOS. La Fundación presidencial William J. Clinton asegura la reducción de precios en los fármacos contra el SIDA provenientes de fabricantes de genéricos. Trece países en vías de desarrollo obtienen el beneficio.

2004

CONFERENCIA HISTÓRICA. LA XV Conferencia Internacional sobre SIDA se lleva a cabo en Bangkok, Tailandia. Es la primera conferencia que tiene lugar en el sudeste asiático.

CREACIÓN DE LA GMAI. Los medios de comunicación más importantes del mundo se reúnen en las Naciones Unidas y forman la Iniciativa Mundial de Medios de Comunicación contra el SIDA (GMAI, por su sigla en inglés). La GMAI se apoya en el poder de los medios de comunicación para prevenir la propagación del VIH.

COMIENZA EL PLAN DE BUSH. PERFAR, el plan de emergencia presidencial para la cura del SIDA inicia su primera etapa de financiación.

LAS MUJERES Y EL SIDA. ONUSIDA lanza la Coalición mundial de Mujeres y el SIDA para elevar la visión del impacto de la epidemia en las mujeres de todo el mundo.

2005

PRIORIDAD ECONÓMICA. En el Encuentro anual del Foro Económico Internacional en Davos, Suiza, las prioridades incluyen concentrarse en prevenir el VIH/SIDA en África y en otras regiones muy afectadas.

ANUNCIO HISTÓRICO. En una conferencia de prensa conjunta, histórica y sin precedentes, la Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, el gobierno de los Estados Unidos y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, anuncian los resultados de los esfuerzos conjuntos para aumentar la disponibilidad de fármacos antirretrovirales en los países en vías de desarrollo.

VIH EN EL MUNDO. Según los cálculos del ONUSIDA, más de 32 millones de personas en el mundo viven con VIH.

2006

ATENCIÓN INTERNACIONAL. Las Naciones Unidas convocan a repetir el encuentro para evaluar el progreso relacionado con la histórica Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA del año 2001.

ENCUENTRO EN EURASIA. Se desarrolla en Moscú, la primera Conferencia sobre SIDA entre Asia central y Europa del este (EECAAC, por su sigla en inglés).

CONFERENCIA SOBRE SIDA. La XVI Conferencia Internacional sobre SIDA se lleva a cabo en Toronto, Canadá. El tema de la conferencia “Es tiempo de cumplir” subraya la continua amenaza del VIH/SIDA y la necesidad de los países de honrar los compromisos políticos, programáticos y financieros para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA.

HECHOS SOBRE EL SIDA. El 5 de junio de 2006 marca el cuarto de siglo en que el gobierno de los EE. UU. publicó su primera alerta sobre una enfermedad que podría haber sido conocida como el SIDA.

2007

CIRCUNCISIÓN MASCULINA. La OMS y el ONUSIDA recomiendan la circuncisión masculina “siempre que sea considerada como parte de un paquete integral de prevención del VIH”.

ANÁLISIS DE VIH. La OMS y el ONUSIDA publican las pautas recomendadas por los prestadores de atención médica para el análisis de VIH y asesoran a todos los pacientes de países con epidemias generalizadas.

VIH EN EL MUNDO. Según los cálculos del ONUSIDA, más de 33 millones de personas en el mundo viven con VIH.

2008

CONFERENCIA SOBRE SIDA. La XVII Conferencia Internacional sobre SIDA se lleva a cabo en la ciudad de México, México. El tema de la conferencia es “Acción universal ¡Ya!”

Recursos adicionales

Puede encontrar una versión más amplia y “animada” del cronograma del VIH/SIDA en el sitio web de la Fundación Kaiser Family, <http://www.kff.org/hivaids/timeline/index.cfm>.

ONUSIDA. *25 años de SIDA: Una línea del tiempo*, <http://www.un.org/Pubs/chronicle/2006/issue2/0206p06.htm>

AVERT, *History of AIDS*, <http://www.avert.org/historyi.htm>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (DHHS, por su sigla en inglés) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Hechos de la Epidemia de VIH en EE. UU.*, <http://www.cdc.gov/hiv/resources/other/PDF/TimeLine%202006.pdf>

Preguntas frecuentes acerca del VIH/SIDA

¿Qué es el VIH?

VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana. El VIH destruye ciertos glóbulos rojos llamados CD4 o linfocitos T. Estas células son sumamente importantes para el funcionamiento del sistema inmunológico. Con un sistema inmunológico deprimido por el VIH, la persona normalmente desarrolla varios tipos de cáncer e infecciones virales, bacteriales y fúngicas.

¿Qué es el SIDA?

SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Ocurre cuando el sistema inmunológico se debilita debido al VIH hasta el punto en que la persona desarrolla una cantidad de enfermedades y cánceres. Es posible que a una persona se le diagnostique SIDA, aun cuando no padezca estas enfermedades o cánceres, si las pruebas de laboratorio demuestran que el sistema inmunológico está dañado.

¿De dónde proviene el VIH?

En 1999, los científicos informaron que habían descubierto el origen del VIH-1. Identificaron una subespecie de chimpancés oriundos del oeste África Ecuatorial como la fuente original del virus. Es muy probable que el virus se introdujera en la población humana cuando los cazadores estuvieron expuestos a la sangre infectada de los primates.

¿Cómo se detecta el VIH?

Es imposible observar a una persona y saber si es VIH-positivo. La única manera segura de determinarlo es mediante la prueba de VIH. La presencia del virus puede revelarse en una muestra de sangre o de fluido oral. Si la muestra contiene anticuerpos de VIH (proteínas que produce el organismo para combatir una infección), la persona es VIH-positivo.

¿Cómo se transmite el VIH?

El VIH se transmite principalmente a través de sexo sin protección, incluidos el sexo oral, anal y vaginal. Ciertos fluidos corporales tales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche de los senos propagan el VIH. El virus también puede transmitirse mediante la sangre infectada de agujas usadas para las inyecciones de fármacos. Una mujer con VIH puede pasar el virus a su bebé durante el embarazo y el parto, o cuando amamanta. El VIH se transmite también a través de sangre contaminada y sin analizar.

¿Cómo no se transmite el VIH?

El VIH no es un virus que se transmite fácilmente de una persona a otra. El virus no sobrevive fuera del cuerpo. Por lo tanto, no puede transmitirse a través del contacto casual o cotidiano, como por ejemplo, el darse la mano o abrazarse. La transpiración, las lágrimas, el vómito, las heces y la orina contienen pequeñas cantidades de VIH, pero no se ha informado que transmitan la enfermedad. Los mosquitos y otros insectos no transmiten el VIH.

¿Cómo se puede prevenir la transmisión del VIH?

El modo más seguro de evitar la transmisión es evitar los comportamientos considerados de alto riesgo. Si eso no se realiza, diversas organizaciones de salud determinaron que: los preservativos de látex pueden reducir considerablemente el riesgo de transmisión durante el acto sexual; las embarazadas VIH-positivas pueden disminuir la posibilidad de transmitir el virus a sus hijos a través de tratamientos antirretrovirales; las madres primerizas pueden reducir la probabilidad de transmitir el virus a sus bebés mediante opciones de alimentación alternativas, en lugar de amamantar, si fuera posible; y los consumidores de fármacos inyectables pueden reducir el riesgo de transmisión si evitan compartir agujas o jeringas.

¿Cuánto tarda el VIH en convertirse en SIDA?

El período de tiempo varía de persona a persona y depende en gran medida de la posibilidad de acceso a un tratamiento, el estado de salud de la persona y sus comportamientos relacionados a ella. ONUSIDA estima que en la mayoría de los casos surgidos en los países donde tienen escaso acceso a un tratamiento, o directamente no existe, el tiempo que transcurre entre la infección del VIH y el desarrollo del SIDA es de entre 9 a 11 años. La terapia antirretroviral puede retrasar el avance del VIH a SIDA y disminuir la cantidad de virus en el organismo. Como ocurre con otras enfermedades, la detección temprana de la infección de VIH permite tener más opciones de tratamiento y de atención de salud preventiva.

¿Qué relación existe entre el VIH y la tuberculosis?

La epidemia del VIH es responsable, en gran medida, del crecimiento en la cantidad de casos de tuberculosis (TBC) en muchas partes del mundo. El VIH debilita las células del sistema inmunológico necesarias para combatir la TBC, es posible que la mitad de las personas que viven con VIH/SIDA contraigan TBC. Mundialmente, la TBC es la causa principal de muerte entre las personas con VIH.

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

Las personas que padecen enfermedades/infecciones de transmisión sexual son mucho más vulnerables a infectarse con el VIH que otras. Por ejemplo, las úlceras genitales causadas por herpes crean un punto de entrada para el VIH. Las ETS crean concentraciones de células en el área de los genitales que se convierten en blancos para el VIH. Además, las personas viviendo con VIH son mucho más vulnerables que otras a enfermedades/infecciones de transmisión sexual adicionales. Su sistema inmunológico está comprometido, lo que significa que a su organismo le toma más tiempo combatir las infecciones. Además, si una persona VIH-positivo se infecta con otra ETS, tiene el triple o quíntuple de posibilidades que otras personas VIH-positivos de transmitir el VIH mediante el contacto sexual.

¿Existe una cura para el VIH/SIDA?

No se conoce una cura para el VIH/SIDA. Existen tratamientos médicos que pueden disminuir el ritmo en que se debilita el sistema inmunológico por el VIH. Existen otros tratamientos que pueden prevenir o curar algunas de las enfermedades asociadas con el SIDA. Los investigadores están probando una gran serie de vacunas, y es probable que se encuentre una vacuna exitosa dentro de algunos años. La Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA (<http://www.iavi.org>) y la Coalición de Defensores de la Vacuna contra el SIDA (<http://www.avac.org/>) son los principales centros de referencia para la investigación de la vacuna. En este manual encontrará más información relativa a la *Investigación y evaluación de la vacuna*.

¿Cuántas personas padecen VIH/SIDA?

El programa conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que en 2007 había más de 33 millones de personas en todo el mundo que vivían con VIH/SIDA, incluidos los 2,5 millones que se infectaron recientemente con dicha enfermedad. El informe más reciente de ONUSIDA incluye una disminución importante en la cantidad estimada de personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, en comparación con las estimaciones publicadas con anterioridad. ONUSIDA no atribuye el cambio a un descenso real en la cantidad de personas que viven con VIH/SIDA, sino a "la mejora y ampliación en la información epidemiológica y en los análisis, lo que deriva en una mayor comprensión de la epidemia mundial".

¿Qué estadísticas de VIH/SIDA son las más confiables?

ONUSIDA provee el conjunto más amplio de estadística relacionada con la epidemia mundial en www.unaids.org. Los datos estadísticos se recopilan consultando a especialistas nacionales y epidemiólogos internacionales. Cada país lleva los registros a su modo y algunos son más completos que otros. Existe más información sobre el tema en *Preguntas frecuentes sobre el VIH/SIDA* y en *Comprender y brindar información sobre el VIH/SIDA*.

¿Qué significa endemia, epidemia, pandemia e hiperendemia?

Epidemia es la presencia constante de una enfermedad o de un agente infeccioso en un área geográfica determinada. La epidemia es la expansión rápida de una enfermedad en un área determinada o entre un grupo específico de la población. La pandemia es una epidemia mundial; una epidemia que se desarrolla en una amplia área geográfica y que afecta en una proporción excepcionalmente alta de la población. Hiperendemia significa que la prevalencia de VIH excede el 15% de la población general.

¿Qué es el ARV?

ARV significa antirretroviral. Es una clase de fármacos diseñada para aminorar la reproducción del VIH en el organismo. Si el tratamiento con ARV es efectivo, el comienzo del SIDA puede demorarse durante unos años. Se recomienda que los fármacos ARV se usen combinados. Encontrará más información sobre este tema en *Fármacos usados en el tratamiento del VIH (aprobados por la FDA, Administración de Alimentos y Fármacos)*.

¿Qué es la HAART?

HAART significa terapia antirretroviral altamente activa. Es la combinación de al menos tres fármacos ARV que atacan diferentes partes del VIH o evitan que el virus ingrese a los glóbulos rojos. Aún en aquellas personas que responden favorablemente al HAART, el tratamiento no erradica el VIH. El virus continúa reproduciéndose pero a un ritmo más lento.

¿Cuánta gente tiene acceso al tratamiento con ARV y a los servicios de prevención?

El acceso al tratamiento con antirretrovirales (ARV) se ha incrementado cinco veces desde diciembre de 2003 en los países de medianos y bajos recursos; sin embargo, se estimó que solo el 28% de las personas que tienen VIH/SIDA y que necesitaban los ARV recibirían tratamiento en diciembre de 2006. Esto representa 2 millones de los 7,1 millones de personas que necesitan este tipo de tratamiento en esos países. El acceso a los servicios de prevención también es bajo; se estima que menos de una de cada cinco personas con riesgo de infección de VIH tienen acceso en los países de medianos y bajos ingresos.

¿Qué es la resistencia a los fármacos?

La resistencia a los fármacos es la capacidad de un organismo (por ej., un virus, una bacteria, un parásito o un hongo) para adaptarse, crecer y multiplicarse incluso en presencia de los fármacos que generalmente los eliminan. Reduce la capacidad de los fármacos ARV para bloquear la réplica del VIH. En algunas personas bajo tratamiento con ARV, el VIH muta a una nueva cepa más resistente a los fármacos actuales.

¿Qué es ABC?

ABC son las siglas en inglés de abstinencia, fidelidad a una pareja única y uso del condón. Se trata de un acercamiento a la prevención que ciertas organizaciones y gobiernos promueven con la intención de detener la propagación del VIH.

¿Qué es el Fondo Mundial?

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria se creó en 2001 ante la demanda del entonces Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan. El Fondo Mundial es una asociación formada por gobiernos, el sector privado y las comunidades afectadas. Es una organización independiente sostenida por donaciones, cuyo propósito es movilizar y proveer fondos a los países en vías de desarrollo para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

¿Qué es PEPFAR?

El Plan de Emergencia del Presidente para la cura del SIDA fue lanzado en el año 2004 por el presidente George W. Bush y representa el mayor compromiso individual por parte del gobierno de los Estados Unidos para combatir la pandemia. PEPFAR es un plan de varios años con una inversión de miles de millones de dólares para asistir a los países en la implementación de los programas para la prevención, el tratamiento y el cuidado. Trabaja en más de 120 países pero se concentra especialmente en 15 países de África, Asia y el Caribe, que son los que cuentan con aproximadamente el 50% de las infecciones por VIH en todo el mundo.

¿Qué es la capacidad de absorción?

La capacidad de absorción en el contexto de la epidemia mundial de VIH se usa para hacer referencia a la capacidad de los países en vías de desarrollo para invertir con eficiencia el dinero que proviene de la ayuda del exterior. Dadas las limitaciones de los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo, es un desafío procesar, dispersar y controlar la ayuda del exterior especialmente desde que varios de los países en vías de desarrollo reciben ayuda de gran cantidad de donantes con sus propias preferencias y requisitos.

¿Cuáles son las regiones del mundo que tienen escasez de trabajadores para la atención médica y cuál es el impacto?

Más de mil millones de personas en todo el mundo carecen de la atención médica básica debido a un entrenamiento y una contratación deficientes de los trabajadores sanitarios. Cincuenta y siete países, 36 de ellos en África Subsahariana, tienen la urgente necesidad de contar con trabajadores de atención médica. La escasez de unos cuatro millones de trabajadores es un obstáculo para la provisión de intervenciones esenciales en la tarea de salvar vidas, tales como la vacunación, el embarazo seguro, el servicio de atención obstétrica a madres bajo tratamiento por VIH/SIDA, malaria y tuberculosis.

Recursos adicionales

Fundación Kaiser Family. Sitio web del *Informe de Salud Mundial Preguntas frecuentes sobre el HIV/AIDS*, <http://www.globalhealthreporting.org/diseaseinfo.asp?id=24>

ONUSIDA. *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*, <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/QandA/default.asp>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*, <http://www.cdc.gov/hiv/resources/qa/index.htm>

Prevención del VIH

El contagio por VIH se puede evitar, por lo tanto la prevención es un componente sumamente importante en la respuesta al VIH/SIDA. La prevención del VIH incluye:

- **Prevención primaria:** para reducir el riesgo de infectarse con HIV
- **Prevención secundaria:** para reducir el riesgo de que la persona infectada con VIH lo transmita a otros y para mantener a esa persona tan saludable como sea posible

Existen numerosas historias exitosas de los programas de prevención en todo el mundo que evitaron el aumento y hasta contribuyeron con la disminución de las nuevas infecciones de VIH. Un estudio reciente proyecta que un gasto mayor para la prevención en respuesta del aumento progresivo, evitaría más de la mitad de las nuevas infecciones de VIH que de otro modo podrían ocurrir para el año 2015, y que, además, generarían ahorros financieros para la sociedad al disminuir los costos futuros para el tratamiento y la atención. Sin embargo, de acuerdo con el ONUSIDA, existe una brecha importante entre el gasto actual en prevención y las necesidades de fondos y, por lo tanto, los esfuerzos de prevención enfrentan numerosos obstáculos. Mundialmente, se estima que la mayoría de las personas que están en riesgo de contraer VIH aún no tienen acceso a los servicios necesarios de prevención contra el virus, y que ocho de cada diez ya infectados con VIH desconocen su estado de salud.

Los desafíos para la prevención contra el VIH incluyen lo siguiente:

- El comportamiento humano es difícil de cambiar, al igual que lograr un cambio de conducta sostenido en el tiempo; la prevención del VIH es de por toda la vida, al igual que el tratamiento antirretroviral para aquellas personas que viven con el virus.
- Esta enfermedad tiene un poderoso estigma, lo que puede desalentar a aquellos que están en riesgo a informarse sobre el VIH, a hacerse las pruebas o a revelar su condición a sus potenciales parejas.
- Debido al papel que juegan el sexo y la droga en la transmisión del VIH, existen frecuentemente susceptibilidades políticas y de otro tipo para tratar la prevención del VIH, como así también una falta de consenso sobre la estrategia que se debe emplear.
- Muchas personas con VIH no saben que están infectadas.
- En muchos países, los niveles de conocimiento del VIH y el modo de transmisión son reducidos.
- Es difícil medir "lo que no sucedió" (por ej., infecciones de VIH prevenidas) frente a, por ejemplo, la medición de la cantidad de gente que recibe terapia antirretroviral. Esto hace difícil mostrar el impacto.
- Es necesario aumentar los esfuerzos de prevención, con la intensidad y la cantidad de tiempo suficientes como para demostrar el impacto, ya que puede llevar muchos años que se manifieste la disminución de incidencia de VIH.
- Los factores de género y culturales, las condiciones de extrema pobreza, otras enfermedades y amenazas de salud, infraestructuras de salud subdesarrolladas y la inestabilidad política existente en muchos de los países golpeados seriamente por la enfermedad complican aún más los esfuerzos de prevención.

No existe una sola intervención que pueda evitar la propagación del VIH. Las estrategias polifacéticas, integradas y a largo plazo han demostrado ser las de mayor eficacia. Los esfuerzos de prevención efectivos reflejan una gran variedad de factores relacionados con la epidemiología de la enfermedad como también las normas y estructuras culturales y socioeconómicas de determinadas poblaciones. Es importante considerar estos factores cuando se diseña y se determinan los objetivos de programas de prevención ya que, aún dentro de un país, la epidemia

puede ser muy diversa en cuanto a la extensión de su impacto, los patrones de transmisión y las poblaciones más afectadas. Además, es importante que los esfuerzos de prevención se dirijan a los factores sociales subyacentes vinculados con el aumento del riesgo para la infección con VIH, incluidos la pobreza, la desigualdad de género, el estigma y la discriminación. También es importante que los programas sean culturalmente apropiados y que tengan en cuenta el papel que juegan los medios, las escuelas, los padres, los jóvenes y los líderes en un área determinada, comprometiéndolos en las iniciativas para la prevención donde resulte necesario. Finalmente, también se demostró que los esfuerzos para la prevención del VIH son más efectivos cuando están integrados con un tratamiento para VIH.

Actualmente, se llevan a cabo investigaciones en una amplia variedad de intervenciones y tecnologías innovadoras que pueden tener importantes implicaciones en la prevención del HIV, incluidas la circuncisión en los varones, la profilaxis previa a la exposición a los fármacos antirretrovirales (se toman medicamentos antes de una posible exposición al VIH para disminuir la posibilidad de una infección en caso de exposición), los microbicidas y las vacunas. Si se comprueba que estas medidas son efectivas, proporcionarán otras opciones de prevención. Los resultados recientes de pruebas controladas y aleatorias de circuncisión masculina demostraron que la circuncisión es muy eficaz para reducir el riesgo de la transmisión del VIH de mujeres a varones; y actualmente la OMS y el ONUSIDA lo recomiendan como componente efectivo dentro de una estrategia de prevención del VIH más amplia.

Lamentablemente, está muy lejos de descubrirse una vacuna efectiva para prevenir la transmisión del VIH, lo que brindaría la mejor promesa para su prevención y, si esto sucediera, no prevendría la transmisión del virus en el 100% de los casos. Esto significa que las estrategias más abarcativas de prevención del VIH que usamos hoy aún serán cruciales.

La prevención grupal abarca numerosos tipos de intervenciones y programas, y resulta fundamental que los esfuerzos de prevención estén adaptados a la o las poblaciones blanco en riesgo, y sean específicos del tipo de epidemia que se enfrenta (incipiente, concentrada, generalizada, hiperendemia). Como lo indicó el ONUSIDA, es de crucial importancia “conocer la epidemia” a fin de responder de manera efectiva. A continuación, encontrará algunas de las diversas intervenciones que abarcan la prevención del VIH.

Intervenciones para prevenir el VIH

- Esfuerzos de los medios masivos de comunicación
- Movilización de la comunidad
- Asesoramiento y prueba voluntaria
- Notificación y remisión de la pareja
- Programas para los jóvenes en la escuela
- Programas para jóvenes que no están en la escuela
- Programas orientados a los trabajadores del sexo y sus clientes
- Programas orientados a hombres que tienen sexo con hombres
- Programas para reducir el daño en los consumidores de fármacos inyectables
- Intervenciones en los lugares de trabajo
- Programas para personas que ya viven con VIH a fin de evitar que transmitan la enfermedad a otros
- Programas que tienen como objetivo a poblaciones específicas
- Comercialización social de condones
- Provisión de condones en sectores comerciales y públicos
- Optimización del tratamiento para las infecciones que se transmiten por vía sexual
- Prevención de la transmisión de madre a hijo
- Seguridad en la sangre
- Profilaxis posterior a la exposición
- Inyecciones médicas seguras
- Precauciones universales

Referencias y recursos

Informes del Global HIV Prevention Working Group, <http://www.kff.org/hiv/aids/hivghpwpwpackage.cfm>.

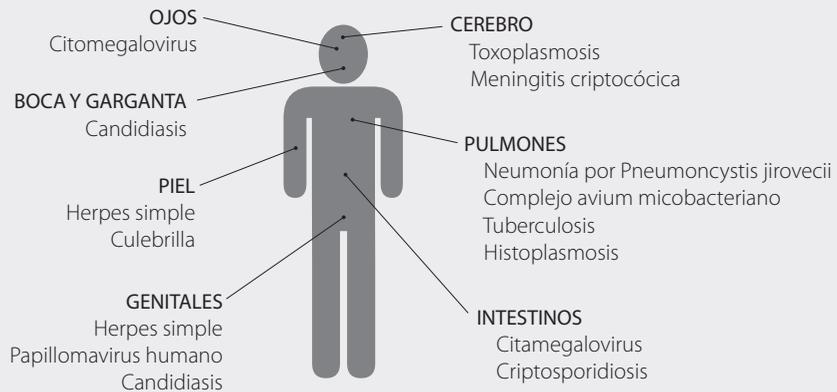
ONUSIDA. *Intensificar la prevención: El camino al acceso universal; capítulo de Epidemia de SIDA Actualizado en 2005* (diciembre 2005), http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp

ONUSIDA. *Declaración de la política oficial: Intensificar la prevención del HIV* (agosto 2005), http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf

ONUSIDA. *Recursos necesarios para una respuesta ampliada al SIDA en los países de bajos y medianos recursos* (agosto 2005), http://data.unaids.org/pub/Report/2005/jc1239_resource_needs_en.pdf

Infecciones oportunistas

INFECCIONES OPORTUNISTAS ESPECÍFICAS DE CIERTOS ÓRGANOS EN INDIVIDUOS INFECTADOS CON VIH



Fauci, A.S. (2004, March 20) *HIV Therapies and Vaccines (Vacunas y terapias para el VIH): Progreso y prioridades.*
Fundación Kaiser Family: *El SIDA en América: ¿Una epidemia olvidada? Conferencia para líderes de noticias.*
Centro de conferencias Barbara Jordan, Washington, D.C.

Observaciones Generales

- Las **infecciones oportunistas (IO)** son enfermedades que rara vez afectan a individuos saludables pero que causan infecciones en individuos cuyos sistemas inmunológicos están comprometidos incluso por VIH. Los organismos que causan las IO con frecuencia están presentes en el cuerpo pero generalmente son mantenidos bajo control por un sistema inmunológico saludable. El VIH debilita gradualmente el sistema inmunológico de una persona y favorece el desarrollo de una o más infecciones oportunistas, lo que indica el avance del SIDA. Estas enfermedades son generalmente la causa final de muerte de la infección por VIH.
- La **profilaxis** se refiere a la prevención o al tratamiento de protección contra la enfermedad. La profilaxis primaria se refiere al tratamiento médico que se administra para prevenir el comienzo de una infección. La profilaxis secundaria se refiere a medicamentos administrados para prevenir los síntomas recurrentes en una infección existente.
- La **terapia antirretroviral** se refiere a alguno de los diversos tratamientos que incluyen medicamentos antirretrovirales. Estas drogas fueron diseñadas para destruir los retrovirus como el VIH, o para interferir con su capacidad de reproducirse. El HAART (Tratamiento antirretroviral altamente activo) se refiere a un tratamiento que involucra el uso de tres o más drogas antirretrovirales. El HAART fortalece el sistema inmunológico y, por lo tanto, ayuda a proteger de las infecciones oportunistas.

CEREBRO

La **meningitis criptocócica** está causada por el *Cryptococcus*, un hongo comúnmente hallado en el suelo contaminado con excremento de aves. Las personas se infectan con el *Cryptococcus* al inhalar polvo contaminado con el hongo. Aunque la mayor parte de las personas ha estado expuesta a este hongo, éste normalmente no causa la enfermedad en individuos saludables. En las personas con VIH, la infección a menudo causa meningitis. Los síntomas pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, cuello

rígido (tortícolis), confusión, problemas de visión y coma. La meningitis *criptocócica* no se contagia de una persona a otra. Se dispone de profilaxis primaria (tratamiento para prevenir la enfermedad) y de profilaxis secundaria (tratamiento para prevenir la recurrencia de la enfermedad). La enfermedad puede tratarse con medicamentos antimicóticos. Sin tratamiento, la muerte podría sobrevenir rápidamente.

La **toxoplasmosis** (también llamada Toxo) es una infección causada por un parásito que se encuentra en el excremento de los gatos, la carne cruda, los vegetales crudos y en el suelo. La infección puede derivar del consumo de alimentos contaminados o del contacto con el excremento de un gato. La toxoplasmosis puede infectar muchas partes del cuerpo pero por lo general causa encefalitis, una infección en el cerebro. No puede transmitirse de una persona a otra y no produce infección en individuos con un sistema inmunológico saludable. Los síntomas incluyen fiebre, confusión, dolor de cabeza, trastornos de la personalidad, temblores y convulsiones, y puede llevar al coma y a la muerte. Están disponibles la profilaxis primaria y la profilaxis secundaria. La toxoplasmosis puede tratarse con una combinación de fármacos anti-toxoplasma.

OJOS

El **citomegalovirus** (también llamado **CMV**) es un virus que normalmente causa una enfermedad en los ojos llamada **retinitis**. La retinitis es el tipo más común de infección por CMV entre las personas con VIH. El CMV puede transmitirse de una persona a otra a través de la saliva, el semen, las secreciones vaginales, la orina, la leche materna y las transfusiones con sangre infectada. Aunque cualquiera puede infectarse con CMV, la enfermedad sólo ocurre en personas inmunodeprimidas. Los síntomas incluyen puntos ciegos y visión borrosa, distorsionada o disminuida que puede avanzar hasta la ceguera total. En ciertos casos, puede ser recomendable la profilaxis primaria. Las formas de tratamiento para la retinitis incluyen medicamentos intravenosos, píldoras e inyecciones intraoculares. También se dispone de profilaxis secundaria. Si no se trata, la enfermedad causa ceguera.

BOCA

La **candidiasis** es la infección con hongos más común entre las personas con VIH. A menudo afecta la boca, la garganta, los pulmones y la vagina (consulte *Genitales*). El hongo que causa la candidiasis está naturalmente presente en el cuerpo humano y es responsable de la mayoría de los casos de la enfermedad, pero raramente se ha informado la transmisión de una persona a otra. Aunque cualquier persona puede desarrollar la enfermedad, ésta es más común entre los infectados con VIH. La infección en la boca se denomina *afta* y puede causar dolor al tragar, náuseas o pérdida del apetito. Los síntomas de la infección en la garganta incluyen dolor en el pecho y dificultad al tragar. No se recomienda el uso de profilaxis primaria, y la secundaria, se recomienda en algunos casos. Existen una variedad de tratamientos disponibles para controlar la infección.

PIEL

El **herpes simple** es una enfermedad causada por el virus Herpes simplex. Existen dos tipos del virus del herpes simple (VHS): El VHS1, que causa herpes labial o ampollas alrededor de la boca y los ojos; y el VHS2, que causa herpes genital o anal. Los virus se transmiten de una persona a otra por contacto con un área infectada, como la boca y los genitales. Los síntomas aparecen en erupciones, las cuales pueden incluir picazón, hormigueo y la aparición de ampollas o llagas dolorosas. El VHS puede afectar a cualquiera pero las erupciones son más frecuentes y más serias en personas con VIH. Aunque no existe prevención o cura para el VHS, existen tratamientos que disminuyen la duración y la severidad de las erupciones.

PIEL (continuado)

El **herpes zoster**, también conocido como **culebrilla**, es causado por el virus responsable de la varicela, el herpesvirus varicela-zoster. Aunque también puede afectar a individuos VIH negativos, es más común entre la gente con VIH debido a sus sistemas inmunológicos deprimidos. Suele dar como resultado erupciones y ampollas dolorosas en el pecho, la espalda y el rostro. La erupción típicamente afecta un lado del cuerpo y dura unas semanas. No existe profilaxis primaria ni secundaria para la culebrilla. Los tratamientos incluyen drogas antiherpéticas y medicamentos para el dolor.

INTESTINOS/ABDOMEN

La **Criptosporidiosis** (también llamada Cripto) es una infección intestinal que se esparce fácilmente a través del contacto con el agua, las heces o los alimentos que han sido contaminados con un parásito común denominado *Cryptosporidium*. Los síntomas incluyen diarrea, náuseas, vómitos, pérdida de peso y calambres estomacales. La infección normalmente dura una o dos semanas en individuos VIH negativos, pero puede durar mucho más y presentar peligro de vida en personas con VIH. Aunque no hay medicamentos para prevenir o tratar la criptosporidiosis, existe una variedad de tratamientos para controlar la diarrea causada por la infección.

El **citomegalovirus** (también llamado **CMV**) es un virus que normalmente afecta a los ojos (consulte *Ojos*), pero entre las personas con VIH también puede causar colitis, que es una infección del colon. El CMV puede transmitirse de una persona a otra a través de la saliva, el semen, las secreciones vaginales, la orina, la leche materna y las transfusiones con sangre infectada. Aunque cualquiera puede infectarse con CMV, la enfermedad sólo ocurre en personas inmunodeprimidas. Los síntomas de la colitis por CMV incluyen dolor abdominal, diarrea, calambres, pérdida de peso y hemorragia. Se dispone de profilaxis primaria, secundaria y tratamientos.

GENITALES

La **candidiasis** es la infección con hongos más común entre las personas con VIH. A menudo afecta la vagina, la boca (consulte *Boca*), la garganta y los pulmones. El hongo que causa la candidiasis está naturalmente presente en el cuerpo humano y es responsable de la mayoría de los casos de la enfermedad, pero raramente se ha informado la transmisión de una persona a otra. Aunque cualquier persona puede desarrollar la enfermedad, ésta es más común entre los infectados con VIH. Los síntomas de infección vaginal pueden incluir secreción blanca, picazón y dolor durante la micción o la actividad sexual. No se recomienda el uso de profilaxis primaria, y la secundaria, se recomienda en algunos casos. Los tratamientos antimicóticos ayudan a controlar el hongo pero es común la recurrencia de la infección.

El **herpes simple** es una enfermedad causada por el virus Herpes simplex. Existen dos tipos del virus del herpes simple (VHS): El VHS1, que causa herpes labial o ampollas alrededor de la boca y los ojos; y el VHS2, que causa herpes genital o anal. Los virus se transmiten de una persona a otra por contacto con un área infectada como la boca y los genitales. Los síntomas aparecen en erupciones, las cuales pueden incluir picazón, hormigueo y la aparición de ampollas o llagas dolorosas. El VHS puede afectar a cualquiera pero las erupciones son más frecuentes y más serias en personas con VIH. Aunque no existe prevención o cura para el VHS, existen tratamientos que disminuyen la duración y la severidad de las erupciones.

El **papillomavirus humano** (también llamado HPV, por su sigla en inglés) es una infección genital frecuente causada por un grupo de virus llamados papillomavirus. El HPV se transmite fácilmente de una persona a otra a través del contacto directo con las áreas infectadas, por ejemplo, durante la actividad sexual. Puede causar verrugas genitales, que se ven como abultamientos en el pene, la vagina y el ano. Ciertos tipos de HPV también están ligados al cáncer cervical. El virus puede transmitirse de una persona a otra aún cuando

la persona no presente síntomas. Cualquiera puede infectarse con HPV pero la infección es normalmente breve en personas saludables. Entre los individuos con VIH, la infección por HPV es más seria, puede repetirse frecuentemente y durar períodos prolongados. Estas infecciones persistentes están asociadas a riesgos mayores de cáncer cervical. En junio de 2006, la primera vacuna contra el HPV, Gardasil, fue producida por Merck, aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para su uso en mujeres de entre 9 y 26 años de edad. La vacuna tiene casi 100% de efectividad contra cuatro tipos de HPV. Existen numerosas maneras de eliminar las verrugas genitales y las displasias.

PULMONES

La **histoplasmosis** es causada por un hongo que se encuentra en suelos contaminados con excrementos de aves y otros tipos de materia orgánica. Las personas se infectan al inhalar polvo contaminado con el hongo. Cualquiera puede infectarse con el hongo aunque las personas con VIH son más propensas a desarrollar la enfermedad. Los síntomas incluyen fiebre, pérdida de peso, fatiga, dificultad respiratoria y agrandamiento de ganglios linfáticos. La histoplasmosis normalmente afecta a los pulmones, pero entre las personas con el sistema inmunológico deprimido, la enfermedad puede diseminarse al resto del cuerpo. Esta es una complicación seria que puede ser mortal si no es tratada. La histoplasmosis no se transmite a través del contacto entre personas. En la actualidad no se recomienda la profilaxis primaria. Hay medicamentos antimicóticos disponibles para el tratamiento de la histoplasmosis, y se dispone de profilaxis secundaria para evitar la recurrencia de la enfermedad.

El **complejo Mycobacterium Avium** (también denominado MAC, por su sigla en inglés) es una enfermedad provocada por la *Mycobacterium avium* y la *Mycobacterium intracellulare*. Estos dos tipos similares de bacterias se encuentran comúnmente en el agua, el suelo, el polvo y los alimentos. Cualquiera puede contraer la bacteria pero las personas infectadas con VIH corren un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Los síntomas de la enfermedad incluyen fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna y debilidad. La infección puede afectar una parte del cuerpo o diseminarse por todo el cuerpo. Se dispone de una variedad de drogas para el tratamiento y la prevención de MAC.

La **neumonía por *Pneumocystis jirovecii*** (PJP, por su sigla en inglés) conocido antes como neumonía por *Pneumocystis carinii*, es causada por un hongo y generalmente se presenta como una infección en los pulmones. Se cree que el hongo se disemina por aire. Aunque puede estar presente en los pulmones de cualquier individuo, provoca una enfermedad grave sólo cuando el sistema inmunológico del individuo infectado está deprimido. Es la infección oportunista más común entre las personas con VIH. Los síntomas incluyen tos seca, opresión en el pecho, fiebre y dificultad respiratoria. Aunque la PJP es totalmente evitable y tratable, esta es una enfermedad grave que puede resultar mortal si no se la trata. Se dispone de una variedad de drogas para la profilaxis primaria y secundaria, así como para el tratamiento de la PJP.

La **tuberculosis** (también denominada TBC) es una infección bacteriana común entre los individuos con VIH. Una persona se puede infectar con TBC cuando otra persona con TBC activa tose, estornuda o habla. Aunque la TBC también afecta a individuos VIH-negativos, las personas con VIH corren mayor riesgo de infección. Aunque no todas las personas infectadas se enferman, la infección por TBC acelera el avance del VIH y es la causa principal de muerte entre quienes padecen VIH en todo el mundo. Los síntomas incluyen fiebre, tos, sudoración nocturna, pérdida de peso, fatiga, inflamación de ganglios linfáticos y expectoración con sangre. Se dispone de profilaxis primaria, pero no se considera necesaria la profilaxis secundaria. Se utilizan una variedad de antibióticos en el tratamiento de la TBC. Dependiendo de la gravedad de la infección, el tratamiento puede durar varios meses e incluso años.

Guía para el desarrollo y la aprobación de fármacos

Esta información fue elaborada por Gilead Sciences, una empresa biofarmacéutica. Le agradecemos la autorización para imprimir nuevamente el material.

Antes de que un nuevo medicamento pueda ser recetado para su uso debe ser aprobado por el Centro para la Evaluación e Investigación de Fármacos (CDER, por su sigla en inglés) de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA). El CDER es responsable de supervisar la evaluación y el desarrollo de los nuevos fármacos y sus usos, y de asegurar que los métodos utilizados para su desarrollo sean seguros y efectivos.

CDER en realidad no prueba los nuevos fármacos. Esa responsabilidad le corresponde a la empresa o institución que desarrolla el fármaco, conocido por el nombre de "patrocinador". Antes de que un nuevo tratamiento sea aprobado por la FDA, un patrocinador debe probar ampliamente el nuevo fármaco y presentar la información recopilada al CDER para su revisión.

A lo largo del proceso de desarrollo y evaluación, el CDER examina en detalle absolutamente todo, desde el diseño de las pruebas clínicas del fármaco hasta la naturaleza de los efectos secundarios para las condiciones de fabricación en las que se producirá y envasará.

Evaluación preclínica

Antes de solicitar a la FDA autorización para la prueba de un nuevo fármaco en seres humanos, el patrocinador debe analizar el fármaco en el laboratorio y probarlo exhaustivamente en animales para alcanzar una resolución inicial sobre su seguridad y su efectividad. Estas pruebas preclínicas son el primer paso en el desarrollo y la aprobación de un nuevo tratamiento.

Las pruebas preclínicas marcan el final de la ruta para la gran mayoría de los fármacos bajo experimentación. De acuerdo con la investigación del rubro, sólo uno de cada 1.000 nuevos fármacos potenciales avanza de las pruebas preclínicas a las clínicas.

Aplicaciones de nuevos fármacos en investigación (IND, por su sigla en inglés)

Si las pruebas preclínicas son exitosas, el patrocinador puede presentar una solicitud del nuevo fármaco en investigación ante la FDA. Este documento incluye los resultados de las pruebas preclínicas y propone un "protocolo" para las pruebas clínicas, un plan detallado de cómo el patrocinador probará el fármaco en seres humanos.

Cada protocolo es revisado tanto por el CDER como por un Tribunal de Revisión Institucional Local (IRB, por su sigla en inglés), una comisión independiente de científicos y otros especialistas autorizados para aprobar, modificar o rechazar los diseños de investigación.

Antes de proceder a la prueba clínica, tanto el CDER como el IRB deben determinar si el protocolo de investigación es convincente y si los patrocinadores siguieron los pasos apropiados para informar sobre los riesgos a los participantes de la prueba; y si, además, realizaron todo lo necesario para proteger a los participantes contra cualquier daño.

Pruebas clínicas

Existen cuatro etapas o “fases” de estudios clínicos, las pruebas en seres humanos requeridas para que se considere la aprobación de un fármaco.

Fase I

El principal objetivo para las pruebas de la Fase I es evaluar la seguridad del fármaco y determinar de qué forma se comporta en el organismo (conocido también como farmacocinética). Estas pruebas clínicas iniciales permiten identificar los efectos secundarios más frecuentes de un fármaco cuando es usado durante períodos relativamente cortos (días o semanas). Las pruebas de Fase I frecuentemente investigan los efectos del fármaco en varios niveles de dosis y normalmente involucran una cantidad relativamente pequeña de participantes (entre 20 y 100). Aproximadamente el 70% de los fármacos logra pasar exitosamente las pruebas de la Fase I.

Fase II

Las pruebas de la Fase II son diseñadas para proporcionar evidencia de efectividad (si el fármaco aporta un beneficio para una determinada enfermedad o afección). La seguridad continúa evaluándose y los efectos secundarios a corto plazo también son estudiados. Los estudios de la Fase II generalmente duran desde varios meses hasta dos años e involucran desde varias decenas hasta varios cientos de sujetos. Aproximadamente un tercio de los fármacos que ingresan a las pruebas de la Fase II proceden hasta la siguiente fase.

Fase III

Estos estudios de gran escala involucran a grupos más grandes de participantes y generalmente duran entre uno y cinco años. Las pruebas de la Fase III reúnen información adicional sobre la seguridad y la efectividad del fármaco en distintas dosis, analizando el modo en que afecta a las diferentes poblaciones, así como las interacciones con otros fármacos. Aproximadamente el 30% de los fármacos que ingresan a esta fase continúan intentando la aprobación de la FDA.

Fase IV

Estos estudios “posteriores a la comercialización” tienen lugar solo después de que el fármaco que está siendo probado haya sido aprobado por la FDA. Las pruebas de la Fase IV pueden usarse para evaluar la seguridad y eficacia del fármaco a largo plazo, a fin de explorar los usos alternativos en un tratamiento o sus efectos en otras poblaciones de pacientes.

Solicitud de nuevo fármaco (NDA, por su sigla en inglés)

Antes de que la FDA considere aprobar un nuevo fármaco para su comercialización en los Estados Unidos, el patrocinador debe presentar una Solicitud de Nuevo Fármaco (NDA), un documento que indica la “historia de vida” completa del desarrollo del fármaco. La NDA incluye análisis detallados de los resultados de cada prueba preclínica y clínica, información sobre cómo funciona y se comporta el fármaco en el organismo como así también, información acerca de cómo será fabricado.

Luego de que un patrocinador presenta una NDA, la FDA cuenta con 10 meses (seis, si el fármaco es un componente nuevo para el tratamiento de enfermedades graves) para revisar la solicitud. La FDA luego puede rechazar completamente la solicitud, devolverla al patrocinador por estar incompleta o aprobar el fármaco como tratamiento para una afección específica.

Fuentes: FDA, PhRMA, WebMD.com, AIDSmeds.com, New Mexico AIDS Infonet y AIDSinfo.nih.gov

Términos importantes en la terapia antirretroviral (siglas en inglés)

Término	Descripción
Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	El organismo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos responsable de garantizar la seguridad y efectividad de todos los fármacos, productos biológicos y dispositivos médicos, incluidos todos aquellos utilizados para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la infección con VIH, el SIDA y las infecciones oportunistas relacionadas con él. La FDA trabaja también con el sector del banco de sangre para salvaguardar el suministro de sangre del país.
Fármacos genéricos	Un fármaco que es idéntico o bioequivalente a uno de marca en su dosificación, seguridad y potencia, modo de administración, calidad, rendimiento y uso previsto. El nombre genérico de un fármaco es el nombre común de la droga y no está protegido por los derechos de ningún fabricante. Es el formato más usado cuando se hace referencia a un fármaco en la literatura médica o en los medios de comunicación. El genérico a veces hace referencia a medicamentos de menor costo pero químicamente idénticos, fabricados por empresas que no inventaron el fármaco. En algunos países, los fármacos genéricos aparecen en el mercado después de que la patente del medicamento caduca. En otros países, se producen y se venden genéricos antes del vencimiento de la patente.
HAART (Terapia antirretroviral altamente activa)	Se refiere a los regímenes de tratamiento con ARV que actúan agresivamente para suprimir la réplica del VIH y la progresión de la enfermedad ocasionada por el virus. El régimen HAART normalmente involucra el uso de tres antirretrovirales o más.
Inhibidor de fusión	Los inhibidores de fusión son una clase de ART que trabajan bloqueando al VIH para que no ingrese a las células blanco e impide que se multiplique, ya que el virus necesita entrar en la célula para copiarse.
Inhibidor de la proteasa (PI)	Los inhibidores de la proteasa son una clase de ART que actúan bloqueando la función de la proteasa, una proteína que el VIH necesita para hacer más copias de sí mismo.
Inhibidor no Nucleósido de la Transcriptasa Inversa (NNRTI)	Los inhibidores no Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa son una clase de ART que bloquean la réplica del VIH interfiriendo con la Transcriptasa Inversa, una proteína que el VIH necesita para hacer más copias de sí mismo. Los NNRTI funcionan de un modo levemente diferente a los NRTI.
Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Inversa (NRTI)	Los inhibidores nucleósidos de la Transcriptasa Inversa son una clase de ART que bloquean la réplica del VIH interfiriendo con la Transcriptasa Inversa (RT, por su sigla en inglés), una proteína que el VIH necesita para hacer más copias de sí mismo.
Inhibidores de entrada Antagonista del correceptor CCR5	Los inhibidores de entrada constituyen una clase nueva de antirretrovirales diseñados para combatir las infecciones cada vez más resistentes a otras terapias. Tienen como finalidad interrumpir la capacidad del VIH para ingresar a una célula huésped a través de la superficie de la célula y su blanco es el receptor CCR5.

Término	Descripción
Inhibidores de transferencia de hebras para la intergrasa del VIH	Los inhibidores de la intergrasa del VIH son una clase relativamente nueva de antirretrovirales. Fueron inventados para interferir con una parte del proceso de réplica evitando que la proteína de intergrasa del VIH inserte la información genética en un ADN propio de la célula infectada.
Nombre de marca/comercial	El nombre comercial es el nombre dado por el fabricante del fármaco. La primera letra del nombre va con mayúscula.
Productos de combinación multiclase	Los productos de combinación multiclase combinan distintas clases de fármacos antirretrovirales contra el VIH para incrementar la eficacia del tratamiento y facilitar la continuidad de uso de la medicación recetada. El único producto de combinación multiclase disponible (Atripla, desde marzo de 2008) se administra una vez al día y combina tres tratamientos de VIH conocidos y probados.
Régimen de una sola píldora (STR, por su sigla en inglés)	Una sola píldora diaria que contiene múltiples fármacos antirretrovirales. El tratamiento puede simplificar en gran medida la terapia combinada que obliga a los pacientes a tomar 30 píldoras o más por día.
Terapia antirretroviral (ART)	ART se refiere a alguno de los diversos tratamientos que incluyen medicamentos antirretrovirales (ARV). Estos fármacos fueron diseñados para destruir los retrovirus o para interferir con su capacidad de reproducirse. La ART suprime la capacidad del VIH para multiplicarse, retardando el progreso de la enfermedad. Las seis clases de fármacos antirretrovirales disponibles en la actualidad son los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (NRTI, por su sigla en inglés), los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (NNRTI, por su sigla en inglés), los inhibidores de la proteasa (PI, por su sigla en inglés), los inhibidores de fusión, los inhibidores de entrada y los inhibidores de transferencia de hebra para la intergrasa del VIH. Los fármacos de las páginas siguientes son todos antirretrovirales.
Terapia de combinación	El uso de dos o más fármacos antirretrovirales combinados.

Fármacos usados en el tratamiento del VIH (aprobados por la FDA)

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos supervisa el proceso de aprobación, descrito detalladamente en la "Guía para el desarrollo y la aprobación de fármacos". El siguiente cuadro de fármacos contra el SIDA aprobados por FDA entra en vigencia a partir de marzo de 2008. Recomendamos revisar periódicamente si hay actualizaciones en: <http://www.fda.gov/oashi/aids/virals.html>

Aunque muchos antirretrovirales permanecen bajo protección de patente en los EE. UU., la FDA ha proporcionado una aprobación "tentativa" de varios fármacos genéricos para el SIDA, muchos de ellos son combinaciones fármacos a dosis fijas. Esto le permite al PEPFAR, Plan de Emergencia Presidencial para la mitigación del SIDA, comprar estos fármacos y distribuirlos fuera de los EE. UU. Cuando la administración de Bush anunció este plan en 2004, el *New York Times* informó que "se intenta agilizar el proceso (de aprobación) para apoyar a los fabricantes en la producción de combinaciones a dosis fijas con el fin de facilitar la entrega de fármacos en áreas remotas de los países severamente afectados y para que su uso sea más seguro."

La Organización Mundial de la Salud también opera un proceso de calificación previa para los medicamentos, incluidos los antirretrovirales genéricos. Esto se lleva a cabo en conjunto con la FDA y otros organismos reguladores nacionales. El "Programa de calificación previa" desarrolla y mantiene una lista de fármacos para VIH/SIDA, malaria, tuberculosis y para la salud reproductiva que se usan principalmente en los organismos de las Naciones Unidas (incluidos ONUSIDA y UNICEF) a fin de orientar sus decisiones de adquisición. La lista también es utilizada por otros gobiernos nacionales y por el Fondo Mundial para luchar contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. La lista de fármacos está disponible en: <http://mednet3.who.int/prequal/>

Nombre de marca	Nombres genéricos	Nombre del fabricante	Fecha de aprobación	Tiempo de aprobación
Productos de combinación multiclasa				
Atripla	efavirenz, emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato1	Bristol-Myers Squibb y Gilead Sciences	12-jul-06	2,5 meses
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (NRTI)				
Combivir	lamivudina y zidovudina	GlaxoSmithKline	27-Sep-97	3,9 meses
Emtriva	emtricitabina, FTC	Gilead Sciences	02-jul-03	10 meses
Epivir	lamivudina, 3TC	GlaxoSmithKline	17-nov-95	4,4 meses
Epzicom	abacavir y lamivudina	GlaxoSmithKline	02-ago-04	10 meses
Hivid	zalcitabina, dideoxicitidina, ddC	Hoffmann-La Roche	19-jun-92	7,6 meses
Retrovir	zidovudina, azidotimidina, AZT, ZDV	GlaxoSmithKline	19-mar-87	3,5 meses
Trizivir	abacavir, zidovudina y lamivudina	GlaxoSmithKline	14-nov-00	10,9 meses
Truvada	tenofovir disoproxil fumarato y emtricitabina	Gilead Sciences, Inc.	02-ago-04	5 meses
Videx EC	didanosina con cubierta entérica, ddl EC	Bristol Myers-Squibb	31-oct-00	9 meses

Nombre de marca	Nombres genéricos	Nombre del fabricante	Fecha de aprobación	Tiempo de aprobación
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (NRTI) (continuado)				
Videx	didanosina, dideoxinosina, ddl	Bristol Myers-Squibb	9-oct-91	6 meses
Viread	tenofovir disoproxil fumarato, TDF	Gilead	26-oct-01	5,9 meses
Zerit	estavudina, d4T	Bristol Myers-Squibb	24-jun-94	5,9 meses
Ziagen	abacavir sulfato, ABC	GlaxoSmithKline	17-dic-98	5,8 meses
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (NNRTI)				
Intelence	etravirina	Tibotec Therapeutics	18-ene-08	6 meses
Rescriptor	delavirdina, DLV	Pfizer	4-abr-97	8,7 meses
Sustiva	efavirenz, EFV	Bristol Myers-Squibb	17-sep-98	3,2 meses
Viramune	nevirapina, NVP	Boehringer Ingelheim	21-jun-96	3,9 meses
Inhibidores de la proteasa (PI)				
Agenerase	amprenavir, APV	GlaxoSmithKline	15-abr-99	6 meses
Aptivus	tipranavir, TPV	Boehringer Ingelheim	22-jun-05	6 meses
Crixivan	indinavir, IDV,	Merck	13-mar-96	1,4 meses
Fortovase	saquinavir (no se comercializa más)	Hoffmann-La Roche	7-nov-97	5,9 meses
Invirase	saquinavir mesilato, SQV	Hoffmann-La Roche	6-dic-95	3,2 meses
Kaletra	lopinavir y ritonavir, LPV/RTV	Abbott Laboratories	15-sep-00	3,5 meses
Lexiva	Fosamprenavir, FOS-APV	GlaxoSmithKline	20-oct-03	10 meses
Norvir	ritonavir, RTV	Abbott Laboratories	1-mar-96	2,3 meses
Prezista	darunavir	Tibotec, Inc.	23-jun-06	6 meses
Reyataz	atazanavir sulfato, ATV	Bristol-Myers Squibb	20-jun-03	6 meses
Viracept	nelfinavir mesilato, NFV	Agouron Pharmaceuticals	14-mar-97	2,6 meses
Inhibidores de fusión				
Fuzeon	enfuvirtida, T-20	Hoffmann-La Roche & Trimeris	13-mar-03	6 meses
Inhibidores de entrada: Antagonista correceptor CCR5				
Selzentry	maraviroc	Pfizer	06-ago-07	8 meses
Inhibidores de transferencia de hebras para la integrasa del VIH				
Isentress	raltegravir	Merck & Co., Inc.	12-oct-07	6 meses

Recursos adicionales

Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. *Fármacos genéricos usados en el tratamiento de la infección de VIH*, <http://www.fda.gov/oashi/aids/viralsgeneric.html>

Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. *Fármacos usados para tratar complicaciones del VIH/SIDA*, http://www.fda.gov/oashi/aids/stat_app.html

Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. *Fármacos usados en el tratamiento de infección de VIH pediátrica*, <http://www.fda.gov/oashi/aids/pedlbl.html>

Organización Mundial de la Salud. *OMS: Sistemas y servicios de salud: Programa de calificación previa*, <http://mednet3.who.int/prequal/default.htm>

El Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. *Listas de los ARV, productos para la TBC y la malaria*, <http://www.theglobalfund.org/en/about/procurement/list/>

Pieperl, L. and S. Coffey. *Perfiles de los fármacos antirretrovirales*, <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=ar-drugs>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS). *Base de datos de medicamentos de InfoSIDA*, <http://aidsinfo.nih.gov/drugs/>

Investigación y prueba de vacunas para el SIDA

*Esta información fue elaborada por IAVI, la Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA (www.iavi.org).
Le agradecemos la autorización para imprimir nuevamente este material.*

Preguntas y respuestas sobre la vacuna contra el SIDA

El mundo enfrenta una de las más grandes amenazas de salud pública en seis siglos: VIH/SIDA. Los científicos y especialistas en salud pública creen que se puede poner fin a la epidemia mundial sólo mediante la combinación de la prevención, el tratamiento y la atención además del amplio acceso mundial a la vacuna de prevención.

¿Qué es una vacuna?

Una vacuna es una sustancia que le enseña al cuerpo a reconocer y defenderse contra los organismos que provocan una enfermedad. Una vacuna produce una respuesta del sistema inmunológico, el sistema de defensa del cuerpo que lo prepara para luchar y que deja una memoria de cómo combatir en caso de la exposición a una infección específica. Una vacuna no cura sino que previene una infección o atrasa el progreso de una enfermedad en el caso de ocurrir una infección.

¿Por qué son importantes las vacunas?

La prevención de enfermedades a través de la inmunización no es un concepto nuevo, las vacunas han existido durante cientos de años. La primera vacuna moderna para prevenir la viruela fue desarrollada por Edward Jenner en 1796. A excepción del agua potable, ninguna otra intervención en la salud humana ha tenido el impacto de reducir las enfermedades infecciosas como lo han hecho las vacunas. Cada año, las vacunas previenen hasta 3 millones de muertes y evitan la incapacidad de 750.000 niños. Gracias a la vacuna, la viruela, que una vez causó la muerte de aproximadamente un millón de personas al año únicamente en Europa, fue erradicada mundialmente. La polio está próxima a ser eliminada también gracias a la vacuna. Otras vacunas (incluidas aquellas para la rabia, el tétano, el sarampión, las paperas y la hepatitis A y B), cuando se usan como parte de una campaña de vacunación nacional, salvan millones de vidas y millones de dólares en gastos de atención de salud. Se ha documentado a la vacunación como uno de los medios más económicos en la mejora de la salud pública.

¿Son las vacunas 100% efectivas en la prevención de la enfermedad?

Ninguna vacuna es 100% efectiva. En realidad, la mayoría de las vacunas protegen entre un 70% y un 95% de los vacunados contra la enfermedad blanco. Este es el concepto de eficiencia parcial. Si un segmento significativo de la población recibe la vacuna, ésta no tiene que ser 100% efectiva para producir un gran impacto en la salud pública de esa comunidad. Los programas exitosos de vacunación masiva crean la denominada inmunidad colectiva. Si se inmuniza a la suficiente cantidad de personas con una vacuna eficaz, estadísticamente existen menos oportunidades de que se transmita una enfermedad infecciosa; de esta manera, disminuye el riesgo de infección para aquellos que no se vacunaron y para quienes no les hizo efecto la vacuna. Algunos modelos estadísticos sobre la propagación del VIH han sugerido que una vacuna para el SIDA con solo un 30% de eficacia puede ser beneficioso en ciertas circunstancias.

¿Cuál es la diferencia entre una vacuna preventiva y una vacuna terapéutica para el SIDA?

En el lenguaje común, "vacuna" se refiere normalmente a una vacuna preventiva. Una vacuna preventiva está destinada a aquellas personas que no están infectadas con el patógeno blanco, por ejemplo, el VIH. La vacuna impide una infección en el caso de que la persona se exponga al virus, y si ocurre la infección, aminora el progreso de la enfermedad. Una vacuna terapéutica estaría destinada a reducir el impacto del VIH/SIDA en las personas ya infectadas con el virus.

¿Por qué es necesaria una vacuna para prevenir el VIH/SIDA?

Los datos provenientes de los países con prevención constante del VIH/SIDA o los programas de tratamiento y atención demuestran que estas iniciativas solas no son suficientes para poner fin a la epidemia mundial. La historia demuestra que con las grandes epidemias de enfermedades infecciosas, como la de viruela y de polio, únicamente los programas de inmunización masiva con una vacuna efectiva pueden ponerle fin. Los medicamentos de la actualidad contra el VIH/SIDA, denominados tratamientos antirretrovirales, no curan. Estos son sumamente costosos, en parte porque deben ser administrados todos los días de por vida. Una vacuna debe ser considerada como parte de una amplia respuesta al VIH/SIDA. A fin de controlar o detener la epidemia mundial, deben implementarse soluciones tanto a corto como a largo plazo. Las soluciones a corto plazo incluyen campañas de incremento gradual de la prevención tales como educar sobre relaciones sexuales más seguras, posibilitar el acceso y la seguridad de la circuncisión masculina, asegurar el tratamiento a las millones de personas ya infectadas y mitigar los impactos socioeconómicos de la epidemia. Las soluciones a largo plazo dependen del desarrollo de métodos nuevos de prevención incluida una vacuna preventiva para el SIDA. Como enfatiza el Banco Mundial, invertir en las intervenciones de costo efectivo que eviten la transmisión de enfermedades contagiosas, especialmente en vacunas, es uno de los mejores usos de los escasos fondos públicos.

¿De qué manera surtiría efecto una vacuna para el SIDA?

Una vacuna efectiva para el SIDA le enseñaría al cuerpo a reorganizar el VIH que causa el SIDA y provocaría una respuesta inmune que defendería el organismo contra el virus (en caso de que ingrese). La información sobre cómo destruir al virus se convertiría en parte de la memoria del sistema inmunológico el que estaría preparado para combatirlo cada vez que se encuentre con él.

¿Por qué los científicos creen que una vacuna preventiva para el SIDA es posible?

Los investigadores saben que los sistemas inmunológicos de algunas personas tienen una habilidad natural para prevenir la infección con VIH. En otras personas, el sistema inmunológico parece controlar el progreso de la enfermedad. Las vacunas experimentales contra el virus de inmunodeficiencia en los simios (SIV, por sus siglas en inglés), un primo cercano del VIH que infecta a los monos, ha demostrado que previene el SIDA. Algunas personas infectadas con el VIH producen anticuerpos que son capaces de neutralizar la mayoría de las cepas del VIH que circulan hoy en el mundo. Estos anticuerpos, inyectados en los primates no humanos, funcionan como una vacuna efectiva. Simultáneamente, estos descubrimientos sostienen el potencial científico para una vacuna que evite el SIDA en humanos. Actualmente existen más de dos docenas de vacunas potenciales en pruebas clínicas en humanos y otras tantas se encuentran en las etapas preliminares de estudio.

¿Por qué no se dispone en la actualidad de una vacuna para el SIDA?

Desarrollar una vacuna nunca es fácil, llevó 47 años desde el descubrimiento del virus de la polio hasta el desarrollo de la vacuna. Se tardó 34 años para la vacuna contra la varicela. La vacuna para el rotavirus, que produce la enfermedad diarreica, tardó 25 años en desarrollarse. El VIH se descubrió en 1983 y hemos tenido realizado un esfuerzo considerable para obtener la vacuna contra el SIDA sólo durante una década. Hasta la fecha, sólo dos vacunas experimentales para el SIDA han completado las pruebas de eficacia. Desarrollar una vacuna para prevenir el VIH/SIDA es realmente un desafío importante ya que el VIH es uno de los virus más complicados que jamás se hayan identificado. El VIH se focaliza y destruye el mismo sistema inmunológico que una vacuna tradicionalmente impulsa. Y la inestabilidad genética del VIH es intimidante: millones de virus se producen constantemente y sus índices de mutación son impresionantes. El sistema inmunológico se presenta con una corriente interminable de nuevas formas del virus imposibles de reconocer y controlar.

Existen otros desafíos científicos para el desarrollo de la vacuna contra el SIDA que incluyen la falta de un modelo completamente adecuado para la experimentación preliminar de las candidatas en animales. También existen interrogantes acerca de cuál será el método más efectivo o la combinación de métodos para activar una respuesta inmunológica al VIH celular, humoral o de las mucosas. Y finalmente, aún no se conoce si una vacuna universal y única puede crear inmunología contra los diferentes subtipos o clados del virus del VIH; o si debe desarrollarse una vacuna diferente contra cada clado.

Para los inventores de vacunas del sector privado, el mayor impedimento para la inversión de capital en la investigación de la vacuna contra el SIDA es el hecho de que los principales mercados serían los países más pobres del mundo (los que menos posibilidad tienen de contar con los recursos para asegurar un rendimiento de la inversión).

¿Podría una vacuna para el SIDA provocar el SIDA?

En la actualidad, las vacunas que previenen el SIDA en las pruebas con seres humanos no contienen virus vivos que pudieran dar como resultado la infección con VIH y, por lo tanto, no pueden provocar el SIDA. Las vacunas candidatas contienen sólo partículas inocuas o copias de partículas del virus del VIH, suficientes como para activar el sistema inmunológico del cuerpo pero no para causar la enfermedad. Son conocidas como vacunas de recombinación que usan componentes genéticamente modificados del VIH. Estas vacunas son como un automóvil pero sin motor. Se las reconoce como un automóvil pero no se puede conducir.

¿De qué manera se prueba una vacuna contra el SIDA?

Las vacunas y otros productos farmacéuticos son probados en etapas, cada una de las cuales demora una cierta cantidad de años. Al trabajo inicial de laboratorio, fijar un concepto científico o una plataforma para la investigación, le siguen los estudios con animales para establecer total seguridad. Sólo entonces pueden tener lugar los ensayos clínicos con seres humanos. Durante las pruebas con seres humanos, la vacuna candidata se prueba en voluntarios para continuar evaluando su seguridad y efectividad.

Hay tres etapas o fases de pruebas clínicas en seres humanos. Para una vacuna contra el SIDA, específicamente, la Fase I incluye una cantidad relativamente pequeña de voluntarios adultos, saludables y no infectados con VIH con bajo riesgo de infección de VIH. Fase I prueba la seguridad. La fase II incluye aproximadamente entre 200 y 500 personas adultas voluntarias, saludables y no infectadas con VIH, algunas de las cuales tienen un mayor riesgo de infección con VIH. La fase II prueba la seguridad, una respuesta del sistema inmunológico, como así también la información anticipada sobre la dosis y la ruta requerida de la administración de la vacuna. Las pruebas de la Fase III incluyen varios miles de personas adultas voluntarias con alto riesgo de infección con VIH para evaluar la eficacia de la vacuna en la prevención de la infección del VIH y del SIDA.

¿Qué involucra el hecho de obtener la aprobación para llevar a cabo una prueba para la vacuna?

Para obtener la autorización para estudiar una vacuna candidata en humanos, se deben presentar una gran cantidad de datos preclínicos y de fabricación para que las agencias reguladoras nacionales pertinentes los revisen. En los Estados Unidos, por ejemplo, la Administración de Drogas y Alimentos debe revisar y autorizar cada petición para un nuevo fármaco en investigación (IND, por su sigla en inglés). Cada institución o centro de prueba participante también debe obtener la autorización del estudio expedida por el consejo de revisión institucional o por el comité de ética. Según el país, el proceso de revisión puede llevar varios meses o más. Frecuentemente, el inventor de la vacuna necesita suministrar información adicional o revisar las secciones del protocolo de prueba propuesto.

¿Quién participa en las pruebas de vacunas contra el SIDA?

Pueden participar personas adultas voluntarias que reúnan los criterios de salud y de riesgo delineados en el protocolo de prueba y que otorguen su consentimiento informado.

¿Cómo son protegidos los derechos de los voluntarios en una prueba de la vacuna contra el SIDA?

Existen pautas internacionales establecidas para el tratamiento ético de todos los voluntarios que participan en las pruebas farmacéuticas y de vacunas. Estas pautas están consolidadas por un sistema independiente de revisión sobre una base nacional y de lugar de prueba. Todos los potenciales voluntarios deben ser asesorados acerca del consentimiento informado, un acuerdo escrito para participar en una prueba en base al total entendimiento del voluntario de toda la información pertinente. Los patrocinadores de las pruebas clínicas deben demostrar que emplearán únicamente personal altamente competente y capacitado, y que seguirán todos los pasos necesarios para incrementar al máximo la confidencialidad de los voluntarios. Durante el transcurso de la prueba, los voluntarios para la vacuna del SIDA reciben amplio asesoramiento sobre cómo reducir el riesgo de exponerse al VIH como así también sobre cómo acceder a los métodos de prevención tales como los condones. Un voluntario puede decidir abandonar el estudio en cualquier momento sin una explicación.

¿Todos los voluntarios de la prueba reciben la vacuna candidata?

Normalmente, no. A fin de probar la efectividad de la vacuna candidata, la mayoría de las pruebas están ideadas para incluir un grupo de control. Los voluntarios del grupo de control reciben un placebo, sustancia muy similar a la vacuna pero que es inactiva. La asignación al grupo de la vacuna o del placebo se realiza de manera aleatoria y ni los voluntarios ni los investigadores saben a quién se le ha dado el placebo o la vacuna hasta que finaliza la prueba, esto se conoce como estudio ciego. El estudio ciego se realiza para minimizar las posibilidades de que los voluntarios alteren sus comportamientos debido a que han recibido la vacuna, por ejemplo, o a que los investigadores hagan suposiciones acerca de cómo evolucionan los voluntarios en base a si recibieron la vacuna o el placebo.

¿Qué tipo de efectos secundarios podrían presentarse en los voluntarios de la prueba de la vacuna contra el SIDA?

Algunos voluntarios pueden sentir dolor, sensibilidad, inflamación o enrojecimiento en el lugar de la inyección, o síntomas similares a una gripe moderada tales como dolor de cabeza o fiebre. Otros, posiblemente no experimenten ningún efecto colateral. Las pruebas de la vacuna son monitoreadas cuidadosamente para garantizar la seguridad de los participantes.

Recursos adicionales

Coalición en defensa de la vacuna contra el SIDA, <http://www.avac.org/index.htm>

Alianza Internacional para las Vacunas y la Inmunización, <http://www.gavialliance.org>

Iniciativa Internacional para la vacuna contra el VIH, <http://www.hivvaccineenterprise.org>

Organización Mundial de la Salud. *OMS – Iniciativa de ONUSIDA para la Vacuna contra el VIH*, http://www.who.int/vaccine_research/diseases/hiv/en/

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *AIDSinfo Vacunas*, <http://www.aidsinfo.nih.gov/Vaccines/Default.aspx?MenuItem=Vaccines>

Objetivos globales y compromisos financieros

La epidemia de VIH/SIDA necesita una importante financiación para desarrollar y mantener los programas de prevención, atención y apoyo, tratamiento e investigación. La financiación debe ser provista por todos los sectores, incluso las organizaciones donantes, el sector privado y los gobiernos de los países que han sido afectados por el VIH/SIDA. Ha habido una serie de compromisos internacionales relacionados con el VIH/SIDA que reconocen que la magnitud de la epidemia VIH/SIDA requiere una asociación mundial para integrar los esfuerzos en todos los niveles. Esta sección proporciona un breve panorama de estos importantes compromisos y trata el tema de los sectores clave que aportan recursos financieros para combatir el VIH/SIDA.

Objetivos globales

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó dos documentos fundamentales que establecen objetivos importantes en la lucha mundial contra el VIH/SIDA. En 2000, los miembros adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG, por su sigla en inglés). Si bien no apuntan específicamente al VIH/SIDA, los MDG apelan a ponerle fin a la propagación del SIDA para 2015. En 2001, los países que participaron de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, por su sigla en inglés), la primera sesión de este tipo dedicada al VIH, adoptaron el plan de acción de la "Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA" (DoC, por su sigla en inglés). La Organización de las Naciones Unidas describe la DoC como un importante documento que "identifica objetivos y metas de acuerdo con leyes y principios de derechos humanos en cuatro áreas: prevención de infecciones nuevas, provisión de atención, apoyo y tratamiento mejorados para los infectados y afectados por VIH/SIDA, reducción de la vulnerabilidad y mitigación del impacto social y económico del VIH/SIDA". Existen numerosos objetivos en la Declaración, como reducir el porcentaje de jóvenes que son VIH-positivos en 25% y reducir el porcentaje de recién nacidos VIH-positivos en 50% para 2010. En 2006, el Secretario General Kofi Annan informó de un progreso desigual en lograr los objetivos de la UNGASS. ONUSIDA está revisando los informes de progreso del país y planea emitir una actualización de ONUSIDA en 2008. (Visite www.unaids.org para obtener una actualización sobre este tema).

En 2003, ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud fijaron el ambicioso objetivo de proporcionar acceso al tratamiento a 3 millones de personas en los países en vías de desarrollo para el año 2005. Si bien desde ese momento, el acceso al tratamiento experimentó un significativo aumento en todo el mundo, la Iniciativa 3x5 no alcanzó este objetivo. En reconocimiento de ello y en un esfuerzo por lograr los Objetivos de desarrollo del milenio, se estableció un programa más ambicioso. En 2005, en la Cumbre del Grupo de los Ocho y, más tarde, en la Cumbre Mundial de la Asamblea General de la ONU, se hizo un llamado a "poner en marcha un paquete para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH con el fin de llegar lo más cerca posible del objetivo del acceso universal al tratamiento para 2010 para todos los que lo necesiten".

Financiar la respuesta

A lo largo de la década pasada, la financiación para el VIH/SIDA se incrementó significativamente. Aún así, garantizar el dinero necesario para alcanzar los objetivos descritos más arriba resultó ser uno de los más grandes desafíos del mundo. Los países más afectados suelen contar con la menor cantidad de recursos. En consecuencia, el papel de la ayuda de los donantes internacionales en los países de bajos y medianos ingresos es crítico. El análisis llevado a cabo por ONUSIDA y algunos otros indica la existencia de una brecha significativa entre los recursos necesarios y la financiación disponible. Se ha proyectado un aumento en las necesidades de financiación para lograr el acceso universal con el tiempo. ONUSIDA calcula que el costo para alcanzar el acceso universal alcanzaría US\$30.000 millones de dólares en 2009 y US\$ 42.000 millones de dólares para 2010. Los recursos financieros actuales disponibles tendrían que cuadruplicarse con respecto para alcanzar estas metas. De lo contrario, permanecerá la brecha entre los que se provee y lo que se necesita.

La financiación para el VIH/SIDA en países de bajos y medianos ingresos proviene de cuatro grandes corrientes de financiación, que se describen a continuación:

Gobiernos donantes: Los gobiernos donantes proporcionan la asistencia para el desarrollo de prácticamente todo el mundo en lo concerniente al VIH/SIDA. Los fondos son otorgados directamente por un gobierno a un país a través de su gobierno, una organización no gubernamental (ONG) u otra entidad. El gobierno donante también puede colaborar con organizaciones multilaterales. La mayor parte de la asistencia de los gobiernos donantes proviene del G8: Canadá, Francia, Alemania, Italia, Japón, Rusia, el Reino Unido y los Estados Unidos. Los Estados Unidos aporta la suma más importante en comparación con el resto de los donantes. Otros gobiernos donantes, fuera del G8, que aportan sumas significativas son los Países Bajos y Suecia.

Organizaciones multilaterales: Las organizaciones multilaterales aportan importantes recursos para la lucha contra el VIH/SIDA. Su financiación proviene, principalmente, de los gobiernos, también reciben fondos de organizaciones privadas y de individuos. Las principales organizaciones multilaterales en la lucha contra el VIH/SIDA son: el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, que fue creado en 2001 y es una asociación independiente, pública y privada; el Banco Mundial, que ha estado apoyando los esfuerzos de la lucha contra el SIDA desde 1986, incluso a través de su Programa Multinacional de Lucha contra el SIDA (MAP, por su sigla en inglés) para África y el Caribe; y numerosas entidades que pertenecen a la Organización de las Naciones Unidas, cuyas actividades son coordinadas por ONUSIDA.

Sector privado: El sector privado incluye fundaciones, corporaciones, ONG internacionales y personas individuales. En conjunto representan una importante corriente de financiación para la lucha contra el VIH/SIDA y suelen participar conduciendo estrategias nuevas e innovadoras, equilibrando las estrategias existentes y desarrollando asociaciones dentro del sector privado. El apoyo también puede llegar en forma de artículos no monetarios como, reducciones en los precios de los medicamentos para el SIDA y apoyo en especie.

Recursos locales: El gasto de los gobiernos y de las personas en los países afectados representa una parte significativa de la respuesta hacia el VIH/SIDA. El alcance del apoyo brindado por los gobiernos locales varía en gran medida y depende del ingreso, la deuda, la disponibilidad de recursos externos y del compromiso político. Además del apoyo del gobierno local, los hogares y las personas de los países afectados suelen cargar con parte, si bien no es mucho, de la carga financiera.

Referencias y recursos adicionales

ONUSIDA. *Hacia el acceso universal*, <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/TowardsUniversalAccess/default.asp>

ONUSIDA. *Informe sobre la situación de la epidemia de sida* (2007), <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>

ONUSIDA. *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf

ONUSIDA. *Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH. Hacia el acceso universal*, http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf

ONUSIDA. *Seguimiento de recursos y proyecciones*, <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Tracking/>

Fundación Kaiser Family. *International Assistance for HIV/AIDS and Global Health in the Developing World*, <http://www.kff.org/hivaids/internationalfinancing.cfm>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Objetivos de desarrollo del Milenio*, <http://www.un.org/millenniumgoals/>

Banco Mundial. *Approved and Active HIV/AIDS Projects and Disbursements as of January 4, 2008*, <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/WorldBankHIVAIDSLendingandDisbursement04Jan08.xls>

Referencias y recursos adicionales (continuado)

Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria *Compromisos y Contribuciones de donantes*, <http://www.theglobalfund.org/en/files/pledges&contributions.xls>

Organización de las Naciones Unidas. *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA adoptada por la Asamblea General* (2001), <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>

Organización de las Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. *UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, (June 2001), <http://www2.ohchr.org/english/issues/hiv/ungass.htm>

Personalidades clave

La lista que se presenta a continuación busca mostrar la profundidad y el alcance de algunas de las personas clave relacionadas con la epidemia VIH/SIDA y sus campos de competencia. Éstas son personas de todo el mundo relacionadas con los aspectos médicos, sociales, políticos, económicos y culturales de la crisis. Algunas estuvieron presentes al comienzo y otras han dejado su marca más recientemente; algunas son referentes y contactos actuales, mientras que otras tienen un significado histórico en la comprensión de la epidemia. Siempre que fue posible, hemos incluido enlaces de sitios web que le permitirán obtener más información sobre cada persona y las organizaciones con las que están relacionadas.

Las listas de este tipo invariablemente dejan a algunos lectores con sensación de frustración. Ésta en particular no busca ser exhaustiva y no incluye a muchas de las personas comprometidas con el VIH/SIDA, sólo a algunas de las personas más distinguidas. Creemos, sin embargo, que las descriptas a continuación le ofrecerán un buen panorama de muchos que han marcado una diferencia.

Adurrazack (Zackie) Achmat

Achmat es un destacado activista sudafricano que dirigió campañas para poner fin al apartheid, combatir la discriminación contra homosexuales hombres y mujeres, y garantizar el acceso de los sudafricanos que viven con SIDA a los medicamentos. Es cofundador y preside la Campaña de Acción por el Tratamiento (TAC, por su sigla en inglés), que es una influyente fuerza en la lucha para la ampliación del acceso al tratamiento para las personas que viven con VIH/SIDA. Durante un tiempo, Achmat, que es VIH-positivo, se rehusó a tomar ARV hasta que el gobierno prometiera poner los medicamentos a disposición y al alcance de todos los necesitados.

www.tac.org.za

George Alleyne

Sir George Alleyne ha prestado servicios como Enviado Especial de la Organización de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA en el Caribe desde 2003. Ese mismo año, la Comunidad del Caribe (CARICOM, por su sigla en inglés) lo nombró Director de una comisión nueva para estudiar los problemas de salud que afrontaba la región, como el VIH/SIDA, y sus efectos sobre las economías nacionales. Sir George trabajó muchos años con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y se retiró como Director en 2003.

www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Leadership/SpecialEnvoys

www.caricom.org

Kofi Annan

Annan se desempeñó como Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas entre 1997 y 2006. Durante su mandato, Annan abogó por una mayor atención mundial al VIH/SIDA y describió la epidemia como su "prioridad personal". En 2001, Annan convocó a la primera Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre VIH/SIDA. También publicó un "Llamado a la Acción" de cinco puntos, que llevó a la creación del Fondo Mundial contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. En 2001, Annan recibió el Premio Nobel de la Paz.

www.un.org

Bono

Bono, líder de la banda de rock irlandesa U2, ha explotado su fama para llamar la atención de los políticos hacia las crisis del VIH/SIDA y los países africanos sumidos en la pobreza. En 2002, cofundó DATA, siglas de Debt, AIDS, Trade, Africa (Deuda, SIDA, Comercio, África). A través de DATA, Bono presiona a los gobiernos ricos para que aumenten los recursos que se envían al África y que condonen las deudas, para que el dinero pueda ser destinado a la lucha contra el SIDA y otras crisis sociales. En 2006, Bono creó (RED), para que el poder de los consumidores participe en la lucha contra el SIDA. Un porcentaje de las ganancias de la venta de productos (RED) se destina al Fondo Mundial.

www.data.org

www.joinred.com

Pedro Cahn

El Dr. Cahn, Doctor en Medicina, es Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Juan A. Fernández y Profesor Adjunto de Enfermedades Infecciosas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, donde recibió su formación médica. En 1989, el Dr. Cahn fundó la Fundación Huesped, una de las ONG dedicadas al VIH/SIDA más prestigiosas de Argentina, que hoy lo tiene como Director. Es copresidente de conferencia de la Conferencia Internacional de SIDA en la Ciudad de México en 2008 y es el actual presidente de la Sociedad Internacional de SIDA.

www.huesped.org.ar

Pedro Chequer

El Dr. Chequer es coordinador del programa de Naciones Unidas contra el SIDA en Brasil. Fue el cofundador y, por muchos años presidió, el Programa Nacional de SIDA de Brasil, en el que supervisaba la implementación de la política brasileña de acceso universal al tratamiento y la prevención.

www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/brazil.asp

William J. Clinton

Clinton cumplió dos mandatos como presidente de los Estados Unidos desde 1992 hasta 2000. En 2003, Clinton anunció la creación de la Iniciativa Contra el VIH/SIDA de la Fundación Clinton (CHAI, por su sigla en inglés) para ampliar el acceso a medicamentos vitales y ayudar a los países en vías de desarrollo a sistematizar su acercamiento al tratamiento del VIH/SIDA. Uno de los primeros y más importantes resultados de la Iniciativa fue convencer a cinco compañías de medicamentos genéricos de que disminuyeran marcadamente el costo de los medicamentos antirretrovirales más usados. En 2002, en la Conferencia Internacional de SIDA en Barcelona, el Sr. Clinton dijo: "Todavía hay personas que ven al SIDA como a algo que sólo afecta a personas diferentes. Todos conocemos a las víctimas".

www.clintonfoundation.org

www.clintonpresidentialcenter.org

Jerry Coovadia

El Dr. Coovadia es Profesor Víctor Daitz de Investigación sobre VIH/SIDA y Director (Biomédico) del Centro de Trabajo en Red sobre VIH/SIDA en la Facultad de Medicina Nelson Mandela de la Universidad de Natal, en Durban, Sudáfrica. En 2000, presidió la Conferencia Internacional de SIDA en Durban, Sudáfrica. El Dr. Coovadia trabajó exhaustivamente en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo durante la lactancia. Durante una conferencia pública sobre salud que se llevó a cabo en 2004, advirtió: "Tenemos que rediseñar los gobiernos para que respondan a las necesidades de las personas y a la agenda de salud pública.

www.hivan.org.za

Kevin De Cock

El Dr. De Cock es el director del Departamento de VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud. Anteriormente, se desempeñó como Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE. UU. en Kenia. En su puesto actual, el Dr. De Cock supervisa todo el trabajo de la OMS relacionado con el VIH/SIDA, principalmente las iniciativas que buscan ayudar a los países en desarrollo a ampliar sus programas de tratamiento, prevención, cuidado y apoyo.

www.who.int/hiv

Mark Dybul

El Dr. Dybul fue nombrado Coordinador Mundial de SIDA en los EE.UU., que lleva el rango de Embajador, por el Presidente Bush en 2006. Como Coordinador Mundial del SIDA, tiene a su cargo la supervisión y la implementación del Plan de Emergencia del Presidente para la Mitigación del SIDA (PEPFAR, por su sigla en inglés). El Dr. Dybul también cuenta con una larga carrera como investigador y médico clínico en el campo del VIH, centrado en el desarrollo de protocolos estadounidenses e internacionales para el tratamiento del VIH. Continúa prestando servicios como personal clínico del Laboratorio de Inmunorregulación en los Institutos Nacionales de Salud y como investigador principal en estudios clínicos y de investigación básica.

www.pepfar.gov

Wafaa El-Sadr

El Dr. El-Sadr es el Director del Centro Internacional para la Atención del SIDA y Programas de Tratamiento (ICAP, por su sigla en inglés), una iniciativa que se lleva a cabo a través del Facultad de Salud Pública Mailman, en la Universidad de Columbia. El ICAP coordina distintas iniciativas para combatir la epidemia del VIH/SIDA en ambientes empobrecidos. El Dr. El-Sadr también es Director fundador del Centro de Investigación Epidemiológica de Enfermedades Infecciosas (CIDER, por su sigla en inglés) y profesor de Medicina Clínica y Epidemiología de la Mailman School. El Dr. El-Sadr es Jefe de la División de Enfermedades Infecciosas del Harlem Hospital Center.

www.mailman.hs.columbia.edu

www.columbia-icap.org

Max Essex

El Dr. Essex es presidente de la Iniciativa del SIDA de la Facultad de Salud Pública de Harvard y Profesor (galardonado con el premio Mary Woodard Lasker) de Ciencias de la Salud en la Facultad de Salud Pública de Harvard. Estuvo entre los primeros investigadores en describir los mecanismos de transmisión del VIH y fijó una particular atención sobre los peligros de las transfusiones de sangre contaminada. Su última investigación sobre identidad molecular y las variaciones genéticas del virus fue fundamental para el desarrollo de las pruebas de diagnóstico del VIH y la investigación de vacunas. En 1985, el Dr. Essex y sus colegas establecieron un centro de investigación y capacitación sobre SIDA en Dakar, Senegal.

www.aids.harvard.edu

Paul Farmer

El Dr. Farmer es Profesor Presley y codirector del Programa de Enfermedades Infecciosas y Cambio Social del Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de Harvard; jefe de la División de Medicina Social y Desigualdades en Salud en el Brigham and Women's Hospital de Boston, Massachusetts; y cofundador de Partners In Health, una organización internacional que ofrece servicios de cuidados de la salud gratuitos y directos, y realiza investigación y actividades de defensa en representación de las personas enfermas que viven en la pobreza. Es reconocido por ayudar a crear innovadores enfoques basados en la comunidad para tratar el VIH/SIDA y la TBC en entornos de escasos recursos, particularmente en Haití.

www.pih.org

Anthony Fauci

El Dr. Fauci es uno de los funcionarios que por más tiempo ha prestado servicios al gobierno de los EE. UU. ayudando a supervisar la investigación sobre VIH/SIDA y uno de los primeros científicos en comenzar a estudiar el VIH. En 1984, comenzó a trabajar como Director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Salud, que realiza vastas investigaciones para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades infecciosas, incluso el VIH/SIDA. Presta servicios como uno de los asesores clave de la Casa Blanca y del Departamento de Salud y Servicios Humanos en temas relacionados con el SIDA en el mundo. El Dr. Fauci realizó numerosas contribuciones a la investigación básica y clínica en el campo de las enfermedades inmunomediadas.

www.niaid.nih.gov

Peter Figueroa

El Dr. Figueroa es el Jefe de Epidemiología y VIH/SIDA, programa nacional de VIH/ETS en Jamaica. Es líder en cuidados, prácticas y tratamiento del VIH/SIDA y está dedicado a lograr que el cuidado del VIH/SIDA esté disponible para todos. También se desempeña en el Comité Ejecutivo como Vicepresidente del Comité Nacional de SIDA en Jamaica.

www.moh.gov.jm
www.nacjamaica.com

Raoul Fransén

Fransén, de los Países Bajos, ha participado de una amplia gama de programas para mantener a jóvenes con VIH/SIDA desde que fue diagnosticado con VIH a los 15 años. Es cofundador de Young Positives (Fundación de jóvenes positivos), una red internacional de jóvenes que viven con VIH/SIDA. Fransén es ahora asesor de políticas en la International Civil Society Support (Sociedad Civil de Apoyo Internacional) y coordina el Proceso de Mesa Redonda sobre tratamiento de VIH.

www.icssupport.org/index.html

Robert Gallo

El Dr. Gallo es Director del Instituto de Virología Humana y de la División de Ciencias Básicas en el Instituto de Biotecnología de la Universidad de Maryland. A comienzos de la década de 1980 descubrió el virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA, una distinción que comparte con Luc Montagnier de Francia, quien también identificó el mismo virus. La investigación realizada por el Dr. Gallo y su equipo también llevó al desarrollo del examen de sangre del VIH. Por un tiempo, hubo una gran controversia acerca de si el Dr. Gallo había robado el virus al Dr. Montagnier. Finalmente, las autoridades de salud de los EE. UU. y de Francia acordaron que ambos debían 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 mundial de la vacuna contra el VIH/SIDA.

www.umbi.umd.edu

Bill y Melinda Gates

Bill y Melinda Gates crearon la Fundación Bill y Melinda Gates en 2000 guiados por la "creencia que cada vida tiene igual valor". La Fundación ha destinado miles de millones de dólares para la mejora de la salud en general en todo el mundo, específicamente en los campos del VIH/SIDA y la TBC, las enfermedades infecciosas, la salud reproductiva y la salud de los niños. Está dedicada a frenar la propagación del VIH por el mundo y apoyar el desarrollo de vacunas y otras herramientas, así como estrategias con la capacidad de prevenir decenas de millones de infecciones y muertes. La Fundación Gates también financia iniciativas integrales que incluyen la prevención y el tratamiento. Actualmente apoya el trabajo en más de cien países.

www.gatesfoundation.org

Helene Gayle

La Dra. Gayle es la presidenta y CEO de CARE, una organización humanitaria que lucha contra la pobreza en el mundo. Antes de unirse a CARE, la Dra. Gayle dirigió el Programa de VIH, TBC y Salud Reproductiva de la Fundación Bill y Melinda Gates. Se desempeñó como presidenta de la Sociedad Internacional de SIDA y es co-presidenta del Grupo de Trabajo Global para la Prevención del VIH, un panel internacional de expertos en VIH/SIDA convocados por las fundaciones Gates y Kaiser Family. Previamente, la Dra. Gayle trabajó como Directora del Centro Nacional para la Prevención del VIH, ETS y TBC en los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE. UU.

www.care.org
www.gatesfoundation.org

Elizabeth Glaser

Glaser fue co-fundadora y directora de la Fundación Pediátrica de SIDA hasta su muerte en 1994. Glaser se convirtió en activista luego de enterarse de que había recibido una transfusión de sangre infectada en 1981 y de 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 en VIH/SIDA, 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 los 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 estadounidense, activista del SIDA, que presta servicios en el Directorio del Instituto Black AIDS. Desde 1998, ejerce como Embajador de la Buena Voluntad para el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas. En cumplimiento de esa función, ha pasado tiempo en África y en el Caribe, focalizando su atención en personas jóvenes con VIH/SIDA. Glover también apoya el Foro TransÁfrica, una organización con base en los EE. UU. que se ocupa del SIDA y de otros temas que afectan al África.

www.undp.org
www.blackaids.org

Geeta Rao Gupta

La Dra. Rao Gupta es presidenta del Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer (ICRW, por su sigla en inglés), una organización con sede en Washington, D.C., que realiza actividades relacionadas con la investigación, la asistencia técnica y la defensa orientadas a las políticas. La organización se focaliza en el papel económico de las mujeres, la salud y la nutrición, el ambiente y los recursos naturales, la salud sexual adolescente y los derechos de las mujeres. La Dra. Rao Gupta tiene más de 20 años de experiencia en investigación y desarrollo de programas, particularmente en el área de la salud de la mujer y es especialista internacional en la mujer y el VIH/SIDA.

www.icrw.org

Yusuf Hamied

El Dr. Hamied es Presidente y Director Administrativo de Cipla, una empresa farmacéutica india. En 2001, Cipla anunció sus planes de vender terapias de combinación genéricas para el SIDA a precios muy reducidos, lo que desencadenó la crítica generalizada de otras empresas farmacéuticas. Las terapias de combinación consisten en múltiples medicamentos antirretrovirales combinados en una única píldora. El Dr. Hamied anunció que Cipla vendería estos medicamentos a aproximadamente US\$ 350 dólares por paciente, por año, frente al precio anterior de más de US\$ 10.000 dólares por paciente, por año.

www.cipla.com

David Ho

El Dr. Ho es el CEO del Centro de Investigación en SIDA Aaron Diamond (ADARC, por su sigla en inglés) de la Ciudad de Nueva York y fue nombrado “Hombre del año” por la revista *Time* 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 posterior investigación en VIH/SIDA llevó al desarrollo de “cócteles para el SIDA”, que consiste en combinaciones de terapias antirretrovirales. El trabajo del Dr. Ho incluye la iniciativa SIDA China, que es coordinada por el ADARC y apunta a un trabajo en equipo para reducir el impacto del VIH/SIDA en China.

www.adarc.org

www.chinaaidsinitiative.org

Earvin “Magic” Johnson

Johnson, la antigua estrella del básquetbol estadounidense, anunció en 1991 que era VIH-positivo. Desde entonces, ha estado involucrado en incrementar la conciencia sobre la prevención y prácticas de sexo seguro. Johnson ocupa el puesto de presidente de la Fundación Magic Johnson (MJF, por su sigla en inglés), que respalda a organizaciones que ofrecen educación sobre la prevención del VIH/SIDA y el cuidado de la salud para la comunidad negra y otras minorías. En 2006, MJF y Abbott, la empresa farmacéutica, creó la campaña “I Stand with Magic” (Yo respaldo a Magic), cuyo objetivo es movilizar a estas comunidades en torno a la educación y la prevención.

www.magicjohnson.org

www.istandwithmagic.com

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 con el SIDA en 2001, cuando sólo tenía 13 años. Un año antes, Nkosi habló en la Conferencia Internacional de SIDA en Durban y le dijo a la audiencia mundial: “Cuídenos y acéptennos, somos todos seres humanos”. Él defendió muchas causas durante su corta vida, como los derechos humanos y el aporte de cuidado y refugio para personas que viven con VIH/SIDA.

www.nkosi.iafrica.com

Milly Katana

Katana es Administradora Senior de la Alianza Internacional del VIH/SIDA la oficina nacional de Uganda. Se le diagnosticó VIH en 1995 e inmediatamente se convirtió en una de las activistas líderes de África. Katana fue la primera persona VIH-positiva en sentarse en el Directorio del Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. También cofundó el Movimiento Panafricano de Acceso al Tratamiento contra el VIH/SIDA, que está dedicado a obtener farmacoterapias para todas las personas necesitadas.

www.gatag.org/pantam.php

www.aidsalliance.org

Michel Kazatchkine

El Dr. Kazatchkine, de Francia, fue nombrado Director Ejecutivo del Fondo Mundial contra el Sida, la tuberculosis y la malaria a comienzos de 2007. Trabajó en el campo del VIH/SIDA durante dos décadas, como médico, investigador, generador de políticas y diplomático. El Dr. Kazatchkine abrió una clínica especializada en VIH/SIDA en París, en 1985 y, desde entonces, se desempeñó en diversos puestos de alto rango, como director de la Agencia Nacional Francesa de Investigación sobre el SIDA y como embajador mundial de VIH/SIDA y enfermedades transmisibles de Francia. El Dr. Kazatchkine ha trabajado en estrecha relación con las organizaciones internacionales en los campos de la salud y el desarrollo, y participó en grupos de asesoramiento para la Organización Mundial de la Salud y varias organizaciones internacionales más. Antes de ser nombrado Director Ejecutivo, ocupó otros puestos de liderazgo en el Fondo Mundial.

www.theglobalfund.org/en/media_center/press/pr_070208.asp

Jim Yong Kim

El Dr. Kim es Profesor Xavier Bagnoud de Salud y Derechos Humanos en la Facultad de Salud Pública de Harvard y Profesor de Medicina y Medicina Social en la Facultad de Medicina de Harvard. También es jefe de la División de Medicina Social y Desigualdades en Salud del Brigham and Women's Hospital de Boston. En su empleo anterior como Director del Departamento de VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud, ayudó a crear la Iniciativa 3x5. El Dr. Kim es cofundador, junto con Paul Farmer, de Partners in Health (Socios en Salud), una organización sin fines de lucro que funciona en muchas de las regiones más pobres del mundo.

www.pih.org

www.brighamandwomens.org/socialmedicine

Allyson Leacock

Leacock, Ph.D, es la Directora Ejecutiva de la Alianza de Medios de Difusión del Caribe para Combatir el VIH/SIDA (CBMP, por su sigla en inglés). La CBMP reúne a más de 60 medios importantes de 24 países en la primera respuesta mediática coordinada ante el VIH/SIDA de la región, y comparte información y recursos entre los medios para expandir significativamente la programación relacionada y las actividades de educación pública en todo el Caribe. Leacock también es miembro del directorio de la Iniciativa Global de los Medios sobre SIDA (GMAI, por su sigla en inglés).

www.cbmphiv.org

www.thegmai.org

Stephen Lewis

Lewis ha estado involucrado en la lucha mundial contra el SIDA y es reconocido especialmente por ser un orador eximio y apasionado. Actualmente es codirector de AIDS-Free World, una organización internacional de apoyo. Lewis trabaja en la Universidad McMaster en Ontario y en la Facultad Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia en Nueva York. Es miembro de los directorios de la Fundación Stephen Lewis y la Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA. Fue Enviado Especial para el SIDA de la ONU en África entre 2001 y 2006.

www.aids-freeworld.org

www.stephenlewisfoundation.org

Graça Machel

Machel es la ex Primera dama y ex Ministra de Educación de Mozambique, y sus actividades mundiales como activista incluyen temas tan variados como el SIDA, la educación y las minas terrestres. Es miembro del Directorio de la Fundación de las Naciones Unidas y Presidenta de la Fundación para el Desarrollo de la Comunidad (FDC, por su sigla en inglés), una organización establecida para aliviar la pobreza en Mozambique. Junto a su actual marido, el ex presidente Nelson Mandela de Sudáfrica, Machel continúa avanzando en el área de los derechos humanos en África a través del desarrollo de la economía y la comunidad.

www.unfoundation.org

www.fdc.org.mz/engl/home.html

Mercy Makhalemele

Makhalemele se convirtió en la primera mujer negra de Sudáfrica en declarar públicamente su estado de ser VIH-positiva y hacer campaña para reducir el estigma asociado con la enfermedad. Es miembro fundadora de la Asociación Nacional de Personas que Viven con VIH/SIDA y de la Campaña de Acción por el Tratamiento de Sudáfrica. En 2004, recibió el Premio Nelson Mandela de la Salud y Derechos Humanos que es entregado por la Fundación Kaiser Family por sus esfuerzos para combatir el estigma y abogar por un mayor acceso al tratamiento, el cuidado y el apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA. Makhalemele también trabaja en el programa nacional de prevención del VIH para jóvenes, loveLife, del Comité Nacional Asesor de Sudáfrica.

www.tac.org.za

www.lovelife.org.za

Nelson Mandela

Mandela se ha convertido en una fuerte voz en la lucha mundial 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 concientizar, 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 la salud pública a prestar más atención a la conexión entre el SIDA y la tuberculosis.

www.46664.com

www.nelsonmandela.org

Jonathan Mann

Mann fue una figura influyente e inspiradora en la lucha global contra el VIH/SIDA. Investigador y luchador por los derechos humanos durante muchos años, 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 dicha función, estableció los derechos humanos como parte central de la estrategia de la OMS en VIH/SIDA y persuadió a ministros de salud de decenas de países a hacer lo mismo. En 1990, fundó Médicos del Mundo-EE. UU. para movilizar al sector de la salud en torno de los problemas de acceso al cuidado y a los derechos humanos.

www.doctorsoftheworld.org

Thabo Mbeki

Mbeki, Presidente de Sudáfrica, ha sido una figura controvertida y polarizante en la lucha contra el VIH/SIDA. En 1999, Mbeki declaró que el VIH por sí solo no puede llevar al SIDA y cuestionó públicamente la efectividad de las terapias antirretrovirales para el VIH. Para 2002, su gobierno se comprometió a intensificar los esfuerzos de prevención y tratamiento. La promesa del presidente Mbeki se basaba en la premisa de que el VIH es el causante del SIDA. En 2005, Mbeki describió el programa de VIH/SIDA de Sudáfrica como “uno de los mejores del mundo”.

www.southafrica.info

www.doh.gov.za/aids

Craig McClure

McClure se convirtió en el Director Ejecutivo de la Sociedad Internacional de SIDA (IAS, por su sigla en inglés) en 2004. La IAS es la asociación independiente líder en el mundo de profesionales del VIH y organiza las Conferencias Internacionales sobre SIDA. McClure ha trabajado en la educación, la defensa y la generación de políticas sobre VIH para diversas organizaciones que incluyen la Organización Mundial de la Salud y la Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA.

www.iasociety.org

Luc Montagnier

En 1983, el Dr. Luc Montagnier, quien trabajaba en el Instituto Pasteur de Francia, descubrió el virus que causa el SIDA, el virus de inmunodeficiencia humana. Comparte esta distinción con el Dr. Robert Gallo de los Estados Unidos. En 1986, el equipo del Dr. Montagnier también identificó el VIH-2, el virus responsable de muchas infecciones de VIH en el África Occidental. El Dr. Montagnier es, en la actualidad, presidente de la Fundación Mundial de Investigación y Prevención del SIDA. En 2002, el Dr. Montagnier y el Dr. Gallo anunciaron su mutua colaboración en el Programa para la Colaboración Viral Internacional, un esfuerzo por hacer avanzar la investigación mundial de la vacuna contra el VIH/SIDA.

www.pasteur.fr

Julio Montaner

El Dr. Montaner ha sido miembro de la Sociedad Internacional de SIDA (IAS, por su sigla en inglés) desde 1988 y es presidente electo de la IAS. Es Director de Actividades Clínicas del Centro de Excelencia en VIH/SIDA de British Columbia en Canadá y co-director fundador de la Red Canadiense de Ensayos en VIH. El Dr. Montaner es autor de más de 300 publicaciones científicas sobre VIH/SIDA.

www.iasociety.org

Dali Mpofu

Mpofu es el Director Ejecutivo del grupo de la Corporación de Difusión de Sudáfrica (SABC, por su sigla en inglés) y presidente del directorio de la Iniciativa Global de los Medios sobre SIDA (GMAI, por su sigla en inglés). La misión de la GMAI es equilibrar el poder de los medios para ayudar a prevenir la propagación del VIH y reducir el estigma que enfrentan las personas que conviven con la enfermedad. Fue lanzada por los ejecutivos de medios más importantes en 2004 en una reunión histórica convocada por el antiguo Secretario General de la ONU, Kofi Annan. La SABC participa de la Asociación de Medios de Difusión de África (ABMP, por su sigla en inglés), que es una coalición panafricana de empresas de difusión cuyo propósito es volver a impulsar y aumentar la efectividad de la colaboración de los medios en la lucha contra el VIH/SIDA.

www.thegmai.org

www.broadcasthivafrica.org

Peter Mugenyi

El Dr. Mugenyi es el director del Centro de Investigación Clínica, de Kampala, Uganda, y presidente de la fuerza de trabajo sobre SIDA de Uganda y de Diálogo Africano sobre SIDA. En 1996, fue uno de los primeros médicos africanos en insistir en que sus pacientes eran capaces de tomar medicamentos para SIDA bajo un complicado régimen de administración. Para 2001, el Dr. Mugenyi y sus colegas habían presionado con éxito a los fabricantes farmacéuticos de los EE. UU. y de Europa para que rebajaran el precio de los medicamentos destinados a muchos países pobres. Actualmente, el Dr. Mugenyi trata a más de 5.000 pacientes por año a través de su red de clínicas en Uganda.

www.jcrc.co.ug

Yoweri Museveni

El presidente ugandés Museveni dirigió una campaña contra el VIH/SIDA en su país, que suele ponerse como modelo para el resto de África. Poco después de asumir la presidencia en 1986, Museveni se convirtió en el primer líder africano en hablar abiertamente sobre la epidemia. La campaña de su gobierno se basó en el ABC: Abstinencia, fidelidad, uso de condón (*Abstinence, Be faithful, Condom use*). Existe un gran debate acerca de cuál ha sido el principal eje del éxito de Uganda. Museveni es criticado algunas veces por los que creen que minimiza la importancia de los condones en el programa ABC.

www.statehouse.go.ug

www.health.go.ug

Nikolay Nedzelskiy

Nedzelskiy es defensor de los rusos que viven con VIH/SIDA. Estuvo entre los primeros activistas en dar un paso adelante a comienzos de la década de 1990. Nedzelskiy fue director del Centro INFO-Plus en Moscú, que era un centro de intercambio de información sobre VIH/SIDA. Nedzelskiy es ahora un experto independiente en el tema del SIDA, en Rusia.

www.aids.ru

Peter Piot

El Dr. Piot fue nombrado primer Director Ejecutivo de ONUSIDA en 1995 y permanece en ese puesto hasta la actualidad. Coordina los esfuerzos en relación al VIH/SIDA de 10 organizaciones copatrocinadoras. El Dr. Piot ha trabajado en el área de la salud por muchos años. En 1976 codescubrió el virus ébola en Zaire. En la década de 1980 contribuyó al entendimiento de la expansión de la epidemia en África. Como Director Ejecutivo del ONUSIDA ha dicho: "La inversión en el SIDA será pagada con creces, con vidas salvadas y comunidades unificadas".

www.unaids.org

Vadim Pokrovskiy

El Dr. Pokrovskiy es director del Centro Federal de SIDA de Rusia. Advirtió que el número real de infectados de VIH en Rusia es mayor que lo que indican las estadísticas oficiales. El Dr. Pokrovskiy ha alentado al gobierno a desarrollar una respuesta más coordinada hacia la epidemia.

www.pcr.ru

Gracia Violeta Ross

Ross es una joven boliviana que se convirtió en activista después de haber sido violada e infectada con VIH. En la actualidad es la presidenta nacional de la Red Boliviana de Personas que Viven con VIH/SIDA (REDBOL), y es miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/SIDA. En sus apariciones públicas, alienta a las mujeres a comprometerse en temas políticos, culturales y de género. En 2006, se desempeñó como copresidenta del Comité del Programa Comunitario de la XVI Conferencia Internacional de SIDA en Toronto.

www.icw.org

Jorge Saavedra

El Dr. Saavedra ha dirigido el Programa Nacional de VIH/SIDA en México (Censida) desde 2003 y lanzó el programa que busca el acceso universal a los medicamentos contra el SIDA. Anteriormente, fue miembro del directorio del Fondo Mundial. En 2000, el Dr. Saavedra fundó la Clínica para Cuidados Ambulatorios del VIH en México, que se convirtió en el centro de cuidados de ese tipo más grande de ese país. Como la primera persona homosexual en tener un puesto importante en el gobierno mexicano, el Dr. Saavedra ha defendido los derechos de los homosexuales VIH-positivos.

www.salud.gob.mx/conasida

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. También es Asesor Especial del Secretario General de las Naciones Ban Ki-moon. Es conocido por su trabajo con gobiernos y organismos internacionales en promover la reducción de la pobreza, el control de enfermedades y la reducción de la deuda en países pobres. 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

David Serwadda

El Dr. Serwadda es el director del Instituto de Salud Pública de la Universidad de Makerere en Kampala, Uganda. También trabaja en el comité de asistencia del Grupo de Trabajo Mundial para la Prevención del VIH, un panel internacional de orientación conformado por cerca de 50 expertos y científicos relacionados con el VIH/SIDA. El Dr. Serwadda es el principal investigador ugandés en “Ensayo de la circuncisión para la prevención del VIH” financiada por NIH. Es un experto en los campos de la epidemiología, la evaluación de las intervenciones de salud y la vigilancia de las enfermedades y una autoridad en la epidemia del SIDA en África.

www.globalhivprevention.org

www.iph.ac.ug

Suniti Solomon

La Dra. Solomon y sus colegas vieron los primeros casos de VIH/SIDA en India en 1986. En respuesta a la enfermedad, la Dra. Solomon creó el primer centro de orientación y prueba voluntaria, y un grupo de investigación de SIDA en Madras, India. En 1993, fundó el Centro Y.R. Gaitonde para la Investigación y Educación sobre SIDA. YRGcare es un centro sin fines de lucro que ofrece educación sexual y sobre VIH, asesoramiento voluntario, y servicios de pruebas y cuidados para personas con VIH. También dirige una investigación médica y conductual. Actualmente, se desempeña como presidenta de la Sociedad de SIDA en India y es miembro de la junta asesora de la Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA-India.

www.yrgcare.org

www.iavi.org.in

Luis Soto-Ramírez

El Dr. Soto-Ramírez es copresidente de la Conferencia Internacional de SIDA en la Ciudad de México. Es director de la Unidad de Virología Molecular del Departamento de Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran. Por muchos años, el Dr. Soto-Ramírez ha sido miembro del Consejo Regente de la Sociedad Internacional de SIDA y es el representante regional de la IAS para Latinoamérica y el Caribe.

www.iasociety.org

Paulo Teixeira

El Dr. Teixeira es el antiguo Director del Departamento de VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ganó reconocimiento mundial por el trabajo sobre VIH/SIDA que realizó en Brasil y Latinoamérica. El Dr. Teixeira fue 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. Fue pionero, junto con su programa en Brasil, de la distribución gratuita y universal de ARV, que se ha convertido en modelo para otros países en vías de desarrollo que enfrentan el VIH/SIDA. Actualmente se encuentra involucrado en temas relacionados con el medio ambiente.

www.who.int/hiv

Mechai Viravaidya

Mechai es Senador en el Parlamento de Tailandia y es conocido cariñosamente como “el rey del condón” por su fuerte apoyo público al uso de condones como forma de prevenir la transmisión del VIH. El senador Mechai es fundador y presidente de la Asociación de Desarrollo de la Población y de la Comunidad, una de las organizaciones de desarrollo privadas sin fines de lucro más grandes de Tailandia. Fue nombrado Embajador de ONUSIDA en 1999 y recibió muchos premios. En 2007, recibió el premio Gates de la Fundación Bill y Melinda Gates por su innovador trabajo en planificación familiar y prevención del VIH/SIDA.

www.thaigov.go.th/eng

www.sli.unimelb.edu.au/pda

Ryan White

El estadounidense Ryan White se convirtió involuntariamente en 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 entonces 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 que viven con VIH/SIDA en los EE. UU.

www.careactdatasupport.hrsa.gov

Phill Wilson

Wilson es fundador y Director Ejecutivo del Instituto Black AIDS, que tiene sede en Los Ángeles, California. Es el único comité asesor sobre VIH/SIDA para negros en los Estados Unidos. Wilson dijo que la meta del Instituto es “reducir las desigualdades en la salud relacionada con el VIH entre personas de ascendencia africana y otros grupos raciales étnicos, comprometiendo a las personas negras en los esfuerzos para combatir al VIH/SIDA”. El lema de la organización es: “Nuestra gente, nuestro problema, nuestra solución”. Wilson también colaboró en la creación del Foro Nacional de Liderazgo de Lesbianas y Gays Negros y la Fuerza de Trabajo Nacional para la Prevención del SIDA.

www.blackaids.org

Wan Yanhai

El Dr. Wan es el activista de SIDA más prominente de China. Actualmente se desempeña como Director del principal grupo de concientización sobre SIDA de China, el Instituto Aizhixing de Educación para la Salud de Pekín. El Dr. Wan estableció la primera línea directa para información sobre VIH/SIDA y continuó con la creación de un sitio web muy utilizado. Su práctica de activista provocó la renuncia del Ministro de Salud de China. En los últimos años, ha sido arrestado por el gobierno en dos oportunidades. En 2005, el Dr. Wan organizó una conferencia histórica entre la Facultad de Leyes de la Universidad de Shangai y Human Rights Watch, una organización internacional de control, para discutir la manera en la que debe atracarse la creciente amenaza del VIH/SIDA en China.

www.aizhi.org/en/

Debrework Zewdie

La Dra. Zewdie es Directora del Programa Global de VIH/SIDA para el Banco Mundial. Ha dedicado su carrera al trabajo sobre el VIH/SIDA con especial énfasis en África. Antes de obtener su puesto actual, la Dra. Zewdie coordinó el Grupo de Campaña de SIDA para África del Banco Mundial (ACTafrica, por su sigla en inglés). Se unió al Banco Mundial en 1994, después de manejar programas de SIDA en 16 países de África para Salud de la Familia Internacional.

www.worldbank.org/aids

Winstone Zulu

Zulu es un activista del SIDA en Zambia que declaró públicamente su condición de VIH-positivo junto con un posterior diagnóstico de tuberculosis. Zulu perdió a cuatro hermanos y hermanas a manos del SIDA y la TBC y, en su trabajo, enfatiza la estrecha relación que existe entre las dos enfermedades. Zulu realiza campañas activas en pos de la obtención de medicamentos más eficaces y accesibles. Le dijo a un periodista: "Para mi familia y para mí, el VIH y la TBC siempre han conspirado y colaborado entre ellas para robarse nuestra salud".

www.winstonezulu.com

Tuberculosis (TBC)

La tuberculosis (TBC) es un problema sanitario importante tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo. En la actualidad, aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada con la bacteria que causa la TBC y de 5% a 10% de esos infectados se enfermarán o transmitirán la enfermedad en algún momento de su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay más de 14 millones de personas que viven con TBC en todo el mundo.

La tuberculosis es una infección bacteriana causada por la *Mycobacterium tuberculosis*. La enfermedad generalmente afecta los pulmones (TBC pulmonar), pero, en casos graves, puede extenderse a otras partes del organismo (TBC extrapulmonar).

La mayoría de las personas infectadas con TBC pueden luchar contra las bacterias y detener su multiplicación, lo que mantiene al agente patógeno en estado de latencia y se conoce como infección "TBC latente". Las personas con infección TBC latente no tienen síntomas, no se sienten enfermas y no pueden transmitir la TBC a terceros. No obstante, las bacterias de la TBC permanecen vivas en el cuerpo de quienes tienen dicha infección y, si no se recibe tratamiento, la enfermedad puede convertirse en "TBC activa" con el tiempo. Las personas con "TBC activa" pueden mostrar, y generalmente lo hacen, síntomas tales como tos, fatiga, escalofríos y fiebre. Además, pueden transmitir y diseminar el agente patógeno de la TBC a otras personas cuando tosen, estornudan o escupen.

Aunque es un problema sanitario mundial, la TBC es una problemática clásica de los países en vías de desarrollo, en los que la pobreza, la superpoblación y otras enfermedades y virus, en especial el VIH, ayudan a facilitar su propagación. Alrededor del 85% de todos los pacientes de TBC nuevos están en África, el sudeste de Asia y el oeste del Pacífico. Aun cuando más de una tercera parte de todos los casos nuevos de TBC se producen en el sudeste de Asia, la incidencia estimada (casos nuevos) per cápita es mayor en África Subsahariana. Asimismo, las muertes y la tasa de mortalidad per cápita relacionadas con la TBC en África Subsahariana son las mayores.

La enfermedad del VIH ha exacerbado significativamente la epidemia de TBC en el mundo en vías de desarrollo. De hecho, los investigadores estiman que la epidemia de VIH es la principal razón del resurgimiento de la TBC durante la década pasada; las dos están tan íntimamente relacionadas que suelen utilizarse los términos "coepidemia" o "epidemia doble" para describir su relación sinérgica. Cuando alguien está infectado con VIH y su sistema inmunológico se ve comprometido, aumenta la posibilidad de adquirir una nueva infección de TBC. El VIH también puede facilitar tanto la transformación de una infección de TBC latente en enfermedad de TBC activa, como la recaída de la enfermedad en pacientes previamente tratados. La TBC es una de las principales causas de muerte entre las personas VIH-positivas. La OMS estima que casi un tercio de las personas que viven con VIH/SIDA también están infectadas con TBC. Como en África Subsahariana la incidencia del VIH es más alta, la epidemia de coinfección VIH/SIDA es también la más severa en esta región del mundo.

A pesar de ser responsable de una morbilidad y mortalidad considerables en todo el mundo, la TBC puede prevenirse, tratarse y controlarse de manera exitosa, aun cuando se trate de alguien VIH-positivo. La estrategia recomendada internacionalmente para el control de la TBC es el "tratamiento breve bajo observación directa" o DOTS, por su sigla en inglés, cuya finalidad es reducir la morbilidad asociada a la TBC, prevenir la TBC y disminuir la transmisión de la enfermedad. Bajo el tratamiento DOTS, una vez que los pacientes son diagnosticados con TBC infecciosa, los trabajadores de la salud o voluntarios entrenados los supervisan mientras dura la toma de la medicación. El DOTS es económico y puede curar a la mayoría de los pacientes con TBC. La OMS actualmente estima que el 93% de la población mundial vive en países en los que se implementa el DOTS y que la tasa de éxito mundial de la estrategia es de 85%.

Expandir el acceso al DOTS y asegurar que el paciente cumpla con el tratamiento son dos puntos cruciales, ya que si los medicamentos no se toman según se prescribieron, las micobacterias que causan la TBC pueden volverse resistentes al tratamiento. La TBC resistente al menos a dos de los tratamientos de primera línea más

efectivos se denomina TBC multirresistente (TBC-MR). La TBC-MR es más grave que la TBC no resistente y puede ser mortal, especialmente en personas también infectadas con VIH. Aunque existe tratamiento para la TBC-MR con tratamientos de segunda línea, este tratamiento es significativamente más caro, lleva más tiempo y produce efectos secundarios más graves que el tratamiento para la TBC que no es resistente a los fármacos. Las tasas de la TBC-MR son altas en varias regiones del mundo, como las repúblicas que conforman la ex Unión Soviética. En los últimos años ha aparecido un tipo de TBC-MR nuevo y más virulento, llamado TBC extremadamente resistente o XDR-TBC. Además de no responder a los medicamentos de primera línea, los pacientes con XDR-TBC, también son resistentes a dos de los tratamientos de segunda línea para TBC, con lo cual, la enfermedad se torna sumamente difícil de tratar, si no imposible. Aunque la XDR-TBC es relativamente rara en comparación con la TBC no resistente o la TBC-MR, representa una amenaza mundial en aumento para los esfuerzos por controlar la TBC.

Debido a la aparición de las coinfecciones de VIH/TBC y al crecimiento de las cepas de TBC fármaco resistentes, ha aumentado el reconocimiento internacional de la importancia de la TBC, y varias organizaciones y organismos donantes están tratando de poner freno a la propagación de la enfermedad. Dos instituciones que han dado pasos importantes para lograr aliviar la carga que significa la TBC internacionalmente, son la Alianza Alto a la Tuberculosis (*Stop TBC Partnership*) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. La Alianza Alto a la TBC es una red de 500 organizaciones públicas y privadas que incluye organismos internacionales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, institutos de investigación y organizaciones donantes cuyo objetivo es reforzar el apoyo social y político para detener la propagación de la TBC. La Alianza Alto a la TBC se dedica a la difusión y expansión del DOTS, lo que reduce el impacto de la coinfección de VIH/TBC, la prevención de la TBC-MR y el desarrollo de nuevos medicamentos, vacunas y procedimientos de diagnóstico. El Fondo Mundial es una organización independiente sostenida por donaciones y el principal financista del control de la TBC en los países en desarrollo. La iniciativa conjunta del Fondo Mundial y la Alianza Alto a la TBC ha ayudado a coordinar mundialmente los esfuerzos para controlar la TBC y asegurar que sigan siendo prioridad en el escenario internacional.

El Plan de emergencia del Presidente para la Mitigación del SIDA (PEPFAR, por su sigla en inglés), una importante iniciativa de los Estados Unidos, fue creado en 2003 y también aporta, directamente a los países y a través de sus contribuciones al Fondo Mundial, una importante cantidad de fondos que se aplican a los esfuerzos mundiales para controlar la TBC. La Fundación Bill & Melinda Gates, una organización filantrópica privada, también ha establecido importantes iniciativas mundiales para sostener el desarrollo de diagnósticos rápidos, tratamientos más efectivos, vacunas para la TBC y posibilitar el acceso más rápido a las nuevas herramientas contra la TBC.

Recursos adicionales

Fundación Kaiser Family *Global Health Reporting* website *TB FAQs*, <http://www.globalhealthreporting.org/tb.asp?id=69>

Bill & Melinda Gates Foundation, http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri_Diseases/Tuberculosis/

Departamento de salud y servicios humanos (DHHS, por su sigla en inglés), Centros para el control y la prevención de enfermedades, Centro nacional para la prevención de VIH, ETS y TBC. *Preguntas y Respuestas acerca de TB* (2007), <http://www.cdc.gov/tb/faqs/default.htm>

Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria *Lucha contra la tuberculosis*, <http://www.theglobalfund.org/es/about/tuberculosis/>

OMS. *Control mundial de la TBC Vigilancia, planificación y financiación* (2008), http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/index.html

OMS. *Información básica* (Revisada en marzo de 2007), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>

Alianza Alto a la Tuberculosis. *Acerca de la "Stop TB Partnership"*, http://www.stoptb.org/stop_tb_initiative/

PEPFAR, <http://www.pepfar.gov/pepfar/press/81964.htm>

Glosario sobre tuberculosis (TBC)

Bacterias resistentes: Bacterias que ya no puede combatirse con una determinada droga.

BCG: Vacuna contra la TBC que lleva el nombre de los científicos franceses que la desarrollaron: Calmette y Guérin. La vacuna BCG no es muy usada en los Estados Unidos, pero suele aplicarse a infantes y niños en otros países en los que la TBC es una enfermedad común.

***Coinfección:** Término que describe una infección con más de una enfermedad y que suele utilizarse para describir la infección simultánea con TBC y VIH.

Contacto: Persona que ha pasado un tiempo con la persona infectada con TBC.

Cultivo: Prueba que sirve para detectar si hay bacterias de TBC en la flema o en otros fluidos corporales. Esta prueba puede demandar de 2 a 4 semanas en la mayoría de los laboratorios.

***Endémico:** La presencia constante de una enfermedad o agente infeccioso en un área geográfica o grupo de población determinado; también puede referirse al grado de incidencia habitual de cierta enfermedad dentro de esa área o de ese grupo.

Enfermedad TBC activa: Enfermedad en la cual se multiplica la bacteria de la TBC y ataca diferentes partes del organismo. Los síntomas de la TBC activa incluyen debilidad, pérdida de peso, fiebre, falta de apetito, escalofríos y sudoración nocturna. Otros síntomas de la TBC activa dependen de la parte del organismo en que se desarrollen las bacterias. Si la TBC activa se encuentra en los pulmones (TBC pulmonar), los síntomas pueden incluir tos persistente, dolor en el pecho y sangre en el esputo. Una persona con TBC activa puede transmitir y propagar la TBC a otras personas.

***Epidemia:** Aparición de más casos de una enfermedad que los esperados en un área o entre un grupo específico de personas, durante un período de tiempo en particular.

Esputo: Flema extraída durante la tos desde la parte más profunda de los pulmones. El esputo se examina en busca de bacterias de TBC mediante un frotis; también puede usarse parte del esputo para hacer un cultivo.

Frotis: Prueba para comprobar si hay bacterias de TBC en la flema. Para hacer esta prueba, los técnicos de laboratorio preparan un frotis o extensión con la flema sobre una laminilla o platina, colorean la muestra con un colorante especial y buscan bacterias de la TBC en la extensión. Por lo general se demora un día en tener el resultado de esta prueba.

Infección de TBC latente: Enfermedad en la que las bacterias de TBC están vivas pero inactivas en el organismo. Las personas con infección de TBC latente no tienen síntomas, no se sienten enfermas, no pueden propagar la TBC a otras personas y generalmente poseen una prueba cutánea de TBC positiva. Pero si no reciben tratamiento para la TBC latente, pueden desarrollar TBC activa.

Infección por VIH: Infección con el virus de inmunodeficiencia humana, virus que produce el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Una persona que presenta una infección de TBC latente y una infección por VIH tiene alto riesgo de enfermar de TBC activa.

INH o isoniácida: Medicamento utilizado para prevenir la TBC activa en personas infectadas con TBC latente. La INH es además uno de los cuatro medicamentos frecuentemente utilizados para el tratamiento de la TBC activa.

***Mycobacterium tuberculosis:** La tuberculosis es una infección bacteriana causada por la *Mycobacterium tuberculosis*. La enfermedad generalmente afecta los pulmones, pero en los casos graves puede extenderse a otras partes del cuerpo. Un individuo puede contagiarse de tuberculosis cuando una persona con TBC activa tose, estornuda o escupe. No todas las personas que se infectan desarrollan síntomas. Se dice que las personas que no manifiestan la enfermedad padecen TBC latente y no pueden transmitir a otros la enfermedad.

Negativo: Suele referirse al resultado de una prueba. Si usted posee una reacción a la prueba cutánea de la TBC negativa, probablemente no haya adquirido una infección de TBC.

Positivo: Suele referirse al resultado de una prueba. Si usted posee una reacción a la prueba cutánea de la TBC positiva, probablemente tenga una infección de TBC.

Prueba cutánea de la TBC: Prueba usada frecuentemente para detectar infecciones de TBC latente. Se inyecta un líquido llamado tuberculina debajo de la piel en la parte inferior del brazo. Si usted tiene una reacción positiva a esta prueba, probablemente tenga una infección de TBC latente.

QuantIFERON-TB® Gold (QFT): Prueba de sangre que se utiliza para descubrir si un individuo está infectado con la bacteria de la TBC. El QFT mide la respuesta a las proteínas de la TBC cuando se las mezcla con una pequeña cantidad de sangre.

Radiografía de tórax: Fotografía del interior del pecho. La radiografía de tórax se realiza exponiendo una película a los rayos X que pasan a través del tórax. El médico puede mirar esa película para ver si la bacteria de la TBC ha dañado los pulmones.

***Sistema inmunológico:** El sistema de defensa del cuerpo contra organismos extraños como las bacterias, los virus o los hongos.

TBC extrapulmonar: Enfermedad TBC activa en cualquier otra parte del organismo excepto los pulmones (por ejemplo: riñón, columna vertebral, cerebro o ganglios linfáticos).

TBC extremadamente resistente (XDR-TBC): La XDR-TBC es un tipo raro de enfermedad tuberculosa que es resistente a casi todos los medicamentos utilizados en el tratamiento de la TBC.

***TBC multirresistente (TBC-MR):** Una variedad de tuberculosis resistente a dos o más drogas antituberculosas. La TBC-MR generalmente sobreviene cuando las personas toman medicación suficiente sólo para sentirse mejor, en lugar de tomar las cantidades totales recetadas por el médico. Las bacterias más débiles mueren, pero las bacterias más fuertes sobreviven y se reproducen. Estas bacterias más fuertes, cuando completan su crecimiento y causan nuevamente la enfermedad, no pueden curarse con el mismo tratamiento y requieren dosis más grandes del medicamento o un medicamento totalmente nuevo y más potente. La TBC-MR constituye un gran problema en los países en vías de desarrollo, en los que no siempre es posible la supervisión continua del tratamiento.

TBC pulmonar: Enfermedad TBC activa que se localiza en los pulmones, generalmente produce tos que dura 3 semanas o más. La mayoría de las enfermedades TBC activas son pulmonares.

Tratamiento breve bajo observación directa (DOTS, por su sigla en inglés): Una manera de ayudar a los pacientes a tomar sus medicamentos para la TBC. Si usted recibe el DOTS, deberá reunirse con un trabajador de atención sanitaria todos los días o varias veces por semana. Se reunirán en un lugar que ambos hayan acordado. Puede ser en la clínica especializada en TBC, en su hogar, en el trabajo o en cualquier otro sitio conveniente. Usted deberá tomar la medicación mientras el trabajador de cuidados de la salud lo observa.

Tuberculina o PPD: Líquido que se inyecta debajo de la piel en la parte inferior del brazo durante una prueba cutánea de TBC. Si existe una infección de TBC latente, es probable que la reacción a la tuberculina sea positiva.

Referencias

Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos (DHHS). Centros para el control y la prevención de enfermedades, *Glossary of Terms Related to TB* (2007), http://www.cdc.gov/tb/faqs/qa_glossary.htm

**Definición proporcionada por la Fundación Kaiser Family.*

Malaria

Mundialmente la malaria es una de las principales causas de enfermedad y muerte, que produce 500 millones de infectados y por lo menos 1 millón de muertes por año. Más del 40% de la población del mundo vive en áreas en las que se halla en riesgo de contraer malaria. Causada por parásitos llamados *Plasmodium*, que son transmitidos a los seres humanos por medio de las picaduras de mosquitos, la malaria puede enfermar gravemente a un individuo y en algunos casos puede resultar mortal. Los síntomas de infección incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor muscular, fatiga, náuseas y vómitos, y, por lo general, aparecen entre 10 y 15 días después de que la persona fue picada por un mosquito infectado.

Aunque la enfermedad está presente en muchas partes del mundo, representa un problema muy importante en el África Subsahariana, donde ocurre aproximadamente el 90% de las muertes anuales por malaria, la mayoría, en niños de menos de cinco años de edad. Esta región del mundo se ve particularmente afectada por la malaria debido a varios factores: África Subsahariana alberga a una especie de mosquito que transmite el parásito de la malaria de manera muy efectiva; la mayoría de los casos en la región son causados por el parásito *Plasmodium falciparum*, que produce la forma más grave y con mayor riesgo de muerte de la enfermedad; la pobreza y una infraestructura de salud limitada hacen más difíciles los esfuerzos que se realizan para organizar sistemas de prevención efectivos y brindar tratamientos; además, han aparecido en la región cepas resistentes al medicamento del parásito, que representan otra barrera contra el control de la malaria.

En el África Subsahariana la situación también se ve agravada por la presencia de otras enfermedades, especialmente el VIH/SIDA. Ambas enfermedades, el VIH/SIDA y la malaria, afectan a zonas geográficas y grupos de riesgo similares, causando una crisis doble en la salud pública. El creciente conocimiento acerca de las interacciones entre el VIH/SIDA y la malaria sugiere que los individuos VIH-positivos pueden ser más susceptibles de contraer malaria debido al debilitamiento de su sistema inmunológico y, tal vez, no respondan a los tratamientos ordinarios para la malaria. Del mismo modo, hay evidencia de que los episodios graves de malaria pueden conducir en forma temporaria a un recrudecimiento de la carga viral de VIH, lo que desemboca en un aumento de la morbilidad en individuos coinfectados con VIH y malaria.

Ciertas poblaciones son más vulnerables a la malaria, particularmente las mujeres embarazadas y los niños. El sistema inmunológico de las mujeres se debilita durante el embarazo, lo que las expone a un riesgo mayor de contraer la enfermedad. La malaria durante el embarazo es muy grave y puede provocar anemia severa, infección de la placenta por malaria y, en algunos casos, la muerte de la madre. Los niños nacidos de mujeres infectadas con malaria y VIH tienen más probabilidades de sufrir complicaciones, como el bajo peso al nacer, y, con frecuencia, mueren durante la infancia. Los niños de menos de cinco años también tienen alto riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la malaria y de morir porque no tuvieron la posibilidad de alcanzar suficiente inmunidad contra la enfermedad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en África una de cada cinco muerte de niños se debe a los efectos de la malaria, un niño muere aproximadamente cada 30 segundos. Aquellos que se recuperan de la enfermedad pueden seguir padeciendo enfermedades graves como consecuencia de la infección, como por ejemplo anemia, fiebre recurrente, ceguera y daño cerebral.

A pesar de la alta morbilidad y mortalidad causada mundialmente por la malaria, la prevención de la enfermedad y muerte es altamente factible. La principal manera de prevenir la transmisión malaria es el control del mosquito. Durante las décadas de 1950 y 1960, la OMS condujo una campaña mundial para erradicar los mosquitos que transmiten la malaria. En ese momento el DDT (dicloro-difenil-tricloroetano) era el insecticida más usado. Mediante los esfuerzos de la OMS, la malaria fue exitosamente erradicada de América del Norte y Europa. Con el tiempo, debido a los efectos dañinos que el insecticida producía en el ambiente, la OMS desaconsejó el uso del DDT para el control de la malaria en espacios abiertos. Actualmente la OMS recomienda usar DDT para el control de la malaria sólo para pulverizar los ambientes cerrados. La OMS también recomienda el uso de redes mosquitero

en las camas tratadas con insecticida. Estas redes demostraron que reducen en forma significativa las muertes y la enfermedad por malaria en regiones endémicas y son una estrategia muy importante para el control de la enfermedad. Recientemente se desarrolló un nuevo tipo de red insecticida de larga duración, que mantiene la actividad insecticida de la red durante varios años sin necesidad de volver a tratarla.

También están a disposición algunos medicamentos para la prevención y el tratamiento de la malaria. Actualmente existen y se utilizan varios fármacos contra la enfermedad, como la cloroquina, la sulfadoxina-pirimetamina (SP) y la amodiquina. Se las conoce como monoterapias porque, por lo general, cada medicamento se usa solo. Desafortunadamente los parásitos de la malaria están desarrollando resistencia a muchas de las monoterapias disponibles. Esto sucede en varias partes de Asia y América del Sur, y también es un problema creciente en África. Debido a la preocupación causada por la resistencia a los fármacos, la OMS ahora recomienda que los países dispongan de terapias de combinación, de dos o más fármacos, ante los cuales los parásitos encuentran más dificultad para desarrollar resistencia. Como resultado, desde 2001, muchos países cambiaron la política de tratamiento y comenzaron a promocionar el tratamiento combinado en lugar de las monoterapias. Sin embargo, la terapia de combinación aún no está disponible en muchos de los países en donde los fármacos existentes no son efectivos. La OMS, junto con otras organizaciones internacionales, trabaja para apoyar las iniciativas de ampliación del acceso a las terapias de combinación efectivas. En 2004, la OMS modificó su recomendación para el tratamiento de la malaria e incluyó la terapia de combinación basada en la artemisinina (ACT, por su sigla en inglés). El compuesto, hallado naturalmente en una hierba china, ha sido usado para tratar la malaria desde la década de 1980 y es actualmente la medida más eficaz contra la enfermedad.

En 1998, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, por su sigla en inglés), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP, por su sigla en inglés) y el Banco Mundial crearon la Asociación Roll Back Malaria o RBM (Programa *Hacer retroceder el paludismo*). El propósito de la Asociación es coordinar internacionalmente las actividades de control de la malaria, reuniendo más de 90 organizaciones públicas y privadas, agencias internacionales, países con malaria endémica e institutos académicos y de investigación. El objetivo de la Asociación es reducir a la mitad la carga que implica la malaria para el año 2010. La RBM ha logrado con éxito aumentar la conciencia sobre la enfermedad, movilizar el apoyo social, político y financiero, y coordinar los esfuerzos internacionales para combatir la malaria.

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, una asociación independiente dedicada a reunir subsidios, es una fuente significativa de fondos necesarios para las actividades de control de la malaria. Desde su creación en 2002, el Fondo Mundial ha financiado la mayor parte de las redes mosquitero para camas tratadas con insecticida y ha enviado cientos de millones de dosis de ACT para ayudar a reducir el impacto de la malaria resistente a los fármacos. En 2005, el presidente de los Estados Unidos George W. Bush anunció la creación de una nueva Iniciativa Presidencial contra la Malaria (PMI, por su sigla en inglés) y prometió incrementar los fondos para la prevención y el tratamiento de la enfermedad en más de 1.200 millones de dólares a lo largo de cinco años, con el fin de reducir las muertes por malaria en un 50%, en 15 países. La Fundación Bill y Melinda Gates, una organización filantrópica privada, también ha establecido importantes iniciativas globales contra la malaria, apoyando el desarrollo de vacunas contra la enfermedad que sean seguras, eficaces y accesibles, los esfuerzos por controlar la malaria, la investigación de nuevos tratamientos, así como la expansión del acceso a las herramientas ya existentes para el control de la malaria, a nuevos fármacos y vacunas.

Recursos adicionales

Fundación Kaiser Family. *Global Health Reporting website Malaria FAQs*, <http://www.globalhealthreporting.org/malaria.asp?id=63>

Departamento de salud y servicios humanos (DHHS, por su sigla en inglés), Centros para el control y la prevención de enfermedades. *Malaria Facts* (2007), <http://www.cdc.gov/malaria/facts.htm>

Roll Back Malaria. Folleto: *Viendo a Futuro* (2006), http://rbm.who.int/docs/rbm_brochure.pdf

OMS. *Niños y Malaria* (2006), http://www.rbm.who.int/cm_upload/0/000/015/367/RBMInfosheet_6.htm

Recursos adicionales (continuado)

OMS. *Información sobre ACTs* (2006), http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9.htm

OMS. *Que es Malaria* (2006), http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/372/RBMInfosheet_1.htm

OMS, *Malaria* (Mayo 2007), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html>

Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, <http://www.theglobalfund.org/en/about/malaria/default.asp>

Fundación Bill y Melinda Gates, http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri_Diseases/Malaria/default.htm

Iniciativa del Presidente contra la Malaria (PMI), <http://www.fightingmalaria.gov/>

Glosario sobre malaria

Anófeles: El género de mosquito que transmite la malaria.

***Anticuerpo:** Las moléculas del organismo que identifican y destruyen sustancias extrañas como las bacterias y los virus.

Antígeno: Toda sustancia que provee una respuesta inmunológica cuando se la introduce en el organismo.

Atenuado: Parásito tratado de manera tal que disminuye su capacidad de causar infecciones o enfermedades.

Cepa: Variedad genética dentro de una especie.

Cloroquina: El principal de los tratamientos contra la malaria desde 1945, pero ya no es efectivo frente al creciente número de cepas de malaria *P. falciparum*.

Deficiencia de G6PD: Anormalidad hereditaria que produce la pérdida de una enzima presente en los glóbulos rojos. Puede dar cierta protección contra la malaria, pero también hace que la persona no pueda tomar el medicamento contra la malaria llamado primaquina. La deficiencia de G6PD se detecta con mayor frecuencia en personas de ascendencia africana, mediterránea y asiática.

***Endémico:** La presencia constante de una enfermedad o agente infeccioso en un área geográfica o grupo de población determinados; también puede referirse al grado de incidencia habitual de cierta enfermedad dentro de esa área o ese grupo.

***Epidemia:** La aparición de más casos de una enfermedad que los esperados en un área o entre un grupo específico de personas, durante un período de tiempo en particular.

Especies: Organismos del mismo género que tienen características similares.

Esporozoito: Forma infecciosa del parásito, inyectado a las personas mediante un mosquito durante su alimentación.

Esquizonte: Una forma del desarrollo del parásito que contiene muchos merozoitos.

Gametocitos: Precursores de las formas sexuales del parásito de la malaria, que liberan gametos masculinos o femeninos en el estómago del mosquito.

Género: Categoría de organismos.

Hemoglobina: La parte de los glóbulos rojos que transportan el oxígeno.

Hipnozoito: Una forma del parásito que permanece inactivo dentro del hígado y puede causar recaídas.

Inmunidad: La protección generada por el sistema inmunológico en respuesta a la invasión de organismos "extraños", como bacterias, virus y parásitos.

Larva: Forma inmadura sin alas de los insectos como los mosquitos.

***Malaria:** Enfermedad causada por parásitos transmitidos a los seres humanos mediante la picadura del mosquito. Los síntomas de infección pueden incluir fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor muscular, fatiga, náuseas y vómitos. Estos síntomas generalmente aparecen entre 9 y 14 días después de que una persona es picada por un mosquito infectado. En los casos graves, la enfermedad puede poner en riesgo la vida.

Membrana mucosa: El recubrimiento de ciertas cavidades, como la nariz, la boca y el tracto intestinal, que produce una capa protectora de moco.

Merozoito: La forma del parásito de la malaria que invade los glóbulos rojos humanos.

Oocisto: Un estadio del parásito dentro del mosquito, producido por la unión de los gametos masculino y femenino.

Parásito: Animal (o planta) que debe vivir sobre un organismo de otra especie, o dentro de él, del que toma su sustento.

Paroxismo: Ataque de una enfermedad que probablemente reaparezca a intervalos periódicos.

Plasmodium: El género del parásito que causa la malaria. El género incluye cuatro especies que infectan a los seres humanos: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae* y *Plasmodium ovale*.

Primaquina: Medicamento que destruye los parásitos de la malaria que se alojan en el hígado.

Quinina: Medicamento, originalmente extraído de una corteza de árbol, que fue el único tratamiento contra la malaria disponible durante casi 300 años.

Recaída: La reaparición de una enfermedad un tiempo después de haber sido aparentemente curada.

***Resistencia:** La capacidad de un agente patógeno de reproducirse a pesar de la presencia de medicamentos diseñados para inhibir su reproducción o supervivencia. El parásito de la malaria ha desarrollado cepas que son resistentes a ciertos medicamentos como la cloroquina. El mosquito *Anófeles* ha desarrollado cepas que son resistentes al DDT y a otros insecticidas.

***Sistema inmunológico:** El sistema de defensa del cuerpo contra organismos extraños como las bacterias, los virus o los hongos.

Vector: El organismo, típicamente un insecto, que transmite un agente infeccioso a su huésped alternativo, típicamente un vertebrado. En la malaria humana, el vector del parásito es el mosquito, los “huéspedes” o “portadores” son los seres humanos.

Virulento: Que se caracteriza por su curso rápido o su gravedad.

Referencias

Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los EE. UU., Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas *Glosario sobre malaria*, <http://www.niaid.nih.gov/publications/malaria/glossary.htm>

**Definición proporcionada por la Fundación Kaiser Family*

Lista de recursos (siglas en inglés)

Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA): Organismo del gobierno estadounidense que regula el desarrollo y la aplicación de productos alimenticios y medicinales. La aprobación de la FDA establece el estándar internacional para los fármacos y las terapias aceptadas para el VIH/SIDA.

www.fda.gov

Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID): La agencia para el desarrollo internacional del gobierno de EE. UU., que facilita las iniciativas relacionadas con la economía, la política y la salud en países en vías de desarrollo y una porción sustancial de la respuesta internacional de EE. UU. ante el VIH.

www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/index.html

Alianza Alto a la Tuberculosis: Red internacional de organizaciones públicas y privadas dedicadas a la erradicación de la tuberculosis.

www.stoptb.org

Alianza Internacional VIH/SIDA (AIDS Alliance): Asociación mundial de organizaciones con base en los países que trabaja para apoyar la acción comunitaria relacionada con el SIDA en los países en vías de desarrollo.

www.aidsalliance.org

AVERT: Sociedad de beneficencia para el VIH/SIDA con sede en el Reino Unido dedicada a la prevención del VIH/SIDA en el mundo. AVERT realiza campañas de educación en países con altos índices de infección, particularmente en Sudáfrica e India.

www.avert.org

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE. UU.: El principal organismo del gobierno de los Estados Unidos para la protección contra enfermedades infecciosas y crónicas. El CDC es un importante partícipe de iniciativas bilaterales y multilaterales sobre VIH/SIDA y otras enfermedades.

www.cdc.gov

Coalición de Defensa de la Vacuna contra el SIDA (AVAC): Es una organización sin fines de lucro basada en la comunidad y los consumidores que utiliza la educación pública, el análisis de las políticas, la defensa y la movilización de la comunidad para acelerar el desarrollo ético y la distribución mundial de vacunas contra el SIDA y otras alternativas de prevención del VIH.

www.avac.org

Coalición Empresarial Mundial sobre VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria (GBC): Alianza conformada por más de 200 empresas internacionales dedicadas a la lucha contra el VIH/SIDA, la TBC y la malaria con recursos del sector privado.

www.businessfightsaids.org

Corporación Financiera Internacional contra el SIDA (IFC contra el SIDA): Miembro del Grupo Banco Mundial en el marco de la iniciativa IFC contra el SIDA, es un programa de la IFC dedicado a promover y proteger el desarrollo sustentable en regiones amenazadas por el VIH/SIDA.

www.ifc.org/ifcagainstaids

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (El Fondo Mundial): Asociación internacional entre organizaciones públicas y privadas que financia programas para luchar contra el VIH/SIDA, la TBC y la malaria.

www.theglobalfund.org

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Organismo de las Naciones Unidas dedicado a mejorar la calidad de vida de los niños en el mundo, incluso de los niños que portan VIH y sufren de la enfermedad.

www.unicef.org/Spanish

Fundación para la Investigación sobre el SIDA (amfar): Organización sin fines de lucro dedicada a apoyar la investigación, la prevención, el tratamiento y la defensa de la política pública relacionada con el SIDA.

www.amfar.org

GlobalHealthFacts.org: Recurso en línea interactivo de la Fundación Kaiser Family que provee información actualizada por país sobre VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, y otros indicadores clave socioeconómicos y de salud.

www.globalhealthfacts.org

GlobalHealthReporting.org: Recurso en línea de la Fundación Kaiser Family que proporciona a periodistas y otras personas las últimas informaciones sobre VIH/SIDA, tuberculosis y malaria.

www.globalhealthreporting.org

HIV InSite: El recurso en línea integral de la Facultad de Medicina de San Francisco, de la Universidad de California, sobre tratamiento, prevención, políticas e investigación sobre el VIH/SIDA.

www.hivinsite.org

InfoSIDA: El recurso en línea integral del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos sobre tratamiento, prevención e investigación del VIH/SIDA.

www.aidsinfo.nih.gov

Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA (IAVI): Asociación público-privada sin fines de lucro que trabaja para acelerar el desarrollo de una vacuna tendiente a prevenir la infección del VIH y el SIDA.

www.iavi.org

Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID): División de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los EE. UU. que estudia el VIH y otras enfermedades.

www.niaid.nih.gov

Oficina del Coordinador Mundial del SIDA del Departamento de Estado de los Estados Unidos: La oficina que dirige y coordina todos los esfuerzos internacionales relacionados con el VIH/SIDA del gobierno de los Estados Unidos, incluso del PEPFAR.

www.state.gov/s/gac

Organización Mundial de la Salud (OMS): La OMS es la autoridad que rige y coordina los esfuerzos de salud del sistema de las Naciones Unidas, y es responsable de proporcionar liderazgo en temas relacionados con la salud mundial.

www.who.int/es

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA): La operación conjunta de la familia de las Naciones Unidas, que reúne los esfuerzos y los recursos de diez organizaciones de la ONU en respuesta al SIDA para ayudar al mundo a prevenir nuevas infecciones de VIH, cuidar a las personas que viven con VIH y mitigar el impacto de la epidemia.

www.unaids.org/es

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP): Organismo de las Naciones Unidas que apunta a mejorar la infraestructura, la reducción de la pobreza y los derechos humanos en la región. El UNDP desempeña una importante función en la lucha contra el VIH/SIDA, ya que la pobreza y otros problemas socioeconómicos contribuyen en gran medida a la propagación de la epidemia.

www.undp.org/spanish

Roll Back Malaria o RBM (Programa Hacer retroceder el paludismo): Asociación creada por la OMS, UNICEF, UNDP y el Banco Mundial. El RBM coordina las actividades internacionales de control de la malaria, reuniendo más de 90 organizaciones públicas y privadas, agencias internacionales, países con malaria endémica e institutos académicos y de investigación.

www.rbm.who.int

Sociedad Internacional de SIDA (IAS): La asociación independiente líder en el mundo de profesionales del VIH/SIDA.

www.iasociety.org

VIH/SIDA del Banco Mundial: División del Banco Mundial dedicada a la prevención y mitigación del impacto social, económico y estratégico del VIH.

www.worldbank.org/aids

Estimado periodista:

En este apartado sobre América Latina y el Caribe encontrará una herramienta que busca colaborar en la comprensión de aquellas particularidades que caracterizan a la epidemia del VIH/SIDA en la región.

Si bien el Caribe es la segunda zona más afectada por el VIH en el mundo y en América Latina la prevalencia fue en aumento desde el inicio del nuevo siglo, el VIH/SIDA en la región resulta muchas veces invisibilizado. Hablar sobre VIH/SIDA es nombrar lo que muchos preferirían evitar: la generalización de la pobreza, la homofobia, las inequidades de género, la falta de acceso a los servicios de salud y educación, entre otros, son sólo algunos de los factores que caracterizan a la región y entorpecen la posibilidad de dar una respuesta efectiva al VIH/SIDA.

La XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA -AIDS 2008-, que tiene lugar en la Ciudad de México, es la primera en desarrollarse en América Latina. Bajo el lema "Acción Universal ¡Ya!", el acento está puesto en resaltar la urgencia de esta epidemia y exhorta a la responsabilidad tanto individual como colectiva. Y es aquí donde los comunicadores juegan un rol irremplazable.

Son muchas veces los medios de comunicación los que definen las agendas de la esfera pública. Una noticia puede enfatizar cierto atributo de un acontecimiento y relegar otros. Una cámara logra mostrar una imagen al mundo. Es por eso que este apartado pretende asistir a los comunicadores en su tarea, pero también busca comprometerlos en nuestro esfuerzo por darle voz a la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Porque existen dos alternativas: hablar o callar. Informar con fundamento es contribuir a la lucha contra la epidemia.



Pedro Cahn, MD, PhD
Co-Presidente de AIDS 2008
Presidente de la Sociedad Internacional de SIDA
Presidente de Fundación Huésped

VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: epidemias diferentes en contextos particulares

La epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe presenta uno de los desafíos más importantes para los sistemas sanitarios, la sociedad civil, los investigadores y los gobiernos. Paralelamente, ésta es la región con algunas de las respuestas más creativas y enérgicas.

Desde los inicios de la epidemia, la prevalencia y las poblaciones vulnerables fueron variando:

- Los usuarios de drogas inyectables, que en un inicio eran una población vulnerable para el Cono Sur, ahora lo son para México en su frontera norte, Puerto Rico y Bermudas.
- En Brasil el número de usuarios de drogas inyectables ha disminuido en algunas ciudades gracias a los programas de reducción de daños.
- En Argentina la mayoría de los nuevos casos se producen por relaciones sexuales heterosexuales, mientras que antes se concentraban en usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con hombres.
- Honduras, Guatemala, El Salvador y Panamá están llegando a niveles de prevalencia correspondientes a una epidemia generalizada.
- En Haití, uno de los países más afectados por la epidemia, con una prevalencia semejante a la de países de África (3,8% en la población adulta), hay indicadores significativos de reducciones en las formas de transmisión debido a cambios en el comportamiento sexual (aumento del uso de condones).
- La migración, las personas privadas de libertad, las bandas armadas en Centroamérica y las fronteras de México, son nuevas situaciones que afectan en la actualidad el proceso de la epidemia.

Algunos de los factores que entorpecen las acciones para dar respuesta al VIH/SIDA en la región son la generalización de la pobreza, las migraciones, la ausencia de liderazgo en algunos países, la homofobia, la violencia de género, la escasa investigación sobre los patrones de transmisión, el estigma y la discriminación, la presión de algunas iglesias para no promover el uso del condón, y leyes no adecuadas a los contextos de la epidemia.

Sin embargo, algo que no ha cambiado en la región es la forma de transmisión por vía sexual, que sigue presentando el mayor número de casos, sobre todo en las poblaciones más vulnerables como:

- Las trabajadoras sexuales que en Honduras, Surinam y Guyana alcanzan una prevalencia del 10%, Guatemala el 4% y El Salvador 3%. Sin embargo disminuyó la prevalencia en esta población en Argentina, con un 0,4%, y en Nicaragua y Panamá, con un 0,2%.
- Los hombres que tienen sexo con hombres representan un cuarto de las nuevas infecciones en Latinoamérica y la mitad de los nuevos casos en Brasil.
- Los jóvenes y en especial las mujeres entre 15 y 24 años.
- El grupo trans (travestis, transexuales y transgénero) presentan en casos como Perú una prevalencia del 45%.
- Los países del Caribe cuentan con una epidemia principalmente heterosexual por la demanda del turismo sexual.

Los tabúes sociales, el estigma y la discriminación son barreras que entorpecen mecanismos sociales e individuales que promueven las relaciones sexuales seguras y las acciones de atención y apoyo a las personas con el VIH. Por su parte, la falta de leyes sensibles en estos temas y con estas poblaciones provoca que los gobiernos impulsen acciones de atención en detrimento a las de prevención.

- La homofobia es uno de estos factores en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y México.
- La criminalización del trabajo sexual aumenta la vulnerabilidad de esta población y obstaculiza las acciones de prevención y atención.

Mujeres y jóvenes, dos poblaciones para atender en la región

La feminización de la epidemia, producto de la vulnerabilidad de esta población tanto biológica como socialmente, se refleja también en la región:

- En el Caribe, entre el total de adultos que viven con VIH, el 37% eran mujeres en 2001 y aumentó al 43% en 2007.
- En Latinoamérica el porcentaje de mujeres con VIH en 2007 era del 32%, lo que representa 512.000 personas.
- Las mujeres sufren una doble discriminación por el hecho de ser mujeres y por vivir con VIH.

Los grupos más vulnerables a la epidemia en la región siguen rezagados en el alcance de las acciones prevención, atención y apoyo especialmente en países del Caribe, América Central y la Región Andina.

En la "Declaración de Compromisos sobre el VIH/SIDA" de 2001, las Naciones Unidas esbozó la responsabilidad de reducir por 25% la prevalencia entre jóvenes de 15 a 24 años:

- En 2007, 2,5 millones de niños vivían con VIH en el mundo. De estos, 39.000 vivían en América Latina y 10.000 en el Caribe. En el 2007, se estima que las nuevas infecciones en esta población fueron 6.700 en América Latina y 2.000 en el Caribe.
- En Haití se retrasó la edad de inicio sexual y aumentó el uso de condón entre jóvenes de 15 a 24 años.
- Hubo una disminución significativa de la prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas jóvenes, sobre todo gracias a la atención prenatal.
- En Brasil, el 41,1% de los casos de VIH por vía sexual registrados en 2006 ocurrieron entre hombres de 13 a 24 años que tienen sexo con hombres.

Sin embargo, los resultados del monitoreo realizado en 9 países de la región (Argentina, Belice, Brasil, Chile, México, Nicaragua, Perú, Venezuela y Uruguay), sobre la integración y coordinación entre los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA, para atender las metas planteadas en dicha declaración de compromiso se encontró que:

- No se han realizado acciones de educación sexual y VIH/SIDA para jóvenes y adolescentes.
- No existen protocolos para la atención de víctimas de violencia sexual con la provisión de profilaxis post-exposición y anticoncepción de emergencia.
- Se encuentran fallas en asegurar la salud sexual y reproductiva en mujeres que viven con VIH.

América Latina

De acuerdo a lo antedicho, no puede hablarse de una sola epidemia en la región ya que contextos diferentes exigen abordajes particulares.

Las cifras generales en la región muestran que:

- La epidemia del VIH se mantiene estable desde 2003 con una prevalencia del 0,5%.
- El número estimado de nuevas infecciones fue 100.000 [47.000–220.000].
- Son 1,6 millones [1,4 millones–1,9 millones] las personas con VIH.
- Según las estimaciones, aproximadamente 58.000 [49.000–91.000] personas fallecieron a causa del SIDA.
- Para el 2015 se estima que habrá 3 millones de personas con VIH y un millón y medio de muertes.

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 y asegurar el tratamiento y la protección jurídica a quienes viven con VIH y las poblaciones más vulnerables.

Cada país, una realidad: Las muchas epidemias de la Región

Brasil, México, Argentina y Colombia son los países latinoamericanos con mayor población y, como consecuencia, con el mayor número de personas con VIH. Sin embargo, la prevalencia más alta se encuentra en los países más pequeños como **Honduras, Panamá, El Salvador o Guatemala**, donde la prevalencia en adultos ronda el 1%. En **Haití; Bahamas, Guyana y Belice** se observa una prevalencia superior al 2%.

Alrededor de un tercio de las personas con VIH en América Latina residen en **Brasil**, país pionero en ofrecer el acceso universal al tratamiento antirretroviral.

- Se estima que en 2006, 620.000 personas vivían con VIH.
- Al principio la epidemia se concentraba principalmente entre hombres que tenían sexo con hombres (que en la actualidad sigue siendo un factor importante en la epidemia de este país). Luego se propagó a usuarios de drogas inyectables y, con el tiempo, a la población general, entre la que se registra un número creciente de mujeres que se infectan.
- La prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables ha disminuido en algunas ciudades como resultado de los programas de reducción de daños.
- Durante los últimos cinco años, se ha reportado una tendencia general a la baja de nuevos casos, con 32.000 casos reportados en 2006.

México tiene un 0,3% de prevalencia y casi el 90% de los casos de VIH notificados resultan de relaciones sexuales sin protección, la mitad de ellos entre hombres que tuvieron sexo con hombres.

- Se estima que son 182 mil las personas infectadas en el país, de los cuales sólo una tercera parte conoce su estado serológico.
- El CENSIDA (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA) estima que aproximadamente 3.000 personas fallecen por año a causa enfermedades relacionadas al SIDA. Si bien está garantizado el acceso universal al tratamiento (actualmente hay 25.000 personas bajo el programa), muchas personas que viven con el virus llegan demasiado tarde a la atención y al tratamiento.
- El rol de las migraciones en México es todavía indeterminado. Algunos estudios muestran un crecimiento en la infección entre heterosexuales y una feminización de la epidemia en las zonas rurales, lo cual podría indicar que está relacionado con la migración a los Estados Unidos.

En **Argentina**, en años recientes, las relaciones sexuales sin protección se han convertido en la principal vía de transmisión del VIH.

- En el 2006, se estimaba que entre 130.000 y 150.000 personas vivían con el virus en el país, lo que significa un 0,6% de prevalencia en la población adulta.
- Se estima que dos de cada tres personas con VIH (entre 70 mil y 100 mil) desconocen su situación.
- La relación varón – mujer se redujo de 15:1 en 1988 a 2,4:1 en 2004, con un número desproporcionado de infecciones en la población joven de las zonas urbanas más pobres.
- Según las estimaciones, cuatro de cada cinco nuevos diagnósticos de VIH ocurridos en 2005 se atribuyeron a relaciones sexuales sin protección, principalmente heterosexual.
- La mayor prevalencia se registra entre hombres que tienen sexo con hombres.
- Las estimaciones indican que el uso de drogas inyectables es responsable de sólo un 5% de las nuevas infecciones registradas en la ciudad de Buenos Aires.

La epidemia del VIH en **Uruguay** se concentra principalmente en la capital, Montevideo, y sus alrededores, donde se han notificado más de tres cuartos del total de los casos de SIDA.

- Las relaciones sexuales sin protección, en su mayoría heterosexuales, son responsables de aproximadamente dos tercios de los casos de VIH notificados.
- Las prácticas sexuales entre hombres y el uso de equipos de inyección no estériles constituyen una importante causa de infección.
- 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.

En **Paraguay**, la epidemia se concentra principalmente en Asunción, la ciudad capital, así como en áreas limítrofes con Argentina y Brasil.

- La mayoría de las personas con VIH a fines de 2005 eran hombres.
- La prevalencia del VIH entre embarazadas a nivel nacional era del 0,3% en 2005.

Chile cuenta con una prevalencia del 0,3% y la mayor parte de las infecciones se concentran en zonas urbanas.

En **Bolivia** la prevalencia es del 0,1%, en **Ecuador** del 0,3% y en **Colombia** y **Perú** del 0,6% y las infecciones por VIH continúan concentradas entre hombres que tienen sexo con hombres.

- 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 hombres.
- 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.
- Las trabajadoras sexuales 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.
- En **Perú**, 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.

- Las relaciones sexuales entre hombres es un factor importante en **Ecuador**, donde los casos de VIH se duplicaron desde 2001 y más de las dos terceras partes de las transmisiones fueron causadas por esta vía.
- En **Colombia** el 83% del total de casos de SIDA se encuentra entre los hombres que tienen sexo con hombres y, tal como sucede en varios países de la región, éstos lo transmiten a sus parejas femeninas, modificando el comportamiento de la epidemia.

En América Central el virus se propaga principalmente entre los grupos más vulnerables y se concentra en las zonas urbanas y las rutas de transporte. La epidemia en esta región tiene como trasfondo la homofobia generalizada y se ha observado una alta prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres en **Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá**.

Guatemala tiene una prevalencia del 0,9%. Además de los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales, en los pueblos originarios como los Mayas, la prevalencia puede llegar a ser hasta 3 veces más elevada que entre la población mestiza.

Con un 1,5%, **Honduras** cuenta con una de las prevalencias más altas de la región. Sin embargo, algunos datos indican una prevalencia en descenso y el uso habitual de preservativos entre las poblaciones en más alto riesgo de infección.

- Los hallazgos preliminares de un estudio realizado en 2006 muestran una prevalencia del VIH del 5,7% entre hombres que tienen sexo con hombres en Tegucigalpa (una disminución respecto del 8,2% registrado en 2001 y respecto del 10% en 1998).
- En tres ciudades de Honduras también se ha observado un marcado descenso en la prevalencia del VIH entre trabajadoras sexuales.
- Entre los Garífuna (descendientes de esclavos nigerianos), que son una población con una pobreza generalizada y escaso acceso a los servicios de salud, se ve una prevalencia del 8,4% y entre las personas privadas de libertad del 7,6%.

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 hombres que tienen sexo con hombres. De esta manera, los esfuerzos preventivos no serán del todo eficientes hasta que no se busquen respuestas específicas a problemáticas diferentes.

El Caribe

La epidemia en esta sub-región varía significativamente por país y población, como reflejo de las culturas, etnias y de la diversidad geográfica. Como sucede en Latinoamérica, hay un crecimiento de casos en mujeres, jóvenes y, sobre todo, en mujeres jóvenes.

- Esta región es la segunda más afectada del mundo, después de África, con una prevalencia de 1%.
- De los 230.000 personas que viven con VIH en la sub-región, las mujeres adultas representan el 51% del total.
- Durante el 2007, 11.000 personas murieron por causas relacionadas al SIDA, de las cuales 1.500 fueron niñas/os y continúa siendo la primera causa de mortalidad en adultos de 15 a 44 años.

El Caribe presenta grandes avances en la materia ya que ha logrado una estabilización de la epidemia en la mayoría de los países. Se han desarrollado respuestas nacionales en términos de Comisiones Nacionales de SIDA, planes estratégicos, legislación, programas, servicios y una participación activa de las redes y de la sociedad civil, fortaleciendo la respuesta para el acceso a la prevención, el tratamiento y cuidado de las poblaciones.

Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables. En algunos países, los estudios han encontrado rangos de infección entre mujeres jóvenes entre 2 a 6 veces más alta que sus parejas masculinas.

En el Caribe, los factores estructurales que entorpecen la respuesta a la epidemia son la pobreza, la homofobia, el desempleo, el estigma y la discriminación y las desigualdades basadas en el género.

El principal modo de transmisión del VIH en esta región es la vía sexual, sobre todo en la población de hombres que tienen sexo con hombres, población que permanece invisibilizada por el estigma asociado. Los datos disponibles sugieren que alrededor de un 12% de las nuevas infecciones anuales corresponden a esta vía. Por su parte, las relaciones sexuales sin protección entre trabajadoras sexuales y clientes también constituyen un factor significativo en la transmisión del VIH.

Países distintos, respuestas distintas

Haití, donde se encuentra el mayor número de personas con VIH en esta región, cuenta con un 2,2% de prevalencia.

- En mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH disminuyó de 5,9% en 1996 a 3,1% en 2004 y estaba estabilizada para el 2006.
- Hay una tendencia decreciente en la capital, Puerto Príncipe y en otras ciudades, donde la prevalencia de VIH en mujeres de 14 a 44 años se redujo del 5,5% al 3% entre 2000 y 2005.
- La reducción de muertes asociadas al SIDA y el número de nuevas infecciones son producto de las acciones comunitarias, de agencias de cooperación y del gobierno en el fomento de cambios de comportamiento y fortalecimiento de la atención.

En la **República Dominicana**, la población de trabajadoras/es sexuales es una de las poblaciones más vulnerables. Un estudio halló que el uso de preservativos aumentó del 75% al 94% en 12 meses en esta población en la capital, Santo Domingo.

Cuba tiene la prevalencia más baja de la región (incluyendo a América Latina) con el 0,1% en población adulta.

- El programa de prevención materno infantil figura entre los más eficaces del mundo.
- Este país ofrece acceso universal gratuito al tratamiento antirretroviral, que ha limitado tanto el número de casos de SIDA como de muertes relacionadas con este.

La transmisión del VIH en **Guyana**, que cuenta con una prevalencia del 2,4%, se produce principalmente por relaciones sexuales sin protección. La última encuesta realizada en dispensarios prenatales en este país revela una prevalencia del VIH del 1,6% entre embarazadas que es inferior a la prevalencia observada en una encuesta similar de 2004.

Una epidemia que se está estabilizando

La estabilización de la epidemia no significa que se hayan detenido las nuevas infecciones por VIH o que haya disminuido el número de muertes asociadas al SIDA. Lo que esto indica es que las prevalencias se mantienen en las mismas cifras a lo largo del tiempo las que, en el caso de algunos países de América Central y el Caribe como **Barbados** (1,5%), **República Dominicana** (1,0%), **Jamaica** (1,5%) y las **Bahamas** (3,3%) y **Trinidad y Tobago** (2,6%) siguen siendo muy elevadas.

Es por esto que, si bien la estabilización de la epidemia es una buena noticia, 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 y 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 de la epidemia del VIH.

Los temas sociales en la agenda del Caribe continúan siendo el estigma asociado al VIH/SIDA, la discriminación de las poblaciones más vulnerables como los hombres que tienen sexo con hombres, las/os trabajadoras/es sexuales, usuarios de drogas inyectables y las cuestiones de género.

Referencias

- Az Prensa – España. *Los jóvenes siguen sin utilizar protección en relaciones sexuales a pesar del peligro de contagio*, 31/03/2008
- Barria / EFE. *Líderes durante la IV Reunión de la Coalición de Primeras Damas de América Latina*, 29/03/08
- Cohen. *VIH/SIDA: América Latina y el Caribe*, Science, Julio 2006
- Comisión Caribeña de Salud y Desarrollo, 2005; Inciardi, Syvertsen y Surratt, 2005
- El Mundo – España. *Brasil lanza una campaña para atajar el SIDA entre jóvenes homosexuales*, 10/04/2008
- Fundación Huésped. *Actualizaciones en SIDA*. Vol. 16, No. 59, Marzo del 2008
- Gupta et al., 2006; Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2005b; OPS, 2007; Gebre et al., 2006; Allen et al., 2006
- InfoPAE. *Aumentan los casos de VIH y SIDA en mujeres*, 01/04/08
- Kaiser Family Foundation. *HIV/AIDS Policy Fact Sheet. The HIV/AIDS Epidemic in the Caribbean*, November 2007
- Ministerio de Salud de Jamaica, 2007; Ministerio de Salud de las Bahamas, 2006; OPS y OMS, 2006; Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, 2007
- Montano et al., 2005; Programa Nacional del sida del Uruguay, 2007; IDES et al., 2005
- ONUSIDA y Coalición Mundial sobre Mujer y el SIDA. *Mantener la Promesa: Un programa para la acción sobre la mujer y el SIDA*, 2006
- ONUSIDA. *Hoja Informativa 05-06*. El Caribe
- ONUSIDA/OMS. *Situación de la epidemia de SIDA*, 2007
- Proceso – México. CENSIDA: *Sólo la mitad de los seropositivos reciben atención médica gratuita*, 02/04/2008
- UNAIDS. *2006 Report on the Global AIDS epidemic*
- UNAIDS. *2006 Report on the Global AIDS epidemic*, Annex 1, Country Profiles
- UNAIDS. *Inciting the World against AIDS*. November 2007

Realidad de las y los migrantes: vulnerabilidad y VIH/SIDA

De acuerdo con una investigación publicada en la revista *Lancet* y a las recomendaciones de ONUSIDA, a partir de 1995 las migraciones y otras formas de movilidad poblacional comenzaron a ser asociadas a la epidemia del VIH/SIDA.

El fenómeno migratorio puede ser definido de acuerdo con algunas variantes poblacionales. En primer lugar, es posible distinguir entre dos tipos de migrantes: quienes viajan a otro país a trabajar por tiempo limitado y quienes tienen la intención de vivir en otro país. A los grupos antes mencionados, se suma el fenómeno de las poblaciones móviles, aquellas que viajan de un territorio a otro por motivos laborales. En este grupo se encuentran los conductores de trailer, marineros, mineros o trabajadoras/es sexuales. El último grupo lo constituyen los desplazamientos, grupos de personas que se han visto obligadas a huir de su hogar para evitar un conflicto armado, de violencia generalizada, de violación a los derechos humanos o por catástrofes naturales y que se desplazan hacia otra zona dentro del mismo país.

Este artículo no busca dar datos específicos por país, sino enunciar información de algunos países con el fin de dar un marco amplio sobre el fenómeno de migración en América Latina:

- Los flujos migratorios de **Nicaragua** hacia **Costa Rica** responden a una combinación de factores como catástrofes naturales, conflictos políticos y desajustes económicos.
- **México** es el país con mayor número de migrantes de la región en Estados Unidos con 10,2 millones de personas, 6,5 millones de ellos indocumentados. Las remesas recibidas en el país por quienes viven fuera es superior a todas las demás fuentes de ingreso exterior, a excepción del petróleo.
- La sub-región del **Caribe** se caracteriza por una constante circulación interna y de migrantes no caribeños en tránsito. La mala observación de los derechos humanos y la falta de gobiernos estables promueven la movilización tanto dentro como fuera del Caribe.
- Entre **República Dominicana** y **Haití** se reportan los números más altos de migraciones.
- Según el censo de los Estados Unidos del año 2000, los migrantes caribeños en este país suman 2.879.000 personas.
- Colombia, debido al conflicto existente desde hace 50 años, representa el segundo contingente de población desplazada internamente más numeroso del mundo (después de Uganda), ascendiendo a 1,7 millones de personas, fundamentalmente de las zonas rurales a los pueblos más grandes o ciudades del país.

Estigma y vulnerabilidad

Algunos factores que incrementan la vulnerabilidad de las poblaciones migrantes son la ruptura y la creación de nuevas redes sociales como consecuencia de estar en movimiento, la inseguridad económica, la violencia social e institucional en los países de acogida, la violación sistemática de los derechos humanos, el índice de analfabetismo y –en algunos casos– el no saber hablar el idioma del país al que llegan. A esto se suma la discriminación debido al género, el idioma, el color de piel, la etnia y, en algunas de las ciudades de paso en la región, como “transmisores del SIDA”.

Las poblaciones móviles y los migrantes interactúan con la población residente tanto en los lugares de paso de frontera como al interior de los países de llegada. Algunas de estas interacciones se basan en la inequidad, donde los derechos humanos de los migrantes son vulnerados y los factores de riesgo a la infección por el VIH aumentan.

Este contexto favorece prácticas de alto riesgo en esta población como las relaciones sexuales forzadas, el llamado “sexo de supervivencia”, la incorporación al trabajo sexual, el uso de alcohol y drogas, las parejas múltiples y las relaciones sexuales sin protección.

El fenómeno migratorio afecta cada vez más a mujeres y jóvenes. Es por esto, que, además de ser migrantes, pueden tener la vulnerabilidad específica de otras poblaciones con prácticas de riesgo, tales como ser hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables (UDI) y/o trabajadoras/es sexuales (TS).

El nivel de exposición de las y los migrantes a la infección por VIH depende, en gran medida, de la forma de integración cultural al país de acogida:

- Los **factores protectores** de las y los migrantes que mantienen su cultura e idiosincrasia en el país de llegada son el pudor sexual, un menor número de parejas sexuales y el poco uso de alcohol y drogas. Los **factores de riesgo** de esta misma población son el machismo, las diferencias de poder entre las parejas sexuales y la falta de educación sexual.
- Los **factores protectores** de las y los migrantes que más han sufrido la pérdida de su propia cultura y se adecuan a del país receptor son el individualismo, la auto-determinación, el empoderamiento, la posibilidad de insistir en el uso del condón y un menor grado de machismo. Los **factores de riesgo** en esta misma población son un mayor número de parejas sexuales, la exposición a contextos donde el sexo casual y el uso de drogas son prácticas comunes.
 - *La presión por conseguir dinero puede llevar tanto a hombres como mujeres a intercambiar sexo por dinero, ropa, cobijo o alimento. A esto se le ha llamado “sexo de supervivencia”.*
 - *En los EEUU se ha encontrado que la mitad de los trabajadores agrícolas tienen contacto con trabajadoras sexuales, donde las trabajadoras sexuales latinas exigen menos el uso del condón que las trabajadoras sexuales norteamericanas.*
 - *Otro fenómeno asociado a la migración es el uso de drogas para disminuir la presión y evitar la depresión, así como el compartir jeringas para inyectarse vitaminas y antibióticos y así aumentar la energía en el trabajo.*

Diversas normas nacionales y tratados internacionales protegen los derechos de los migrantes:

- La convención Internacional para la Protección de los Derechos de Todos los Migrantes y los Miembros de sus Familias garantiza la atención de la salud para la preservación de la vida y evitar cualquier daño irreparable a su salud, dando iguales derechos a los migrantes que a los ciudadanos del país.
- La Cumbre Especial de las Américas desarrollada en México en el 2004 estableció en uno de sus acuerdos “la completa protección de los derechos humanos de todos los migrantes” e instó a los Estados a incrementar los esfuerzos para prevenir, controlar y tratar el VIH a través de la cooperación técnica regional. Este objetivo fue reiterado en la Cumbre de las Américas en Argentina en el 2005.
 - *Un estudio entre conductores de trailer en **Honduras** mostró que el 40% de quienes tuvieron sexo con trabajadoras sexuales no utilizó nunca un condón.*
 - *La prevalencia en la población de migrantes mexicanos en Estados Unidos es del 1%, el triple a la estimada a nivel nacional (0,3%).*
 - *En la triple frontera entre Brasil, Argentina y Paraguay, se diagnosticó una prevalencia mayor que en el interior de los países, así como servicios de escasa o baja calidad y condiciones sociales adversas. Los camioneros, usuarios de drogas, migrantes ilegales y trabajadoras sexuales constituyen en este caso las poblaciones vulnerables.*

- En los Planes Estratégicos de VIH/SIDA de Centroamérica y México se ha integrado a la población migrante como parte de la población vulnerable y en estos documentos se promueve que haya iniciativas de prevención y atención a migrantes y poblaciones móviles.
- En muchos de los países existen leyes específicas para migrantes que estructuran los derechos y responsabilidades de esta población. En la mayoría de estas leyes, como en el caso de la Ley sobre Migración de Argentina (Ley 25.871), se dicta el beneficio del acceso a todos los derechos de igual forma que los ciudadanos del país.

Sin embargo, la realidad en los países de acogida muestra que los acuerdos internacionales y las leyes nacionales no siempre impactan en la cotidianidad de quienes habitan en la región y el país. Muchas veces la condición de los indocumentados o inmigrantes ilegales los pone a merced de la explotación y la violación de los derechos humanos, limitando su acceso a los servicios de salud y otras fuentes de apoyo social, aumentando su vulnerabilidad y reduciendo su capacidad de comportamientos preventivos.

Por su parte, muchos migrantes, en el inicio y a veces en el largo plazo, no se integran en los círculos sociales y culturales del país al que llegan, lo que genera angustia, soledad y aislamiento, situaciones que pueden conllevar a tener comportamientos de riesgo. Un ejemplo de esto lo muestran las poblaciones indígenas que, en años recientes, han migrado en búsqueda de mejores ingresos. Sin embargo, las barreras culturales y lingüísticas bloquean su acceso a los servicios de prevención y atención.

Los Estados Unidos, el destino buscado.

Los Estados Unidos es el país más buscado por las migraciones latinas. En la actualidad aloja 12 millones de migrantes latinos, la mayoría de ellos concentrados en los estados con mayor prevalencia de VIH. Se estima que 200.000 latinos en ese país viven con VIH, representando el 19% de casos diagnosticados en el 2005 y el SIDA es la sexta causa de muerte en la población latina de entre los 25 y 44 años.

- En el total de mujeres con VIH en los EEUU en 2005, las latinas representaban el 16% de los casos.
- Entre los jóvenes con VIH, las y los adolescentes latinos (de 13 a 19 años) representan el 17% y los jóvenes latinos (de 20 a 24 años) el 22% de los casos.
- Tanto entre hombres latinos como en hombres blancos, la principal vía de transmisión es entre hombres que tienen sexo con hombres.
- La transmisión por relaciones heterosexuales y por uso de drogas inyectables es mayor en hombres latinos que en hombres blancos.
- La población latina cuenta con menos (o directamente no tiene) seguro público de salud, estando en esta situación el 24% de los latinos que viven con VIH/SIDA.
- Según un estudio entre la población latina, el 46% de ellos pensaba que el SIDA es el problema más grande en su comunidad.

Los Estados Unidos desarrolla algunas acciones para el acceso a medicamentos ARV de poblaciones de bajos ingresos que no puedan acceder a sistemas de seguro médico. Sin embargo, en migrantes se interpone el miedo a que se les niegue la naturalización o se los deporten por su situación de indocumentados. Como consecuencia, muchos latinos diagnosticados con infección por VIH ingresan a estos servicios en fases avanzadas de la enfermedad.

Acción para disminuir el VIH/SIDA entre migrantes

Las acciones de prevención en la población migrante deben tener en cuenta que a la vulnerabilidad específica por ser migrantes, se suman las vulnerabilidades propias de las poblaciones que son más afectadas por la epidemia del VIH/SIDA en la región: los hombres que tiene sexo con hombres, los usuarios de drogas inyectables y los trabajadores sexuales. Es por eso que éstas acciones deben estar atravesadas por la eliminación de la vulnerabilidad y el estigma a estas poblaciones.

“Es imprescindible rescatar a la migración de la agenda de la seguridad nacional y el terrorismo y trasladarla a la que naturalmente pertenece: la agenda del desarrollo, la justicia social y los derechos humanos” (OIM).

- Los mecanismos de implementación de las acciones de prevención, atención y tratamiento deben ser esquemas que aseguren la participación nacional, binacional y regional con el fin de que se pueda seguir el camino de las personas que migran.
- Se debe incrementar la percepción de vulnerabilidad en la población migrante y fortalecer sus habilidades, ya que en esta población la percepción de riesgo a la infección es mucho más baja a la que se presenta en las/os ciudadanas/os.
- Es importante trabajar en los temas de prevención y de promoción de los derechos con las mujeres, debido a su vulnerabilidad, sobre todo en lo que se refiere a la negociación sexual y al uso del condón, junto con una realidad del trabajo sexual como forma de vida y subsistencia.
- Las acciones de prevención y atención que se realizan, no sólo deben realizarse en el idioma del migrante, sino que además se tiene que tener sensibilidad a las diferencias culturales.
- Las acciones de prevención que se realizan en los países de origen de las y los migrantes están centralizadas, sobre todo, en las capitales y grandes ciudades. La población migrante generalmente pertenece a las zonas rurales donde no llegan la información y acciones para combatir la epidemia del VIH/SIDA.
- Es importante que los tomadores de decisiones consideren el costo-beneficio que se tiene en cuanto a realizar acciones de prevención que disminuirían sus gastos en atención y las necesidades básicas de atención en salud de los migrantes.

Referencias

- A. Dreser, et al. *Mobility and HIV/AIDS: The Vulnerability of Mobile Sex Workers in Central America and Mexico*, XIV International AIDS Conference, 2002
- Kendal, Tamil. *Migración, VIH/SIDA y Temas Relacionados*, Population Council
- M. Bronfman, et al. *Mobile Populations and HIV/AIDS in Central America, Mexico and the United States*, XIV International AIDS Conference, 2002
- M. Caballero, et al. *Migration, Gender and HIV/AIDS in Central America and Mexico*, XIV International AIDS Conference, 2002
- M. Negroni, et al. *Reaching Mobile Populations for AIDS Prevention in Southern Mexican Border Towns*, XIV International AIDS Conference, 2002
- Organización Internacional sobre Migración. *Revista Migraciones*, Números: Diciembre de 2005, Junio de 2006, Septiembre de 2006, diciembre de 2006, Diciembre de 2007
- Pan American Health Organization. *The UNGASS, Gender and Women's Vulnerability to HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. December 2002
- Population Council. *Mejorando la Prevención, el Diagnóstico y el Tratamiento para ITS/VIH/SIDA en Poblaciones Móviles: Camioneros en la Triple Frontera Brasil, Argentina y Paraguay*, 2005
- Population Council. *Migración y VIH/SIDA*, <http://www.popcouncil.org/migracion/>
- Kaiser Family Foundation. *HIV/AIDS Policy Fact Sheet, Latinos and HIV/AIDS*, July 2007

Un poder responsable: cobertura del VIH/SIDA en América Latina

Los medios de comunicación cumplen un rol fundamental en la construcción de la realidad social. A través de los medios, sobre todo del discurso periodístico, la sociedad accede a aquellos acontecimientos que no percibe en forma directa. Los medios proponen “qué pasa”, definen las agendas de la esfera pública y, al mismo tiempo, enfatizan ciertos atributos de la noticia y relegan otros. El discurso de los medios resulta privilegiado en la construcción de las imágenes y representaciones que la sociedad construye sobre los acontecimientos.

La historia del SIDA como objeto social comenzó con una noticia publicada en el diario *The New York Times*, el 3 de julio de 1981, que anunciaba el aumento de casos de neumonía en hombres homosexuales en los EEUU. A partir de ese momento inaugural, las noticias referidas al nuevo virus se dispersaron a nivel mundial. Sobre todo en América Latina, donde el subregistro de casos es tan elevado que impide visualizar el impacto real de la enfermedad, los medios de comunicación se convirtieron en el canal privilegiado para la construcción de la realidad sobre el VIH/SIDA.

En los comienzos de la epidemia, las metáforas referidas al VIH tendieron a reforzar las connotaciones negativas de comportamientos ya marginados: el estigma asociado al SIDA se entremezcló con las desigualdades sociales preexistentes.

- El uso de la metáfora *peste rosa* o el *cáncer gay* tendía a asociar al SIDA con la comunidad homosexual, figura que debió ser reemplazada en 1985 cuando quedó demostrada la transmisión heterosexual.
- Los llamados *grupos de riesgo* acentuaban la estigmatización de poblaciones como las/los trabajadores sexuales, las/los usuarios de drogas o las minorías sexuales.
- Metáforas que asociaban al VIH con la culpa, con el castigo, promovían la invisibilización de la epidemia.

En los medios de América Latina y el Caribe, las metáforas utilizadas en las noticias sobre VIH/SIDA fueron variando en coincidencia con los imaginarios construidos alrededor del VIH.

- Los retratos de la comunidad homosexual fueron perdiendo presencia a raíz del cambio en el perfil epidemiológico. Sin embargo, en países como México, esto tiene como consecuencia la invisibilidad de los casos de hombres que tienen sexo con hombres.
- Persiste el uso de términos como *homosexual*, *gay* o *bisexual*, que tienden a confundir una identidad sexual con un comportamiento sexual.
- 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.
- Subsiste la calificación del SIDA como el mal, metáfora que adjetivó, años antes, un fenómeno tan criminal como el nazismo.
- En diarios de América Central, como Nicaragua, es posible encontrar 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. 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. 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.

Nuevas formas de producción y consumo de la noticia

Como consecuencia del proceso de globalización de los mercados tanto económicos como simbólicos, en los últimos años la noticia se convirtió en una mercancía que, como cualquier otra, responde a las leyes del mercado. La espectacularización se convierte en la estrategia principal y, muchas veces, la función de informar queda relegada a la de entretener. Las retóricas sensacionalistas y el relato de casos individuales pasan a organizar los modos de contar el VIH/SIDA.

- En Bolivia, donde el subregistro es cercano al 90% y el VIH sigue siendo muy estigmatizado, cada nuevo caso se convierte en noticia.
- Noticias que acusan a personas de “inyectar” el VIH a otros, que atribuyen al SIDA una debacle económica, o el reporte de suicidios a causa del SIDA pueden encontrarse en los diarios centroamericanos.

Por último, 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 del VIH. Mientras la prensa espera ansiosamente la cura o, al menos, nuevos tratamientos, los tiempos de la ciencia son muchos más lentos.

- Tratamientos que apenas han superado alguna etapa de investigación son presentados como la “salvación”, sin tener en cuenta que quienes viven con VIH no aprovecharán sus beneficios hasta que éste no esté disponible.
- Titulares que destacan la falta de una vacuna descuidan los detalles sobre la prevención.
- Nuevos datos epidemiológicos alcanzan la atención de los medios, aunque muchas veces son mal interpretados y descontextualizados.

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, estas mismas lógicas de mercadeo reducen la extensión del producto periodístico que se resiente en la contextualización de los hechos contruidos.

Si bien el VIH/SIDA sigue siendo un tema en la agenda de los medios, su presencia es 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 antes que aquellos que informan sobre los aspectos sociales o estructurales de la epidemia.

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.

Derechos Humanos contra el estigma y la discriminación: cómo una epidemia se volvió un problema de desigualdad social

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. 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.

Se llama estigma a un descrédito atribuido arbitrariamente a quien posee cierta cualidad.

ONUSIDA lo definió como un medio poderoso de

control social que se aplica a través de la marginación, la exclusión y el ejercicio de poder sobre individuos que exhiben determinados rasgos.

En este punto es donde la discriminación entra en juego, generando la falta de acceso a los derechos humanos de cualquier ciudadana/o, negándole los servicios de prevención, atención y apoyo por no ser considerada/o persona.

En el caso del VIH/SIDA, el estigma y la discriminación conducen a:

- Reforzar las connotaciones negativas hacia comportamientos ya anteriormente marginados, como el trabajo sexual, el consumo de drogas o ciertas prácticas sexuales.
- Asociar la epidemia con una serie de metáforas que vinculan al VIH/SIDA con la culpa, la muerte, lo prohibido, que tendieron a acentuar la discriminación.
- Fortalecer la metáfora del VIH como “castigo” que, al mismo tiempo que atribuye la culpa al “distinto”, exige al resto de enfrentar el problema.
- Disminución de la percepción del riesgo individual, lo que limita los propios cuidados.
- Promover que las personas renuncien a conocer su condición serológica o resiguen el tratamiento y atención en beneficio del anonimato.
- Creer que el SIDA es una enfermedad de otros: de gays, de mujeres, de africanos, de “diferentes”, pero nunca de cualquiera, o de todos.

Derechos Humanos Ya!

Los derechos humanos no son sólo buenas intenciones de los países plasmadas en papel. Su historia nos remite a la protección de los más vulnerables y desprotegidos frente al poder. Durante el siglo XX, la Declaración Universal de Derechos Humanos promovió que los Estados generaran acciones para proteger la salud, la educación, la equidad, el trabajo digno, y el derecho a la intimidad. Otorgó un marco de referencia para ver la salud desde un punto de vista más integral y promover el acceso de todos a este derecho.

El estigma, la discriminación, el silencio, la negación y la falta de confidencialidad debilitan los esfuerzos de prevención, atención y apoyo y aumentan el impacto de la epidemia del VIH en los individuos, las familias, las comunidades y los países.

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.

La salud pública y los distintos ministerios de los gobiernos en Latinoamérica y el Caribe deben considerar la protección de los derechos humanos para acrecentar la mejora de los servicios de atención y prevención.

La Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH/SIDA, aprobada en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) en el año 2001 y firmada por los Estados Miembro de la ONU, se compromete a basar la respuesta a la epidemia en el marco de los derechos humanos. A siete años de los compromisos y los muchos recursos destinados a dar respuesta a la epidemia del SIDA, se ha hecho poco esfuerzo en invertir en programas que garanticen legalmente estos acuerdos.

En el caso del VIH, es importante que los siguientes derechos, enmarcados en diversos acuerdos internacionales, sean respetados:

- El derecho a no ser discriminado o estigmatizado por ningún factor interno o externo a la persona.
- El acceso a los medicamentos ARV y a una atención de calidad.
- El derecho de las personas que viven con VIH y de las poblaciones más vulnerables a participar en la elaboración de políticas y programas de SIDA.
- El acceso a la consejería voluntaria pre y post prueba en un entorno de confidencialidad.
- El derecho al acceso a la información sobre el VIH/SIDA y a la educación sexual como medio para acrecentar las capacidades de las personas para protegerse.
- El derecho al acceso a los métodos de prevención, como el condón, lubricante a base de agua, intercambio de jeringas y programas de reducción de daños, cuya eficacia ha sido científicamente comprobada.

*“La realización de los derechos humanos y de las libertades fundamentales para todas y todos, es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA”
Párrafo 58 de UNGASS.*

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.

Referencias

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

Population Council. *Migración*, México, 2007

Open Society Institute. *Los Derechos Humanos y el VIH/SIDA: Ahora Más que Nunca*, Segunda Edición, Septiembre de 2007

Acceso a ARV en América Latina y el Caribe

Desde el inicio de la era de Terapia Antiviral Altamente Activa (HAART, por su sigla en inglés) en 1996, una de las limitaciones más importantes para el acceso al tratamiento fue su elevado costo, situación que se agrava en aquellos países con menores recursos económicos.

En el último informe de la OMS, ONUSIDA y UNICEF (2007), la cobertura global al tratamiento abarca a más de 2 millones de personas, lo que significa que de un 7% que accedía en el 2003, se alcanzó una cobertura de un 28% de quienes lo necesitan.

- En América Latina y el Caribe, se estima acceden al tratamiento 355.000 personas de las 490.000 que lo necesitan. Esto representa un 72%.
- La región de Latinoamérica y el Caribe es la que cuenta con mayor cobertura entre las regiones con países de bajos y medianos ingresos.
- Se estima que los 15.000 niños que recibían tratamiento a finales del 2006 en la región, representan el 4,4% de quienes requieren antirretrovirales en Latinoamérica y el Caribe.

El diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA exigen el compromiso político 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.

En América Latina se han realizado acciones nacionales y regionales que han permitido alcanzar un mayor acceso al tratamiento, entre las que se pueden destacar:

- En el año 2000, la Iniciativa Mundial de Acceso Acelerado (IAA, por su sigla en inglés), junto con la competencia de las drogas genéricas y la presión pública de diferentes países, permitió una reducción significativa del precio de los medicamentos. La IAA representa una alianza público-privado de 5 empresas farmacéuticas y 5 organismos internacionales para mejorar la atención de las personas que viven con VIH.
- Los primeros en desarrollar una aproximación regional fueron los países del Caribe quienes, a través de la Comunidad del Caribe (CARICOM, por su sigla en inglés), en julio de 2002 alcanzaron la reducción de los precios del esquema de triple terapia a los mismos valores ofrecidos para el África Subsahariana.
- Posteriormente, los países de América Central, nucleados en el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), obtuvieron en enero del 2003 un descenso del costo de los medicamentos de marca en un 55%.
- Finalmente, 10 países de América Latina comenzaron la tercera iniciativa de compra conjunta de medicamentos. Fue desarrollada por los Ministerios de Salud andinos (Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), con la participación de Argentina, México, Paraguay y Uruguay. El logro de este espacio fue la reducción de un rango entre el 30% y 92% en el precio de medicamentos de marca y genéricos. Sin embargo, debido a las dificultades nacionales existentes en aquel momento, como los derechos arancelarios o la carencia de patentes, generaron la compra de medicamentos a precios superiores a los negociados.
- 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.

Otro aspecto que fundamenta el avance del acceso a los medicamentos es que la mayor parte de los países de América Latina son beneficiarios de los fondos internacionales, como el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, la OMS o el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para la Mitigación del SIDA (PEPFAR, por su sigla en inglés), destinados a la recaudación y desembolso de recursos para la lucha contra el SIDA.

El Acceso Universal al Tratamiento y la Atención no son sólo buenas intenciones de los gobiernos, sino que son acciones que previenen la muerte de miles de personas.

Sin embargo, la realidad en el acceso todavía tiene que cubrir distintas brechas. Según el Reporte 2007 del VIH/SIDA en las Américas de ONUSIDA, OMS y OPS, ningún país cuenta con el 100% de cobertura. Costa Rica y Cuba son los países que más cercanos están con una cobertura superior al 95%. República Dominicana y Haití, que son los países con mayor prevalencia, tienen un acceso del 37% y 39%, respectivamente. En el extremo inferior se encuentra Bolivia con 24% de acceso estimado a los medicamentos.

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). Esto explica por qué países como Brasil o Argentina, que cuentan con leyes que garantizan el acceso universal, tienen -según el informe mencionado- una cobertura del 85% y el 79% respectivamente.

Las barreras más significativas para el acceso a los medicamentos en los países que cuentan con la cobertura en sus políticas públicas son, por un lado, el estigma y la discriminación a las personas que viven con el VIH y los grupos más vulnerables. También influye la pobreza, que no permite que las personas que están alejadas de los centros de atención puedan acudir por sus medicamentos. Y por último, otra barrera es el no siempre contar con personal de salud debidamente capacitado y sensibilizado.

Todavía queda mucho por hacer, aún más cuando la muerte de miles de personas en la región puede evitarse mejorando las estructuras ya existentes. Como dijo la Dra. Mirta Roses, Directora de la OPS, durante su discurso de clausura del IV Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS: “la única manera de detener y revertir la epidemia del VIH es mediante una respuesta integral que logre un balance adecuado entre la prevención, la atención y el tratamiento, en un ambiente social de respeto y de ejercicio de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, la inclusión, y la no tolerancia al estigma y la discriminación”.

Referencias

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

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

Fundación Huésped. *Actualizaciones en SIDA*, Vol. 16, No. 59, Marzo del 2008

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

International Treatment Preparedness Coalition (ITPC). *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All*, December 2007

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

References (continuado)

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>

ONUSIDA, OMS & PAHO. *HIV and AIDS in the Americas. 2007 Report. The evolving epidemic, response and challenges ahead*, September 2007

OPS. *46o Consejo Directivo. El Acceso a la Atención para las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA*, Septiembre de 2005

Roses, Dra. Mirta. *Discurso de Clausura del IV Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA/ITS. Latinoamérica y el Caribe: Unidos en la diversidad hacia el acceso universal*, Abril de 2007

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>

Personalidades clave

Ricardo Baruch (México)

Ricardo Baruch es un joven activista. Coordina el Programa de Jóvenes de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA. Representa a América Latina en la Delegación de ONGs del Fondo Mundial y es el Punto Regional Focal para Latinoamérica de la Coalición Mundial de Jóvenes contra el SIDA (GYCA, por su sigla en inglés). Es co-coordinador de la Fuerza de Trabajo en VIH/SIDA de la Youth Coalition on Sexual and Reproductive Rights. www.youthaidscoalition.org

Mabel Bianco (Argentina)

Mabel Bianco es una reconocida defensora de los derechos de la mujer. Médica y epidemióloga, fundó y es la actual directora de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). Fue asesora del Ministerio de Salud y Acción Social argentino y dirigió el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y las ETS del Ministerio de Salud de la Nación. www.feim.org.ar

Carl Brown (Guyana)

Carl Brown es Director del Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS, que asocia a los distintos países del Caribe a través de sus Ministerios de Salud para dar una respuesta regional a la epidemia del VIH/SIDA. www.pancap.org

Mario Bronfman (México)

Mario Bronfman fue Investigador Titular del Instituto Nacional de Salud Pública de México y Director Ejecutivo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud de ese instituto. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Es Secretario Nacional del International Forum for Social Sciences in Health. Es representante para México y América Central de la Fundación Ford. www.fordfound.org

Robinson Cabello (Perú)

Robinson Cabello es integrante del Comité Ejecutivo del Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones No Gubernamentales con Servicio en VIH/SIDA (LACASSO), cargo desde donde representa y monitorea las acciones del Secretariado Regional. Es el Director Ejecutivo de Vía Libre. www.laccaso.org
www.vialibre.org.pe

Pedro Cahn (Argentina)

El Dr. Cahn, Doctor en Medicina, es Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Juan A. Fernández y Profesor Adjunto de Enfermedades Infecciosas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, donde recibió su formación médica. En 1989, el Dr. Cahn fundó la Fundación Húésped, una de las ONG dedicadas al VIH/SIDA más prestigiosas de Argentina, que hoy lo tiene como Director. Es copresidente de conferencia de la Conferencia Internacional de SIDA en la Ciudad de México en 2008 y es el actual presidente de la Sociedad Internacional de SIDA. www.huesped.org.ar

Xiomara Castro Zelaya (Honduras)

Xiomara Castro Zelaya es la Primera Dama de Honduras. Durante su gestión impulsa acciones orientadas a la prevención, tratamiento y cuidado del VIH/SIDA. Lideró la formación de la Coalición de Primeras Damas y Mujeres Líderes de América Latina para visualizar el tema de Mujer y SIDA.

www.primeradama.gob.hn

Pedro Chequer (Brasil)

El Dr. Chequer es coordinador del programa de Naciones Unidas contra el SIDA en Brasil. Fue el cofundador y, por muchos años presidió, el Programa Nacional de SIDA de Brasil, en el que supervisaba la implementación de la política brasileña de acceso universal al tratamiento y la prevención.

www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/brazil.asp

Raquel Child (México)

Raquel Child es asesora regional en Prevención del VIH/SIDA del Fondo de Población de Naciones Unidas, agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve la igualdad de oportunidades, salud y de derechos.

www.unfpa.org

Julio Frenk (México)

Julio Frenk fue Director Ejecutivo de Investigación e Información para las Políticas de la Organización Mundial de la Salud. Fue profesor visitante de la Universidad de Harvard y el primer director del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina de México. Se desempeñó como ministro de Salud de México de 2000 hasta 2006. Es Presidente Ejecutivo del Instituto Carso de la Salud

www.salud.carso.org

Eduardo Gotuzzo (Perú)

Eduardo Gotuzzo es Director del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Cayetano Heredia y del Gorgas International Course in Clinical Tropical Medicine de la Universidad Cayetano Heredia y de la University of Alabama. Presidió la Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas (ISID), la Asociación Peruana de Medicina Interna y la Asociación Panamericana de Enfermedades Infecciosas. Es miembro honorario de ASTMH y de la Academia Nacional de Medicina.

www.upch.edu.pe

Javier Hourcade Bellocq (Argentina)

Javier Hourcade Bellocq es Co-Presidente del Comité del Programa de Liderazgo de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA. Es representante regional para América Latina de la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA. Es miembro de la Junta de Gobierno del Fondo Mundial en la delegación de las comunidades de las personas viviendo con el VIH, TB y afectadas por la Malaria.

www.aidsalliance.org

Carol Jacobs (Barbados)

Carol Jacobs preside la Comisión Nacional sobre VIH/SIDA de Barbados. Fue titular de la Junta de Gobierno del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria donde representó a América Latina y el Caribe.

www.hiv-aids.gov.bb

Nils Kastberg (Panamá)

Es Director del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para América Latina y el Caribe. Con amplia experiencia de trabajo en países en vías de desarrollo, ha impulsado avances en temas relacionados con la salud materna, el VIH/SIDA y el respeto de los derechos de niños y adolescentes.

www.unicef.org/lac

Orlando Montoya (Ecuador)

Orlando Montoya es Director de la Fundación Ecuatoriana Equidad y Coordinador de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de Latinoamérica, ASICAL (Red Latinoamericana de Grupos GLBTT y HSH).

www.asical.org

Jean Pape (Haiti)

Jean Pape es profesor de Medicina en Weill Cornell y en la Universidad Estatal de Haití. Ha trabajado en ese país desde que la epidemia de SIDA se estableció a comienzos de la década de 1980. Fue fundador de GHESKIO (Groupe Haitien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes). Dirige los programas de investigación y entrenamiento sobre VIH/SIDA y tuberculosis del Instituto Nacional de Salud y fue reconocido entre los diez haitianos que más contribuciones han hecho a su país.

www.gheskio.org

Carlos Passarelli (Brasil)

Carlos Passarelli Director Ejecutivo del Centro Internacional de Cooperación Internacional en VIH/SIDA (CICT), el único organismo facilitador de la cooperación técnica internacional sobre VIH/SIDA en América Latina. Es Vice Director del Programa Nacional de SIDA del Brasil.

www.aids.gov.br

Jorge Pérez (Cuba)

Jorge Pérez es Director del Programa Nacional de SIDA en Cuba y Vice Director del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri (IPK). También dirige el Hospital IPK de La Habana y fue director fundador del Sanatorio Santiago de las Vegas.

www.sld.cu/servicios/sida

Patricia Pérez (Argentina)

Patricia Pérez forma parte de la Junta Directiva de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/ SIDA (ICW, por su sigla en inglés) y es la Secretaria Regional de esa comunidad para América Latina y el Caribe. Propulsó la formación de la Coalición de Primeras Damas y Mujeres Líderes de América Latina para visualizar el tema de Mujer y SIDA.

www.icwlatina.org

Elena Reynaga (Argentina)

Elena Reynaga es Secretaria General de la Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina (AMMAR) y Secretaria Ejecutiva de la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (RedTraSex). Es miembro de la mesa directiva de la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA).

www.ammarr.org.ar

www.redtralsex.org.ar

Marcela Romero (Argentina)

Marcela Romero es coordinadora de la Red de Latinoamérica y el Caribe de Personas Trans, una red de información, acción y denuncia que representa a travestis, transexuales y transgéneros. Es vicepresidenta de la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans.

www.redlactrans.org

www.lgbt.org.ar

Mirta Roses Periago (Argentina)

Mirta Roses Periago es Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fue Directora Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fue líder del equipo del Centro de Epidemiología del Caribe, en Trinidad y Tobago. Trabajó en el Ministerio de Salud Pública de la Nación, donde se desempeñó en diversos cargos en las áreas de Epidemiología, Investigación y Emergencias Sanitarias.

www.paho.org

Graciela Violeta Ross (Bolivia)

Ross es una joven boliviana que se convirtió en activista después de haber sido violada e infectada con VIH. En la actualidad es la presidenta nacional de la Red Boliviana de Personas que Viven con VIH/SIDA (REDBOL), y es miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/SIDA. En sus apariciones públicas, alienta a las mujeres a comprometerse en temas políticos, culturales y de género. En 2006, se desempeñó como copresidenta del Comité del Programa Comunitario de la XVI Conferencia Internacional de SIDA en Toronto.

www.icw.org

Jorge Saavedra (México)

El Dr. Saavedra ha dirigido el Programa Nacional de VIH/SIDA en México (Censida) desde 2003 y lanzó el programa que busca el acceso universal a los medicamentos contra el SIDA. Anteriormente, fue miembro del directorio del Fondo Mundial. En 2000, el Dr. Saavedra fundó la Clínica para Cuidados Ambulatorios del VIH en México, que se convirtió en el centro de cuidados de ese tipo más grande de ese país. Como la primera persona homosexual en tener un puesto importante en el gobierno mexicano, el Dr. Saavedra ha defendido los derechos de los homosexuales VIH positivos.

www.salud.gob.mx/conasida

Horacio Salomón (Argentina)

Horacio Salomón es el director del Centro Nacional de Referencia en SIDA de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Bioquímico egresado en la Universidad Nacional de Córdoba y doctorado en el área Virología de la Universidad de Buenos Aires, es investigador del CONICET y de la Red de Caracterización de Virus de VIH de la OMS.

www.cnrsida.org.ar

Mauro Schechter (Brasil)

Mauro Schechter es Profesor de Enfermedades Infecciosas y encabeza el Laboratorio de Investigaciones sobre VIH/SIDA de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Es miembro de paneles consultivos sobre terapias antiretrovirales para la OMS, IAS y el Ministerio de Salud de Brasil. Es miembro del Comité Científico de la Iniciativa Internacional por una vacuna contra el SIDA (IAVI, por su sigla en inglés) y miembro del Consejo Directivo del Centro Internacional para la igualdad en el acceso a la salud (ICEHA, por su sigla en inglés), de Nueva York.

www.ufrj.br

Luis Soto Ramírez (México)

Luis Soto Ramírez es Director de la Unidad de Virología Molecular del Departamento de Enfermedades Infecciosas de INNSZ. Es miembro del Consejo Directivo de la Sociedad Internacional de SIDA desde 2000 y representa a la región de Latino América y el Caribe desde 2004. Autor de más de cuarenta publicaciones científicas, co-preside la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, AIDS 2008.

www.innsz.mx

Richard Stern (Costa Rica)

Richard Stern es un reconocido activista por los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA. Preside en Costa Rica la Asociación de Derechos Humanos Agua Buena.

www.aguabuena.org

Paulo Texeira (Brasil)

El Dr. Teixeira es el antiguo Director del Departamento de VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ganó reconocimiento mundial por el trabajo sobre VIH/SIDA que realizó en Brasil y Latinoamérica. El Dr. Teixeira fue 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. Fue pionero, junto con su programa en Brasil, de la distribución gratuita y universal de ARV, que se ha convertido en modelo para otros países en vías de desarrollo que enfrentan el VIH/SIDA. Actualmente se encuentra involucrado en temas relacionados con el medio ambiente.

www.who.int/hiv

Patrick Welsh (Nicaragua)

Patrick Welsh es Vicepresidente de la Asociación de Hombres contra la Violencia en Nicaragua. Nacido en Irlanda del Norte, tiene una importante trayectoria en Cooperación Internacional en América Central. Miles de hombres han pasado por los talleres que él dicta desde la Asociación de Hombres contra la Violencia.

www.canteranicaragua.org

Marcelo Wolf Reyes (Chile)

Marcelo Wolf es internista infectólogo. Es Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Es Director de la Fundación Arriarán, la principal institución asistencial de capacitación e investigación clínica sobre VIH/SIDA de Chile.

www.fundacionarriaran.cl

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.

Argentina

Dr. Claudio Bloch

Director del Programa Nacional de lucha contra los retrovirus del humano, VIH/sida y ETS

Ministerio de Salud

Av. 9 de Julio 1925 8º.

Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4384-0324/ 25

cbloch@msal.gov.ar

Dr. Rubén Mayorga

Consejero de Monitoreo y Evaluación, ONUSIDA

Marcelo T. de Alvear 684 8º. C1058AAH

Buenos Aires, Argentina

Argentina

Tel: +54 11 4314-2376

Fax: +54 11 4313-1880

mayorgar@unaids.org

Asistente Administrativo: Alejandro González

gonzaleza@unaids.org

Kurt Frieder

Director Ejecutivo – Fundación Huésped

Pje. Peluffo 3932. C1202ABB.

Buenos Aires, Argentina

Tel/fax: +54 11 4981-7777

kurt@huesped.org.ar

www.huesped.org.ar

Elena Reynaga

Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina y Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe

Piedras 519, 10º A.

Buenos Aires, Argentina

Tel/fax: +54 11 4342-0574

presidencia@redtralsex.org.ar

www.ammar.org.ar

www.redtralsex.org.ar

Graciela Touze

Intercambios

Corrientes 2548, 2º D. CP 1046

Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4954-7272

Fax: +54 11 4954-1333

intercambios@intercambios.org.ar

www.intercambios.org.ar

Dra. Mabel Bianco

Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer
Paraná 135 3º 13.

Buenos Aires, Argentina

Tel/fax: +54 11 4372-2763

feim@ciudad.com.ar

www.feim.org.ar

Dr. Héctor Pérez

Consejo de Gobierno del International AIDS Society

Fundación Huésped

Pje. Angel Peluffo 3932 – C1202ABB

Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4981-7777

www.iasociety.org

Javier Hourcade-Bellocq

Oficina del Representante Regional de la Alianza Internacional

Av. Las Heras 2007 4º. CP 1127

Buenos Aires, Argentina

Tel/fax: +54 11 4807-2772

jhourcade@aidsalliance.org

www.aidsalliance.org

Marcela Romero

Secretaría Regional de la RedLacTrans

Callao 339 5º. C1022AAD

Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 911 6476-4182

www.redlactrans.org

Bolivia**Dra. Patricia Bracamonte**

UNAIDS Country Coordinator
Ave. Benavides 786, Miraflores
Casilla de Correo 18-0923
Lima 18, Peru
Tel: +51 1 213-3200 Ext. 1801
Fax: +51 1 447-1441
Asistente: Giannina Sanguinetti
giannina.sanguinetti@undp.org.pe

Dr. Juan Pablo Protto

UNAIDS Focal Point
Calle Víctor Sanjines 2678 3º. Edificio Barcelona.
Sopocachi, Casilla 9790, La Paz
Tel: +59 12 212-5866/ 242-2637
Fax: +59 12 242-2665
jprotto@bol.ops-oms.org

Edgar Valdez

Instituto de Desarrollo Humano (IDH)
Tel/fax: + 59 14 440-0906/ 411-8315
Cochabamba
idh@supernet.com.bo
www.idhbolivia.org

Daniel Ruiz Diaz

Secretario Nacional de la Red Bol+
Resp. Prog. DDHH-CAFOD del IDH
Miembro del MCP-Bolivia
Consejero de Red La+
Casilla de Correo 5351 – Cochabamba, Bolivia.
Tel/fax: +59 14 440-0906
danielruiz94@hotmail.com.bo

Brasil**Dra. Mariangela Simao**

Directora – Programa Nacional STD/AIDS.
Ministerio de Salud.
SEPN Quadra 511, Bloco C, 2º Andar, Av. W3 Norte.
DF 70750-543,
Brasília, Brasil
Tel: +55 61 3448-8003/8006
Fax: +55 61 3448-8224
mariangela.simao@aids.gov.br

Dr. Pedro Chequer

Coordinador del Pais, ONUSIDA
EQSW 103/104 Lote 1 Bloco C
CEP 70670-350 - Brasília – DF, Brazil
Tel: +55 61 3038-9220 / 3038-9223 (directo)
Fax: +55 61 3038-9229
chequerp@un aids.org
Asistente: Daniela Barros
barrosd@un aids.org

Naiara G. da Costa Chaves

ONUSIDA. Programme Officer
Tel: +55 61 3038-9220
costan@un aids.org

Willian Amaral

Vice-presidente – Grupo Pela Vidda
Av. Rio Branco, 135 – Grupos 709/713 - Centro -
20.090-002
Rio de Janeiro - RJ - Brazil
Tel: +55 21 2518-3993
Fax: +55 21 2518-1997
wamaral@alternex.com.br
www.pelavidda.org.br

Alessandra Nilo

Coodinadora GESTOS
Rua dos Médicos 68, Boa Vista CEP 50070 – 290.
Recife, PE, Brasil.
Tel: +55 81 3421-7670
gestos@gestospe.com.br
www.gestos.org.br

Roseli Tardelli

Editora Ejecutiva. Agência de Notícias da Aids
Avenida Paulista, 2073 – Horsa 1 – Sala 822
– Cerqueira César – São Paulo/SP
Cep. 01311-300
Tel: +55 11 3266-2107/ 3284-6602
jornalismo@agenciaaids.com.br
www.agenciaaids.com.br

Celso Ramos Filho

Consejo de Gobierno del International AIDS Society
Coordinador del Centro Internacional de
Cooperación Técnica en VIH/sida
Avenida Nossa Senhora de Copacabana 680,
sala 1114.
CEP 22050-000
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
www.iasociety.org

Chile

Dra. Anabella Arredondo

ONUSIDA. Focal Point
UNAIDS National Programme Officer
Av. Dag Hammarjösöld 3241, Vitacura
Santiago, Chile
Casilla 197- D
Tel: +56 2 654-1000
Fax: +56 2 337-2444
arredondda@unids.org

Marco Becerra

Presidente Sidacción
Corporación Chilena de Prevención del SIDA
Tel: +56 2 222-8356/ 665-9367
mabecr@yahoo.com
www.sidaccion.cl

Dr. Marcelo Wolff Reyes

Médico Infectólogo - Grupo SIDA Chile/ Coordinador de la Cohorte Nacional
Santa Elvira 629 Subterráneo – Santiago, Chile
Tel: +56 2 555-0680
mwolff@sidachile.cl
www.sidachile.cl

Roberto Bravo

APROFA
Valenzuela, Nº1098 Of. 41, Providencia
Tel.: +56 2 235-1461/235-1454
Fax: +56 2 235-1422
rbravo@aprofa.org
www.aprofa.cl

Colombia

Dr. Ricardo Luque Núñez

Asesor Dirección General de Salud Pública,
Responsable Área VIH/Sida
Ministerio de la Protección Social
Carrera 13 No. 32-76, piso 14
Bogotá D.C., Colombia
Tel: +57 1 330 50 00 Ext. 1424
Fax: +57 1 330 50 50
rluque@minproteccionsocial.gov.co

Dr. Ricardo Garcia Bernal

UNAIDS National Country Officer
Calle 102 No. 18-61
Bogotá D.C., Colombia
Tel: +57 1 646-7000 Ext. 322
Fax: +57 1 655-6010
ricardo.garcia@unodc.org
Asistente: Nayibt Salom
salomn@unids.org

Costa Rica

Dr. Alberto Stella

UNAIDS Country Coordinator
Casa de las Naciones Unidas
Ave. Rep. de Panamá, Col.Palmira, P.O. Box 976
Tegucigalpa, MDC, Honduras
Tel: +504 220-1100/01/02 ext.1706
Fax: +504 269-1246
stellaa@unids.org

Ivonne Carolina Zelaya

ONUSIDA. Focal Point
Tel: +506 2296-6800
Fax: +506 2231-3604
zelaya@unhcr.org

Richard Stern, Ph.D.

Director – Asociación de Derechos Humanos
Agua Buena
Apartado 366-2200 – Coronado, Costa Rica
Tel/fax: +506 280-3548
rastern@aguabuena.org
www.aguabuena.org

Dra. Lidieth Carballo Quesada

Viceministra de Salud y Presidenta de CONASIDA
Calle 10, Av. 34, contiguo a la Cruz Roja Costarricense.
San José, Costa Rica
Tel: +506 222-4018
CONASIDA: +506 256-9413
carballo@netsalud.sa.cr
vicems@netsalud.sa.cr

Cuba**Chisa Mikami**

Punto Focal - ONUSIDA
 Tel: +53 7 204-1512/13
 Fax: +53 7 204-1516
chisa.mikami@undp.org

Dr. Jorge Pérez

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/
 VIH/SIDA
 Tel: +53 7 838-3890
www.sld.cu/servicios/sida

Ecuador**Kristina Morales**

Punto Focal - ONUSIDA
 Coordinadora Técnica de Onusida
 Ave. Amazonas 2889 y La Granja
 Edificio Naciones Unidas
 Quito, Ecuador
 Tel: +593-2246-0330 extensión 1517
kmorales@unicef.org

Orlando Montoya

Fundación Ecuatoriana Equidad
 ASICAL
www.equidadecuador.org
www.asical.org

El Salvador**Dr. José Guillermo Galván Orlich**

Director Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Ministerio
 de Salud Pública y Asistencia Social
 Calle Arce N° 827. San Salvador, El Salvador, C.A.
 Tel: +503 2205-7302
 Fax: +503 2221-0790
ggalvan@mspaspas.gob.sv

Embajador Rodrigo Simán Siri

Secretario Ejecutivo. Comisión Nacional Contra el
 SIDA de El Salvador, CONASIDA Ministerio de Salud
 Pública y Asistencia Social
 Calle Arce N° 827
 San Salvador, El Salvador, C.A.
 Tel: +503 2205-7301
 Fax: +503 2222-0842
rsiman@mspaspas.gob.sv

Dr. Herbert Betancourt

Representante Nacional, ONUSIDA
 UNFPA
 3ª Calle Poniente No. 4048
 Entre 77 y 79 Ave. Norte
 Colonia Escalón
 San Salvador, El Salvador
 Tel: +503 2263-0066
 Fax: +503 2263-3507
herbert.betancourt@undp.org

Jorge Odir Miranda

Director/ Presidente - Asociación Atlacatl Vivo Positivo
 43 Av. Sur y 12 Calle Pte. # 606, Colonia Flor Blanca,
 San Salvador, El Salvador C.A
 Tel/fax: +503 2298-3950 / 2298-5801 / 2298-4697
dejecutiva@atlacatl.net
www.atlacatl.net

Mauricio Antonio Araujo

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

Guatemala**Dra. Maria Tallarico**

Coordinadora del País, ONUSIDA
 5ª. Avenida 5-55, zona 14 Edificio Europlaza 12º.
 Nivel Torre IV
 Guatemala City 01010, Guatemala
 Tel: +502 2381-8602 (direct) / 2381 8600
 Fax: +502 2385-3855 / 2384 3200
tallaricom@unaids.org
 Asistente: Beatriz Morales
beatriz.morales@undp.org

Lic. Mariel Castro Méndez

Directora del Programa Nacional de Prevención
 y Control de ITS/VIH/SIDA
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 5ª. Avenida 11-40, zona 11 Col. El Progreso
 Ciudad de Guatemala, Guatemala
 Tel: +502 2445-4037/ 3788/ 4090
 Fax: +502 2445-4037
pns@drpap-mspaspas.gob.gt

Guyana

Carl Brown

Pan-Caribbean Partnership Against HIV/AIDS
(PANCAP)
90-91 Duke St.- Kingston, Georgetown – Guyana
Tel: +59 2 223-5028/ 226-4148
Fax: +59 2 226-4127
www.pancap.org

Honduras

Dr. Alberto Stella

UNAIDS Country Coordinator
Casa de las Naciones Unidas
Ave. Rep. de Panamá Col. Palmira,
P.O. Box 976
Tegucigalpa, MDC, Honduras
Tel: +504 220-1100/01/02 ext. 1706
Fax: +504 269-1246
stellaa@unaids.org
Asistente: Itza Gisselle Chévez
itza.chevez@undp.org

Ivette Lorenzana de Rivera

Departamento de Microbiología – Universidad
Nacional Autónoma de Honduras
Consejo de Gobierno del International
AIDS Society
Tegucigalpa MDC, Honduras. C.A.
Tel/fax: +504 232-5836
ivette@cablecolor.hn

México

Dr. Ernesto Guerrero

Coordinador del País, ONUSIDA
Ciudad del Saber, Edif. 155
Apartado postal 0816-01914
Panama City, Panama
Tel: +507 302-4582 (UNAIDS) /
+507 302-4500 (PNUD)
Fax: +507 302-4583
guerreroe@unaids.org
Asistente: Dayra Díaz
dayra.diaz@un.org.pa

Antonio Medina

Coordinador - NotieSe
Canarias 45 Col. San Simón Ticumac C.P. 03660,
México, D. F.
Tel: +52 55-5532-2751
amedina27@yahoo.com.mx
www.notiese.org

Carlos Garcia de León

Asesor Principal Ave de México
Versalles 65 P.B. Col. Juárez.
Cuauhtémoc. México D. F.
Tel: +52 55-1054-3212 /1054-3213
carlosgarcia@avedemexico.org.mx
www.avedemexico.org.mx

Juan Jacobo Hernández

Colectivo Sol
Cuauhnochtli 11 Col. Pueblo Quieto, C.P. 14040
México, D.F.
Tel: +52 55-5606-7216 / 5666-6849
colsol@laneta.apc.org

Dr. Jorge A. Saavedra

Dirección General Centro Nacional para la
Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
Ministerio de Salud
Calle Herschel No. 119, 6° piso, Col. Verónica Anzures.
México D.F., México
Tel: +52 55-5250-4815 / 4826
Fax: +52 55-5250-4826
jsaavedra@salud.gob.mx

Nicaragua

Dr. Reynaldo Aguilar

Punto Focal, ONUSIDA
SCH Coordinador del Programa
OPS/OMS
Ministerio de Salud, Camino a la Sabana, Edificio
Conchita Palacio
Apartado 1309
Managua, Nicaragua
Tel: +50 5 289-4200
Fax: +50 5 289-4999
Aguilarr@nic.ops-oms.org

Sergio Bonilla

Punto Focal - Red Centroamericana de Personas que Viven con VIH/SIDA (Redca+)
Tel: +50 5 818-1692
sbonilla28@yahoo.com

Olga Moraga

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: +50 5 268-0687/8
Fax: +50 5 268-0694
omoraga@unicef.org

Dra. Sara Moraga Amador

Responsable del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA
Ministerio de Salud
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacio". Colonia Primero de Mayo Pista la Sabana.
Managua, Nicaragua
Tel/fax: +50 5 289-4402
smoraga@minsa.gob.ni
moragasara@yahoo.com

Panamá**Dr. Yira Ibarra**

Jefa del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Ministerio de Salud
Antiguo Hospital Gorgas, Ancón
Panama, Panamá
Tel: +507-512-9321
Fax: +507-512-9473
yibarra@minsa.gob.pa
pnsminsa@hotmail.com

Dr. César Antonio Núñez

Equipo de Apoyo Regional para América Latina, ONUSIDA
c/o PNUD
Casa de Naciones Unidas
Clayton, Ciudad del Saber
Edificio 128
Panamá, Rep de Panamá
Tel: +507-302-4592 / 302-4511 (direct)
Fax: +507-302-4572
nunezc@unaids.org

Mrs. Yasira López

ONUSIDA. Secretaria
Tel: +507-302-4592
lopezy@unaids.org

Mrs. Rosemeire Munhoz

Consejera Regional del Programa, ONUSIDA
Tel: +507-302-4509
munhozr@unaids.org

Luis Carlos Sanjur

Oficina de Comunicaciones
Tel: +507-302-4515
sanjurl@unaids.org

Dr. Ernesto Guerrero

Coordinador del País, ONUSIDA
Ciudad del Saber, Edif. 155
Apartado postal 0816-01914
Panama City, Panama
Tel: +507-302-4582 (ONUSIDA)
+507-302-4500 (PNUD)
Fax: +507-302-4583
guerreroe@unaids.org
Asistente: Dayra Díaz
dayra.diaz@un.org.pa

Perú**Dra. Patricia Bracamonte**

Coordinadora del País, ONUSIDA
c/o PNUD
Ave. Benavides 786, Miraflores
Casilla de Correo 18-0923
Lima 18, Peru
Tel: +51 1 213-3200 Ext. 1801
Fax: +51 1 447-1441
Ruben.mayorga@undp.org.pe
Asistente: Giannina Sanguinetti
giannina.sanguinetti@undp.org.pe

Alicia Quintana

Instituto de Educación y Salud IES
República de Chile 641- Lima 11. Perú
Tel: + 51 1 433-6314
ies@terra.com.pe
aliciaqs@yahoo.com
www.ies.org.pe

Perú (continuado)

Robinson Cabellos

Presidente del Consejo Directivo de Vía Libre
Jr. Paraguay 478, Lima Cercado - Perú
Central Telefónica: +51 1 433-1396
Fax: +51 1 433-1578
sida@vialibre.org.pe

República Dominicana

Ernesto Guerrero

Oficial de País, ONUSIDA
Tel: +1 809 565-1155
Fax: +1 809 565-1146
eguerrero@undp.org.do

Uruguay

Soc. Juan José Mere

Director de Programas - Iniciativa Latinoamericana
Tel: +598 2 902-3186
jjmere@adinet.com.uy
www.iniciativalatinoamericana.org

Dr. Eduardo Savio

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 2 487-6981
esavio@fmed.edu.uy

Dr. María Luz Osimani

Directora del Programa Prioritario de ITS/SIDA,
Ministerio de Salud Pública
Avenida 18 de Julio 1892, 4to piso
Montevideo, Uruguay
Tel: +598 2 408-8296 / 402-2424
Fax: +598 2 408-8399
mosimani@mosp.gub.uy

Venezuela

Punto Focal, ONUSIDA

Torre Gerencial Moehdano
Piso 9, Oficina 9-B
Urbanización La Castellana
Caracas, Venezuela
Tel: +58 212 264-5056 / 899-5041 (Directo)
899-5090 (Asistente)

Fax: +58 212 264-3773
Asistente: Cristina Casado
Fax: +58 212 899-5090
casadoc@unaid.org

Edgar Carrasco

Acción Ciudadana contra el SIDA (ACCSI)
Av. Rómulo Gallegos. Edif. Maracay, Piso 11, Apto. 21,
El Marqués, Caracas
Tel/fax: +58 2 235-9215
accsi@ccs.internet.ve
www.internet.ve/accsi

Dra. Deisy Matos

Coordinadora del Programa de SIDA/ITS
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Edificio Sur, Piso 2, Oficina 212. Centro Simón Bolívar.
Urbanización El Silencio. Caracas, Venezuela
Tel: +58 212 408-0637
Fax: +58 212 408-0308
deisymatos@gmail.com
dmatos@mpps.gob.ve

Jesús Robles

Presidente del Grupo Temático de ONUSIDA en Venezuela
Torre Gerencial Moehdano. Piso 9, Oficina 9-B.
Urbanización La Castellana. Caracas, Venezuela
Tel: +58 212 264-5056
Fax: +58 212 264-3773
jesus.robles@undp.org

Cristina Casado

Asociada de Programas
ONUSIDA Venezuela
casadoc@unaid.org



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.

La Fundación Kaiser Family: 2400 Sand Hill Road, Menlo Park, CA 94025 USA Teléfono: +1 650.854.9400 Fax: +1 650.854.4800
Oficinas en Washington: 1330 G Street N.W., Washington, DC 20005 USA Teléfono: +1 202.347.5270 Fax: +1 202.347.5274

www.kff.org