

ONUSIDA INFORME OUTLOOK | 2011

OUTLOOK



Copyright © 2011

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
(ONUSIDA)

Quedan todos los derechos reservados.

ISBN: 978-92-9173-894-6

Las designaciones empleadas y la presentación del material contenido en este medio no implican la expresión de opinión alguna por parte del ONUSIDA con respecto a la situación jurídica de cualquier país, territorio, ciudad o zona, ni sobre sus autoridades, así como tampoco el reconocimiento de ninguna delimitación fronteriza o límite. El ONUSIDA no garantiza que la información publicada en este medio sea completa y correcta, y no se hace responsable de daños derivados de su uso.



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

30 años de la epidemia de sida

**30 hitos, pensamientos, imágenes, palabras,
obras de arte, avances, inspiraciones e
ideas para hacerle frente**

Índice

El virus
página 2

01

Resolver el misterio del sida
página 6

02

Los datos
página 14

03

El VIH y la era de la información
página 18

04

Las campañas sirven
página 22

05

El lazo rojo
página 42

06

Los elementos de la respuesta al sida
página 48

07

Una revolución en la prevención del VIH
página 52

08

La tipología
página 60

09

El tratamiento a lo largo del tiempo
página 64

10

Los rostros del VIH
página 72

11

El arte y el sida
página 86

12

Los activistas recordados
página 104

13

Los recursos invertidos
página 150

19

Los preservativos y la prevención
página 188

25

Los huérfanos
página 112

14

**Los Objetivos de Desarrollo
del Milenio**
página 158

20

El sexo y las drogas
página 196

26

Las mujeres y el sida
página 118

15

El estigma y la discriminación
página 164

21

El acceso universal
página 200

27

**Evitar la transmisión
maternoinfantil**
página 122

16

La opinión social
página 170

22

La tuberculosis y el VIH
página 206

28

El activismo de la sociedad civil
página 132

17

El sida y los medios gay
página 176

23

Una nueva ciencia
página 216

29

La voz de los que no tienen voz
página 144

18

La Ley y «los otros»
página 182

24

La esperanza
página 220

30

Prólogo

Desde la aparición de la epidemia de sida, hemos sido testigos de cómo un virus puede cambiar el rumbo de la historia. El sida ha sacado a la luz lo mejor y lo peor de la humanidad: nuestro increíble poder de transformación y, también, las reacciones más recalcitrantes.

El VIH exige una fuerte determinación y un firme compromiso político. Nos obliga a confrontar cuestiones tan escabrosas como el sexo y las drogas. Nos plantea el reto de innovar para anticiparnos a la enfermedad.

Nuestro conocimiento sobre el virus y la naturaleza humana ha aumentado a lo largo de las décadas. Ha habido tremendos momentos de claridad, verdaderos progresos y gente que ha inspirado una gran esperanza.

Más de 30 millones de personas han perdido la vida a causa del sida. En el 30.º aniversario de la epidemia, honramos su memoria, reflexionamos sobre lo aprendido y compartimos una visión común.

Reducir a cero las nuevas infecciones por el VIH. Reducir a cero la discriminación. Reducir a cero las muertes relacionadas con el sida.

A handwritten signature in black ink, reading "Michel Sidibé". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line that extends to the left.

Michel Sidibé
Director ejecutivo del ONUSIDA

01

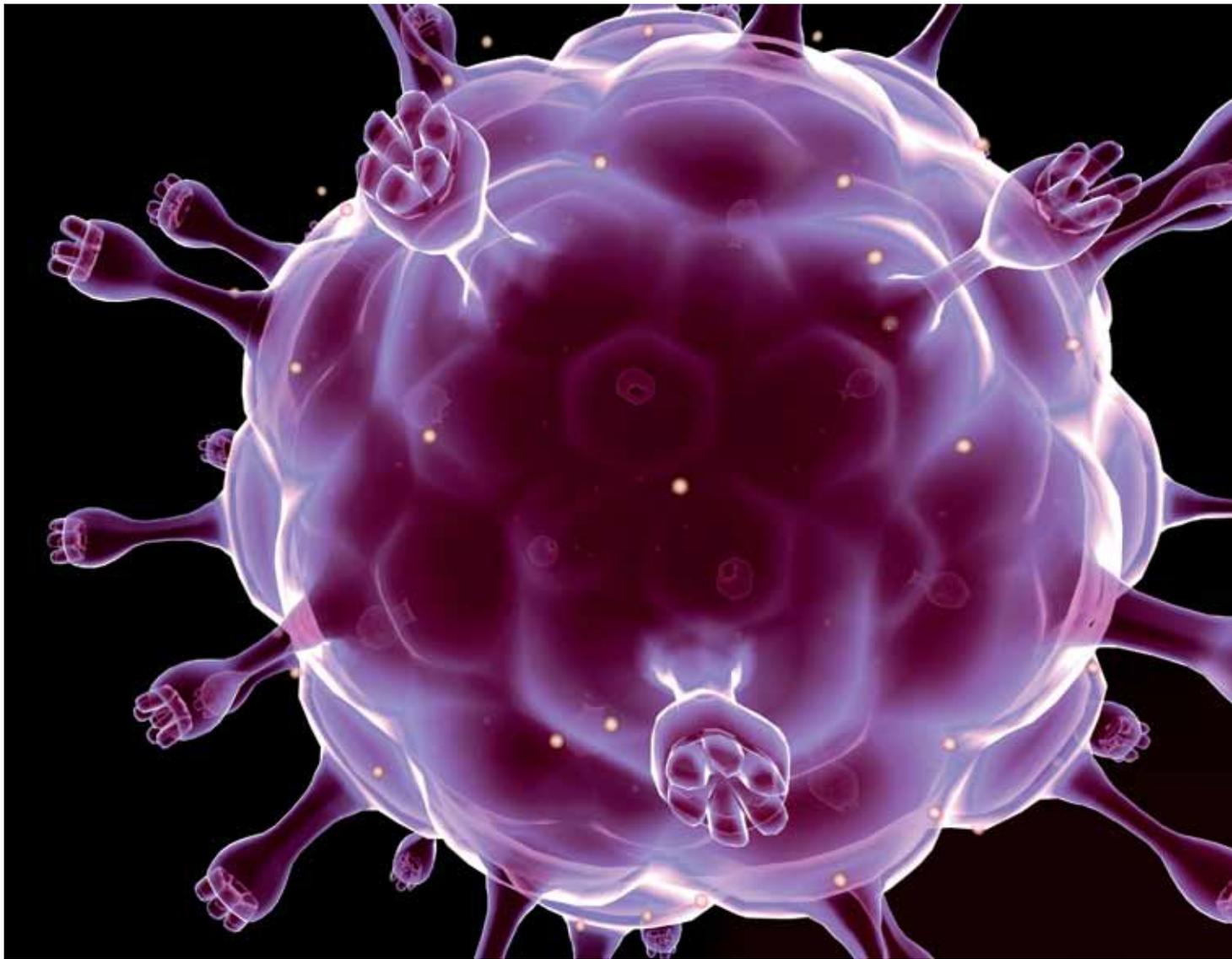
El virus

Desde el descubrimiento del virus, hemos aprendido que la infección causada por el VIH es mucho más compleja de lo que creíamos en un principio; aun hoy, los mecanismos que conducen a la patogénesis del sida siguen sin estar del todo claros.

Françoise Barré-Sinoussi

Discurso en la ceremonia de entrega de los Premios Nobel de 2007

El virus



¿Cómo actúa el VIH en nuestro organismo?

Cuando el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ingresa en el cuerpo humano, su objetivo es entrar en células específicas valiéndose del organismo para multiplicarse y crecer.

Como el virus no puede replicarse por sí solo, busca invadir células; en general su blanco son las células T, que le resultan útiles a su propósito. Paradójicamente, estas células son las mismas que ayudan a fortalecer el sistema inmunológico para proteger el organismo de nuevas infecciones.

Una célula T tiene receptores CD4 en su superficie. El virus se adhiere a los receptores CD4. Luego, se une a un segundo receptor —CCR5 o CXCR4— para lograr el ingreso en la célula T. El VIH vacía su contenido en el interior de la célula T; penetra en el núcleo, centro de mando de la célula, y allí se apodera del control celular.

Una vez dentro del núcleo, el VIH utiliza sus enzimas para convertir la información genética del ARN en ADN, forzando así a la célula a producir partículas virales y a interrumpir su labor original de combatir los gérmenes e infecciones.

Después, las partículas virales se fusionan y, una vez ensambladas, el nuevo virus sale de la célula T en busca de otra célula sana.

Mientras el virus se reproduce en unas células T, otras no infectadas intentan luchar contra el VIH.

Con un análisis de sangre, se puede determinar la cantidad de células T sanas que hay en el torrente sanguíneo. De acuerdo con las directrices de la OMS para el 2010, si el recuento de CD4 o de células T es inferior a 350 células por milímetro cúbico (mm^3) de sangre, debe iniciarse el tratamiento del VIH.

(Izquierda) Una imagen del VIH tomada con microscopio electrónico. El complejo glicoproteico de la superficie permite al virus adherirse a la célula atacada y fusionarse con ella para iniciar el ciclo de la infección.

02

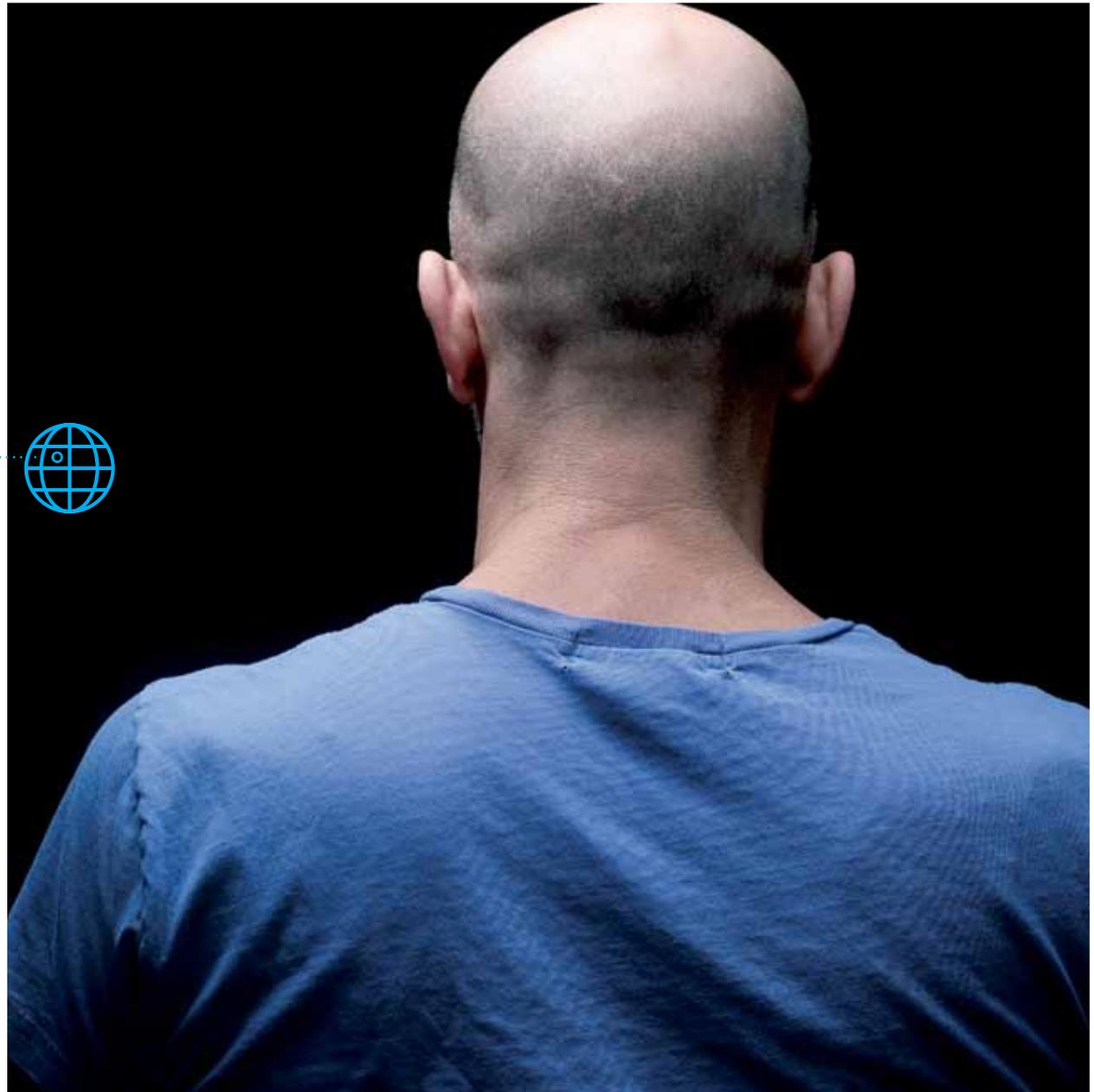
Resolver el misterio del sida

Hace treinta años, cuando se dieron a conocer los primeros casos de sida, era difícil imaginar el vasto alcance y la complejidad que llegaría a tener la enfermedad. Muchos médicos de todo el mundo colaboraron para resolver el misterio del sida. A menudo se vieron ante una extraña combinación de síntomas y signos que nunca habían observado hasta entonces.

Lo que los animó a seguir avanzando fue su empatía, su compromiso y su deseo de resolver el enigma.

Resolver el misterio del sida

**Un verdadero
enigma que
involucró
a médicos
detectives de
todo el mundo**



Un verdadero enigma que involucró a médicos detectives de todo el mundo

Se llamaba Michael; su médico lo recuerda como un joven alto y apuesto, de pómulos salientes y cabello corto, teñido de rubio.

—Tengo más presente en mi memoria a este paciente que a los que he atendido ayer —dice Michael S. Gottlieb, su médico.

Han pasado tres décadas desde que este joven de treinta y un años, de orientación homosexual, ingresó en el Centro Médico de la UCLA; sin embargo, aún hoy su caso sigue siendo comentado por la comunidad médica en todo el mundo.

Michael solicitó atención profesional porque había perdido peso y tenía fiebre sin foco.

—Estaba muy delgado. Me preocupé cuando vi que había adelgazado doce kilos —refiere el doctor Gottlieb.

Pero lo más desconcertante fue descubrir que padecía neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP). Hasta principios de 1981, la PCP era una afección muy poco frecuente, limitada principalmente a personas con cáncer que estaban recibiendo quimioterapia.

Pero Michael no tenía cáncer ni se encontraba en tratamiento oncológico.

El misterio se agudizó cuando los análisis de sangre revelaron daños graves en su sistema inmune.

—Michael padecía una inmunodeficiencia acentuada. El hallazgo me inquietó, y sabía que el pronóstico era reservado, pero en ese momento no me di cuenta de que estaba frente a una inmunodeficiencia irreversible —explica el doctor Gottlieb.

Conjeturó que un virus o un agente ambiental habían suprimido temporalmente el sistema inmune de su paciente. Lejos estaba de suponer, en ese momento, que la pesquisa clínica haría trabajar a

algunos de los mejores investigadores médicos del mundo en pos de una solución. Sería esta comunidad científica, en su conjunto, la que develaría una de las peores epidemias de la historia.

Con todo, en enero de 1981, la ignorancia fomentaba la despreocupación. Pese a lo extraño de su caso, el paciente mostraba una actitud confiada, seguro de que los médicos encontrarían la clave de sus síntomas y que darían en la tecla.

—Parecía creer que su enfermedad se curaría fácilmente —observa el doctor Gottlieb.

En la costa opuesta de los Estados Unidos, un dermatólogo del Centro Médico de la Universidad de Nueva York trataba de resolver un caso no menos intrigante. Por segunda vez en un mismo mes, el doctor Alvin Friedman-Kien recibía en su consultorio a un joven homosexual con una rara afección en la piel.

—Era actor y representaba una obra de Shakespeare en un teatro de Broadway. Le preocupaban unas manchas violáceas que tenía en el rostro y que trataba de ocultar con maquillaje —recuerda el doctor Friedman-Kien.

La biopsia reveló que el joven, titulado en Princeton, padecía un tipo de cáncer conocido como «sarcoma de Kaposi». Hasta ese momento, el doctor Friedman-Kien sólo había tratado unos pocos casos de este sarcoma, generalmente en hombres mayores de origen mediterráneo o de Europa oriental. Se preguntó por qué razón, de pronto, en menos de un mes, se le presentaban dos casos de esta rara enfermedad en pacientes de perfil muy semejante, aunque distintos de todos sus casos anteriores.

No sabía que en el Centro Hospitalario de Bellevue, también en Nueva York, algunos colegas comenzaban a alarmarse por el número de hombres jóvenes que referían ser homosexuales y acudían a la consulta con extrañas infecciones.



Resolver el misterio del sida



En esa época, Jeffrey Greene estaba en Bellevue cursando su residencia en Infectología; le llamó la atención un paciente con tres infecciones simultáneas, pero sumamente raras. Una de ellas era PCP, la misma neumonía que había sorprendido a los médicos en California.

—Ya era extraño de por sí ver una sola de esas infecciones oportunistas —recuerda el doctor Greene—, pero encontrarlas todas juntas en un mismo paciente era casi inaudito. Al paciente le costaba mucho tomar aire, y tuvimos que ponerle un respirador.

Pocas semanas después, el doctor Greene tuvo que atender otro caso de PCP, de nuevo en un joven homosexual. Al poco tiempo, mientras hacía su ronda en la séptima planta del Bellevue, echó una ojeada a una radiografía que dos de sus colegas estaban examinando. Y lo que vio le resultó familiar y perturbador a la vez.

—Les pregunté si el paciente era homosexual. En ese momento, dejaron caer las estilográficas de la sorpresa y se quedaron mirándome, como si tuviera el don de la clarividencia. Me preguntaron cómo lo sabía —narra el doctor Greene—. Las radiografías eran exactamente iguales a las de mis dos pacientes con PCP.

Este tercer caso fue un mal presagio para el joven especialista. Buscó en los archivos del hospital, pero no encontró casos de PCP registrados en los últimos cinco años. Y, sin embargo, allí tenía tres con un mismo patrón y perspectivas poco alentadoras.

—Ese fue el momento revelador —confiesa el doctor Greene.

Otros médicos también empezaron a preocuparse por el incremento repentino de casos con características muy similares. El doctor Friedman-Kien no cesaba de hacer consultas telefónicas a sus colegas, preguntándoles si estaban atendiendo

pacientes con sarcoma de Kaposi. A las pocas semanas, ya había oído hablar de seis casos de ese cáncer tan poco frecuente.

En Los Ángeles, por su parte, el doctor Gottlieb trataba de identificar nuevos casos de PCP. En marzo de 1981, halló cuatro casos de infección pulmonar en varones jóvenes homosexuales de la región de Los Ángeles.

—Había podido formar un grupo de pacientes —cuenta el doctor Gottlieb. Sabía que estaba ante algo importante que sería bueno divulgar en algún boletín médico, así que decidió averiguar dónde podría publicar su artículo sin demora.

Mientras los médicos de ambas costas del país seguían el rastro a esa extraña enfermedad desconocida, el principal organismo de investigación diagnóstica de los Estados Unidos daba crédito a sus inquietudes.

En Atlanta, algo intrigaba a una joven técnica que trabajaba en un Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CCE). A Sandra Ford no le cuadraban los números. Parte de su trabajo era gestionar los pedidos de pentamidina. Este antibiótico, que se prescribía para tratar la PCP, sólo podía distribuirse mediante una licencia de investigación para nuevos medicamentos, de forma que los médicos sólo podían solicitarlo a través del CCE. Hasta principios de 1981, Sandra Ford recibía unas noventa órdenes por año, y en ningún caso para tratamientos prolongados. Pero, de pronto, comenzaron a llegarle más y más pedidos, e incluso para pacientes en terapia continuada. En abril de ese mismo año, su preocupación fue tan grande que decidió escribir un informe a su jefe.

En esa misma época, se filtró la noticia de que el doctor Gottlieb estaba escribiendo un artículo para el *Informe Semanal sobre Morbimortalidad* que editaba el CCE. Este informe, publicado el 5 de junio de 1981, fue el primer trabajo científico en describir



David Serwadda, quien se desempeñó en el Instituto Oncológico de Uganda, hoy trabaja en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Makerere.



James Curran, antes en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hoy cumple funciones en la Escuela Rollins de Salud Pública de la Universidad Emory.

el síndrome posteriormente llamado GRID (inmunodeficiencia relacionada con la homosexualidad masculina) y, más tarde, conocido como sida. Ya entonces, el CCE había comprendido que estaba frente a un hallazgo de extrema importancia, por lo cual dispuso organizar un grupo de trabajo.

—Me enviaron el borrador del artículo, y en seguida comenzamos a efectuar un seguimiento activo, incluso antes de que saliera publicado —comenta James Curran, quien se encontraba desarrollando una nueva vacuna contra la hepatitis para varones de orientación homosexual. Justamente por este proyecto de investigación, Curran mantenía contacto con médicos que trataban a la comunidad homosexual. Así pues, fue nombrado al frente del nuevo Grupo de Trabajo sobre Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas del CCE, y desde este lugar comenzó a buscar pistas. En ese momento, nadie sospechaba la magnitud colosal que habría de adquirir el problema.

—Es probable que ya hubiera unos 250.000 hombres homosexuales infectados con el VIH en todo el país cuando salió publicado aquel artículo —calcula el doctor Curran.

Días después de que se divulgara el primer boletín del CCE sobre la epidemia, viajó a Nueva York para tomar contacto directo con personas enfermas. Al igual que el doctor Gottlieb, guarda un recuerdo indeleble de su primer paciente con sida, que lo impactó porque en muchos aspectos se parecía muchísimo a él.

—Era un muchacho de mi edad, que había crecido, como yo, en las afueras de Detroit —cuenta el doctor Curran—. Ambos habíamos sido estudiantes de la Ivy League. Lo único que nos diferenciaba era que él tenía relaciones sexuales con hombres, y yo no

En esta fase inicial de la epidemia en los Estados Unidos, la orientación sexual parecía dividir a las

personas enfermas de las sanas. Pero en África, al otro lado del mundo, los médicos se enfrentaban a una situación totalmente distinta.

Bila Kapita había regresado en 1978 a Kinshasa, capital de la República Democrática del Congo, tras concluir un curso de especialización en Cardiología en Bélgica. La realidad que encontró al recorrer las salas del Hospital General de Kinshasa, con capacidad para 2.000 camas, era alarmante: la gente se moría misteriosamente.

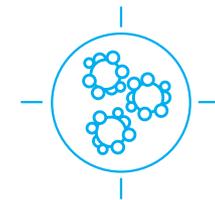
—Atendía casos de personas con diarrea, meningitis, extrañas afecciones en la piel o en estado de coma, sin una causa que explicara los síntomas —relata el doctor Kapita. La mayoría de estos pacientes morían en estado de extrema delgadez, consumidos por la afección. Y no había tratamiento que diera resultado. Estábamos ante una enfermedad que ni siquiera tenía nombre.

No era el único que buscaba respuestas a lo que sucedía en África. Muchos médicos en clínicas y hospitales de diversas regiones africanas comenzaron a notar que estos síntomas inquietantes afectaban a personas jóvenes, en la plenitud de la vida.

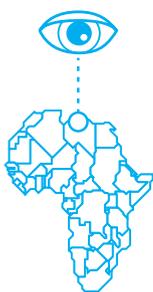
—A fines de 1979, empezamos a observar que acudían hombres y mujeres al hospital con fiebre prolongada, diarrea y gran pérdida de peso —dice Tina Lwanga, enfermera del Hospital de Kalisizo.

La pequeña localidad de Kalisizo está situada a orillas del lago Victoria, en Uganda, en el distrito de Rakai. Aquí, los pobladores vivían atemorizados por el «mal de la flacura», como lo denominaban, pues la mayoría de los pacientes llegaban a estar muy débiles y demacrados antes de morir.

—Muchos creían que la enfermedad se debía a un maleficio. Empezamos a ver familias de niños huérfanos que habían perdido a ambos progenitores a causa de este mal —relata la enfermera Lwanga.



Resolver el misterio del sida



Lo que aterrizzaba a la gente era desconocer el origen de la enfermedad.

A los habitantes de esa aldea de Uganda, Estados Unidos les resultaba un sitio muy lejano. Pero en abril de 1982, el médico a cargo del Hospital de Kalisizo publicó un informe donde describía, en una sola sala, veinte casos de pacientes consumidos por esa extraña enfermedad.

En Kampala, capital de Uganda, a un joven investigador del Instituto Oncológico de Uganda le llamaron la atención unos artículos que acababa de leer sobre una nueva epidemia de sarcoma de Kaposi en los Estados Unidos. En la región de África oriental donde él vivía, esta clase de sarcoma era bastante común.

—Por lo general, hallábamos ese tipo de cáncer de piel en los pies y en la parte distal de las manos. Aquellas formaciones eran benignas y tendían a desaparecer —relata David Serwadda—, pero luego comenzaron a presentarse casos en el torso y en la boca, en pacientes muy graves.

El virus se descubrió por primera vez en 1983. A comienzos de ese año, ya estaba claro que la nueva enfermedad inmunológica no se circunscribía a los Estados Unidos. Había informes de casos en el Reino Unido y en otras naciones europeas, y varios investigadores la estaban hallando en pacientes africanos residentes en Europa.

En Kinshasa, el doctor Kapita comenzó a preguntarse si esa enfermedad, que tanto preocupaba a los médicos en los Estados Unidos, podía ser la misma que él veía en su hospital. Empezó a estudiar de cerca a esos pacientes demacrados que tanto habían llamado su atención.

Fue así como en 1983, cuando un pequeño grupo de científicos extranjeros llegó a Kinshasa, el doctor Kapita ya estaba en condiciones de presentar más de una decena de pacientes de su hospital que, en su opinión, podrían estar padeciendo la nueva enfermedad inmunológica.

Dado que el test de anticuerpos para detectar el VIH se inventó en 1985, en aquella época todavía no existían análisis de laboratorio específicos para esta infección; por eso, los científicos de Kinshasa debieron hacer improvisadas pruebas de laboratorio sobre muestras de sangre, durante varias semanas, hasta poder confirmar que sus pacientes tenían la misma afección. No obstante, lo que más asombró a los investigadores fue observar que, en África, la distribución de casos era muy pareja entre hombres y mujeres.

—Los resultados nos hicieron dudar, porque en los Estados Unidos esta patología era considerada un tipo de cáncer limitado a varones homosexuales, y eso no era lo que ocurría con nuestros pacientes —recuerda el doctor Kapita.

A partir de entonces, llevaría algunos años más esclarecer las muchas facetas de la epidemia. Fueron necesarias décadas de debate político, científico y social hasta comprender la complejidad de la epidemia de sida y movilizar al mundo para hacer frente al reto, instaurando respuestas efectivas.

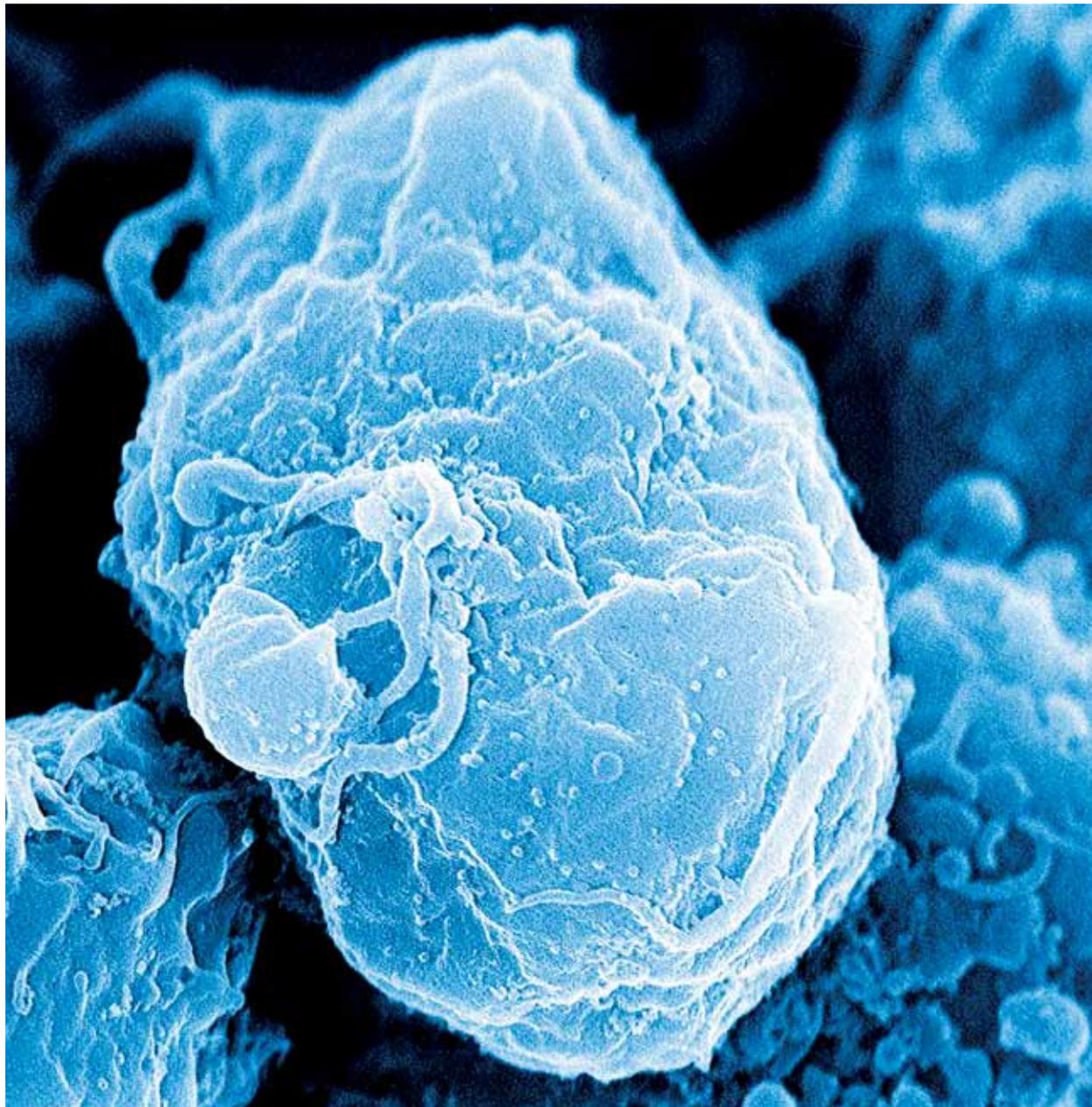
En aquellos días pioneros, el mayor incentivo que alentó a los médicos en su labor fue la tragedia y el triunfo del espíritu humano que veían a diario en los hospitales. Lo que los inspiró a seguir trabajando fue el compromiso de las personas afectadas y su propio deseo de develar el enigma.

—Recuerdo que uno de mis primeros pacientes me miraba como esperando una respuesta, que yo no le podía dar —comenta el doctor Gottlieb.

—No recuerdo haberme sentido tan orgulloso de ningún otro paciente como de aquellos primeros casos de sida —confiesa el doctor Greene.

— En mis visitas domiciliarias, llegué a ver cosas horribles, indescriptibles, pero al mismo tiempo fui testigo de la dignidad con que esas personas perseveraban ante una enfermedad atroz. Por eso, pudimos crear un verdadero lazo de camaradería entre médicos y pacientes.

Virus del VIH-1 proliferando en la membrana de un linfocito en cultivo.



03

Los datos

Los datos desempeñan un papel fundamental en la respuesta al sida. Las políticas se fundamentan en datos; cada día, se adoptan decisiones trascendentales basadas en hechos y cifras. A veces es fácil olvidar que detrás de cada número hay un ser humano, y detrás de cada hecho, una historia.

65 millones

[59 millones–71 millones]

INFECCIONES ACUMULATIVAS CAUSADAS POR EL VIH,
1970–2009

2,1 millones

[1,8 millones–2,5 millones]

NUEVAS INFECCIONES
CAUSADAS POR EL VIH,
1990

3,2 millones

[3,0 millones–3,4 millones]

NUEVAS INFECCIONES
CAUSADAS POR EL VIH,
1997

2,6 millones

[2,3 millones–2,8 millones]

NUEVAS INFECCIONES
CAUSADAS POR EL VIH,
2009

29 millones

[25 millones – 33 millones]

MUERTES ACUMULATIVAS
RELACIONADAS CON EL SIDA,
1970–2009

300.000

[200.000 – 440.000]

MUERTES
RELACIONADAS
CON EL SIDA,
1990

2,1 millones

[1,9 millones – 2,3 millones]

MUERTES
RELACIONADAS
CON EL SIDA,
2005

1,8 millones

[1,6 millones – 2,1 millones]

MUERTES
RELACIONADAS
CON EL SIDA,
2009

34 millones

[30,9 millones – 36,9 millones]

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH,
2010

15–16 millones

PERSONAS ELIGIBLES PARA EL
TRATAMIENTO DEL VIH EN
PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS,
2010

unos 9 millones
EN ESPERA DE TRATAMIENTO,
2010

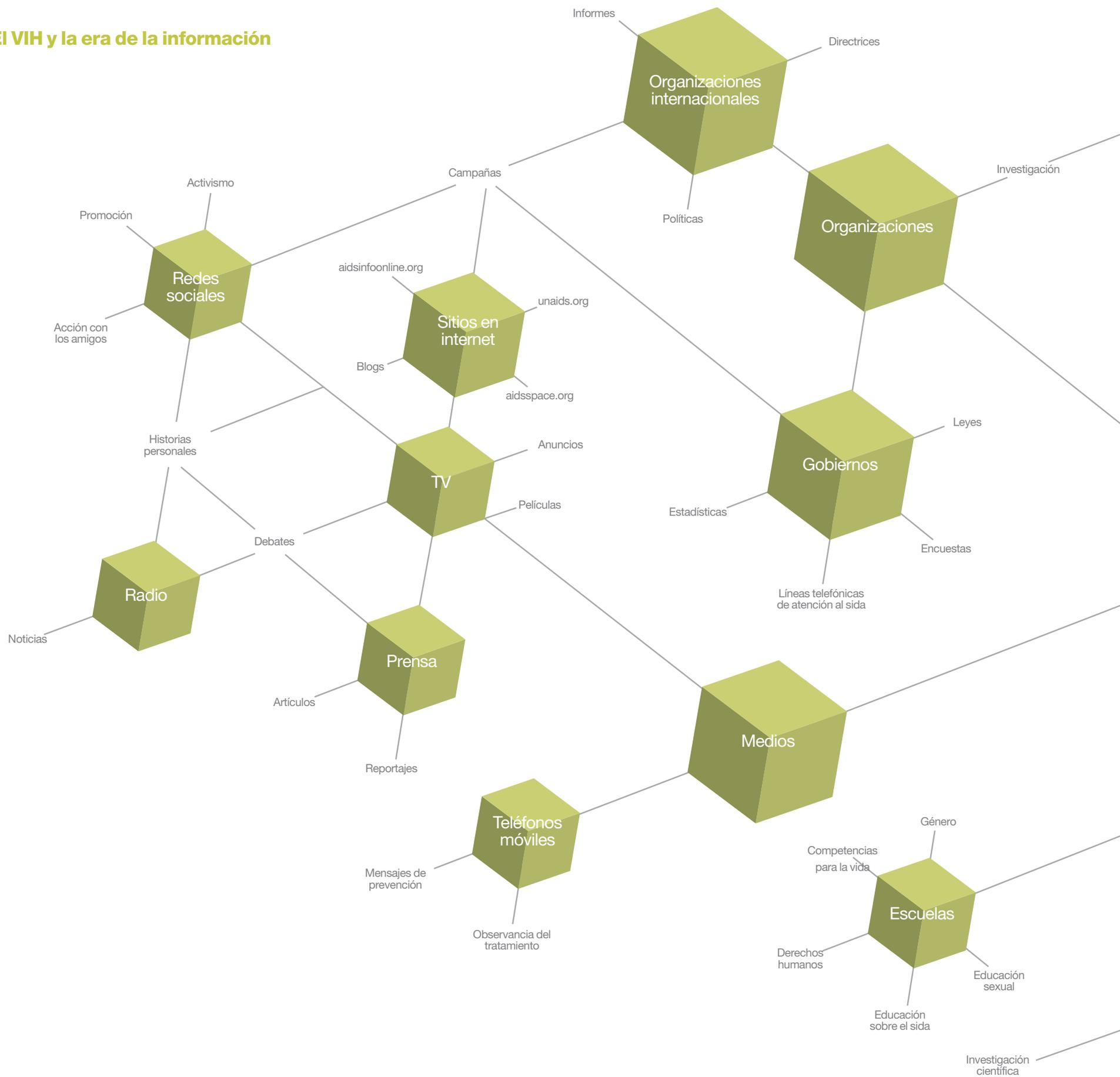
6,6 millones
ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO,
2010

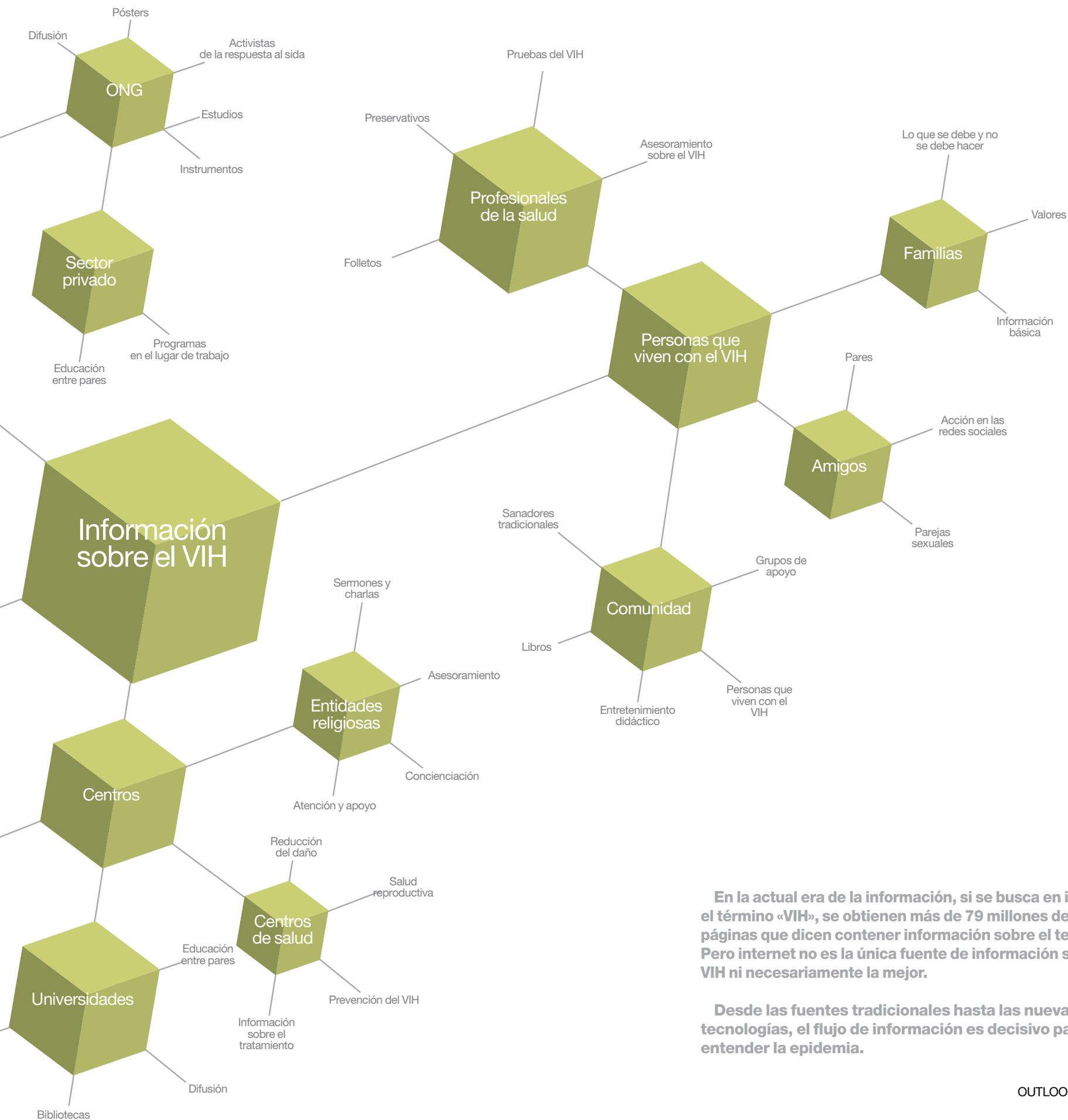
04

El VIH y la era de la información

La información circula en muchas dimensiones. Son muchas las personas que desempeñan un papel fundamental a la hora de generar información sobre el sida, desde aquellas que viven con el VIH hasta los médicos, amigos y profesores, sin olvidar a los medios de comunicación.

El VIH y la era de la información





En la actual era de la información, si se busca en internet el término «VIH», se obtienen más de 79 millones de páginas que dicen contener información sobre el tema. Pero internet no es la única fuente de información sobre el VIH ni necesariamente la mejor.

Desde las fuentes tradicionales hasta las nuevas tecnologías, el flujo de información es decisivo para entender la epidemia.

05

Las campañas sirven

**¿Cuál es el propósito de las campañas?
¿Sensibilizar, movilizar a la gente, influir en
favor de una decisión, promover un cambio de
comportamiento positivo?**

**Desde que comenzó la epidemia del VIH, se han
llevado a cabo campañas para lograr este tipo de
resultados, desde combatir la ignorancia
sobre la transmisión del VIH
hasta alentar su prevención.**

Una compilación de estrategias visuales de sensibilización sobre el VIH a lo largo del tiempo

En los últimos treinta años, se han utilizado muchos medios de comunicación para transmitir mensajes. Los anuncios de organismos públicos en radio y televisión, telenovelas, publicidades gráficas en diarios, láminas desplegadas en revistas, expresiones de arte urbano y sitios de internet son ejemplos de canales que han destacado la importancia de utilizar preservativos, luchar contra el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven con el VIH y promover apoyo político para facilitar el acceso al tratamiento.

Los carteles en la vía pública y las vallas publicitarias son dos de los medios más universales para generar conciencia sobre el VIH. Omnipresentes en muchos países, tanto los carteles exhibidos en la calle como las vallas a los lados de las congestionadas autopistas han servido para difundir mensajes sobre el virus. Diseñados para el contexto específico de cada nación y lugar, a menudo estos anuncios reflejan las normas y prácticas sociales que contribuyen a propagar el VIH en cada comunidad.

En las páginas siguientes, se muestran carteles concientizadores sobre el VIH procedentes de todo el mundo. En ellos se aprecian las estrategias visuales escogidas para comunicar los problemas del VIH. Algunas campañas recurren a la emoción y al temor; otras, al erotismo visual, a situaciones familiares o a símbolos populares.

El resultado es una poderosa y atractiva colección de carteles sensibilizadores sobre el VIH que, además de invitar a la reflexión, muestran en forma paralela cuánto ha evolucionado en el mundo la comunicación en torno al VIH.

Las imágenes recopiladas se muestran por cortesía de las siguientes personas e instituciones: Museum für Gestaltung (Zúrich), Massachusetts College of Art and Design (Boston), James Lapidés, International Poster Gallery (Boston, Massachusetts), y Richard Deagle, ACT UP (Nueva York, NY).



Estados Unidos, 1989

Ignorancia = miedo; silencio = muerte

Artista: Keith Haring

Diseño: ACT UP

Colección de Richard Deagle, ACT UP.

Las campañas sirven



Suecia, 1993

Sé un héroe del látex: el poder del amor

Diseño: Garbergs Reklambyrå AB, para la Asociación Sueca de Educación Sexual

Museum für Gestaltung, Zurich.

ఎయిడ్స్

ఈ క్రింది సందర్భాలలో ఎయిడ్స్ వ్యాధి వ్యాపిస్తుంది.



వైరస్ సోకిన వ్యక్తి రక్తాన్ని ఇతరులకు ఎక్కించడం వలన



శరణివేసిన మూడులను పురోలను వారడం వలన



వైరస్ సోకిన వ్యక్తితో లింగిక సంబంధం వలన



వైరస్ సోకిన తల్లివారి ఆమె కడుపులోని బిడ్డకు

ఈ క్రింది సందర్భాలలో ఎయిడ్స్ వ్యాధి సంక్రమించదు.



లోమలాటు వలన



కడవి ఆడటం వలన



కడవి వదిలేయడం వలన



కడవి తినడం వలన

ఎయిడ్స్ గురించి తెలుసుకొనండి... చర్చించి వాడండి.

ఎయిడ్స్ రాకుండా జాగ్రత్త పడండి... పాటించండి.

ప్రతివారూ, ఎయిడ్స్ కు దూరం ఉండండి. ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వం, హైదరాబాద్, హైదరాబాద్.

India, 1993

Cómo se transmite el sida... y cómo no se transmite

Diseño: No se facilita. Proyecto de Control del Sida, gobierno de Andhra Pradesh, Hyderabad

Colección de Jim Lapidés, International Poster Gallery, Boston.

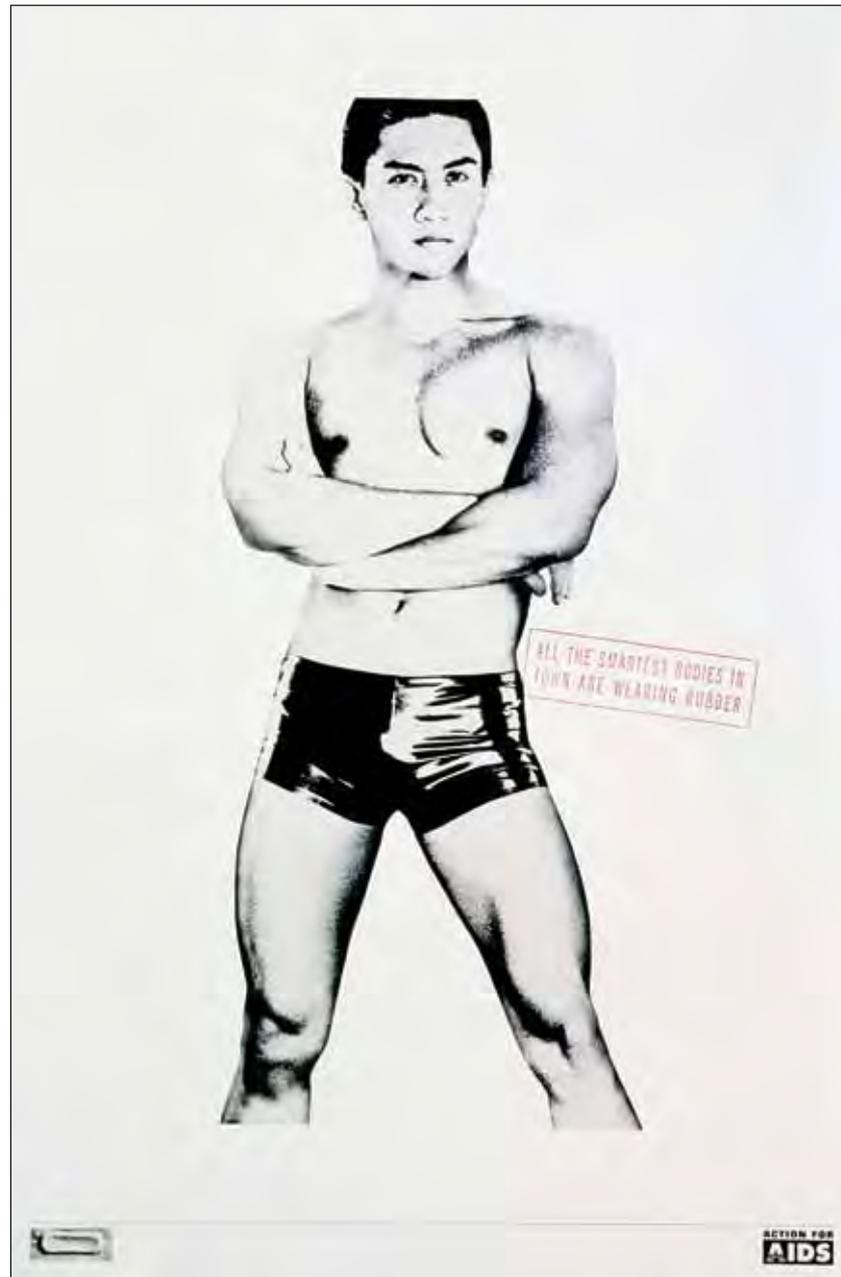
Las campañas sirven



Trinidad y Tobago, 1994
Sida. No tengas miedo: ten conciencia

Diseño: Illya Furlonge-Walker, Programa Nacional de Sida

Museum für Gestaltung, Zurich.



Singapur, 1994

Los cuerpos más increíbles de la ciudad se visten de látex

Diseño: Action for AIDS, Singapur

Museum für Gestaltung, Zurich.

Las campañas sirven



Austria, 1995

La humanidad es contagiosa. Jugar con niños que viven con el VIH no lo es

Diseño: PK & P, Aids-Hilfen Österreichs

Museum für Gestaltung, Zurich.



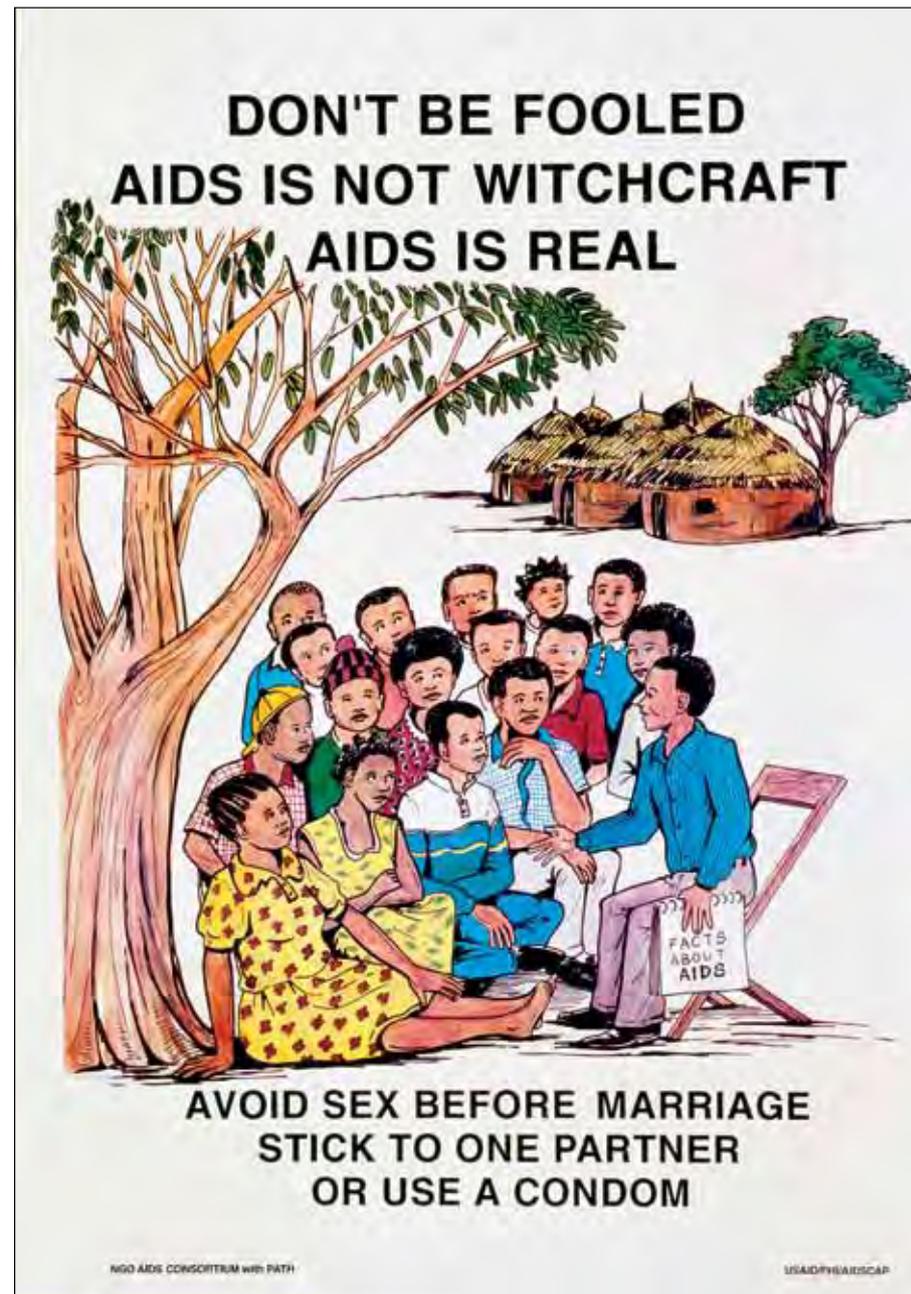
India, 1995

*Ve y dile a la nación, francamente y sin rodeos, que si quieren prevenir
el sida deben acostumbrarse a usar preservativos*

Diseño: Organización India para la Salud, Bombay

Museum für Gestaltung, Zurich.

Las campañas sirven

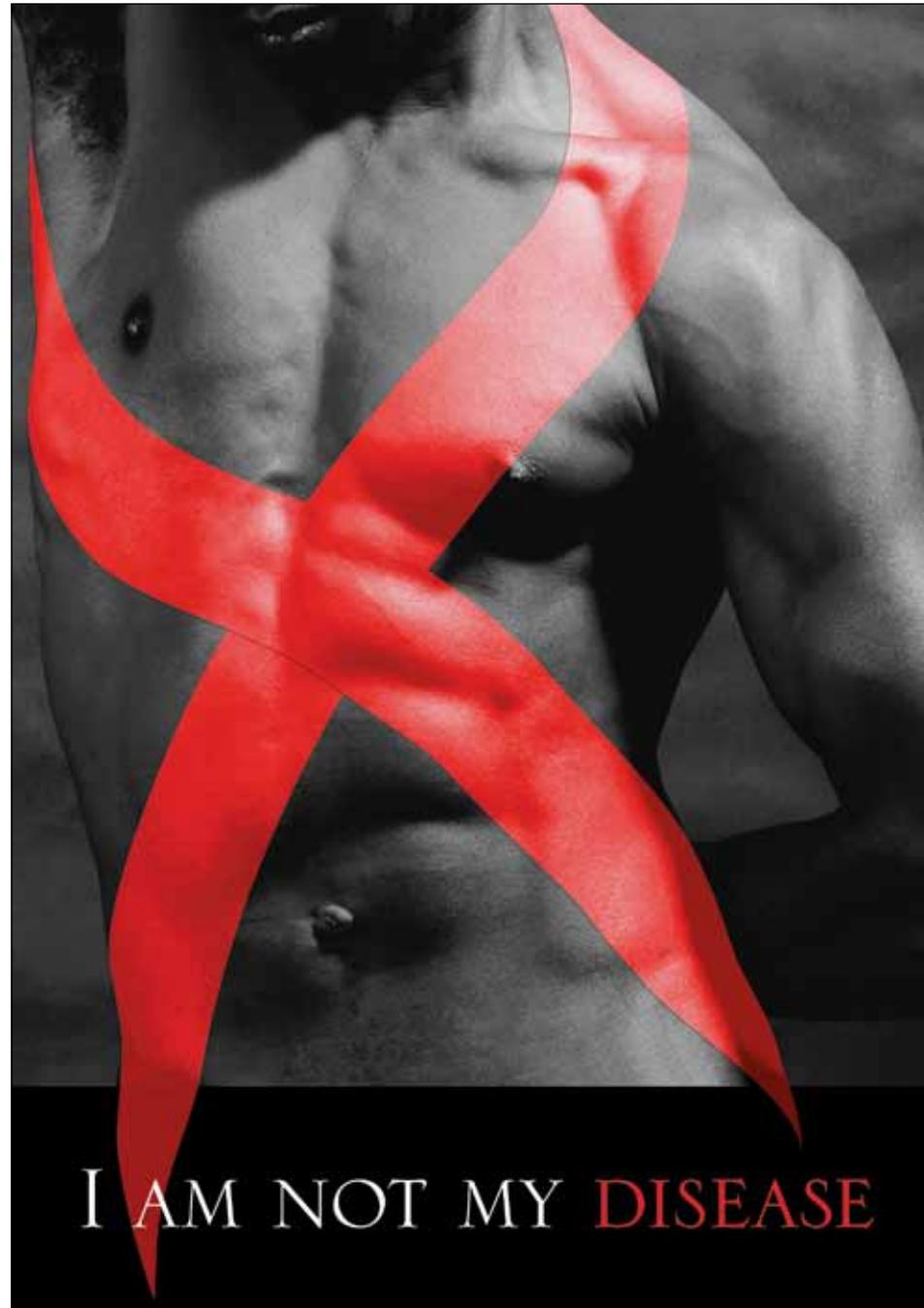


Kenya, 1997

Que no te engañen. El sida no es brujería. Es real. Evita el sexo antes del matrimonio. Sé fiel a tu pareja o usa preservativo

Diseño: Consorcio Kenyata de ONG por el Sida, Nairobi

Museum für Gestaltung, Zurich.

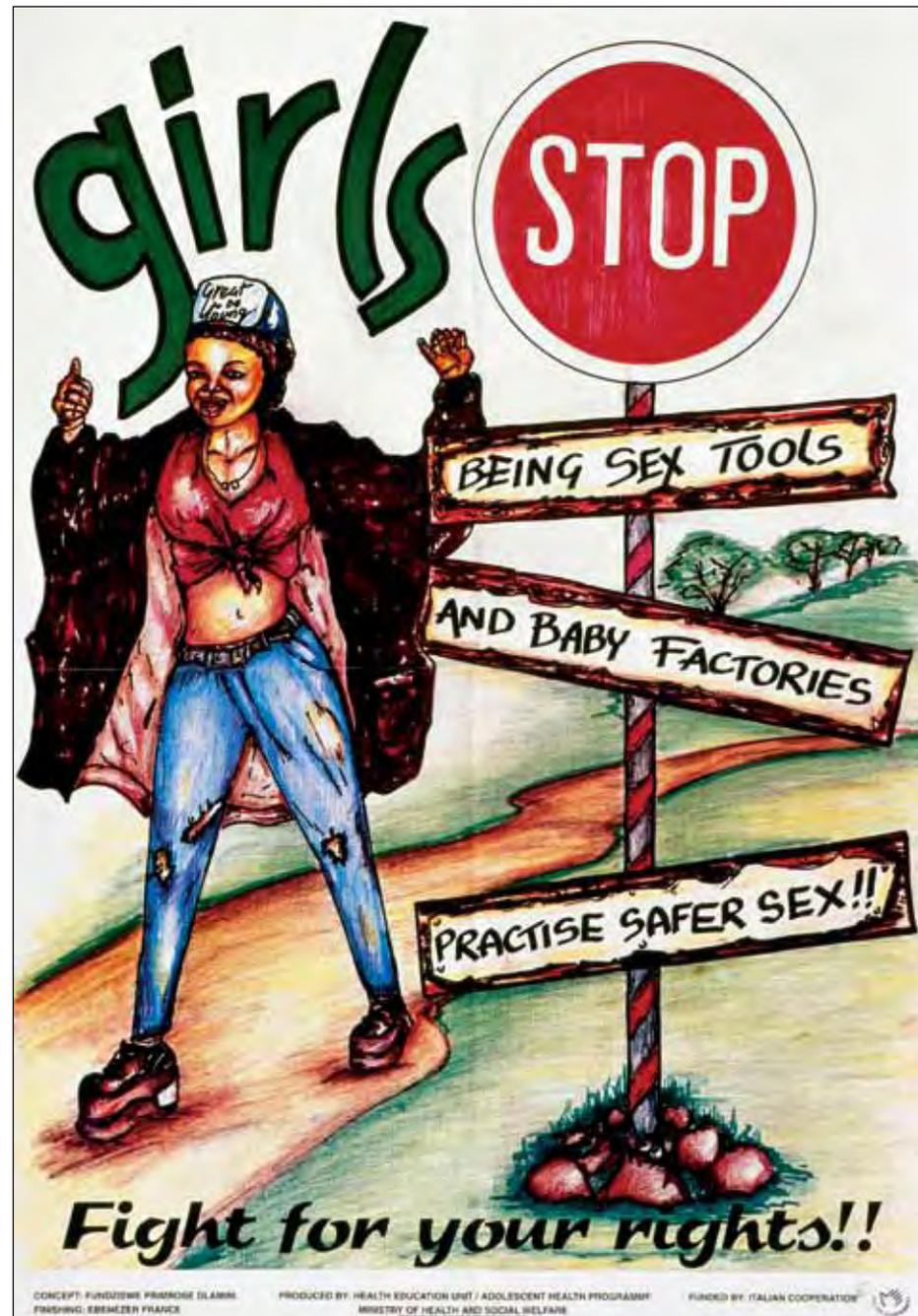


Zimbabwe, 1998
No soy mi enfermedad

Diseño: Chaz Maviyane-Davies. Fotografía: Ian Murphy
Cliente: Aujourd'hui Pour Demain, Suiza

Colección del Massachusetts College of Art and Design.

Las campañas sirven

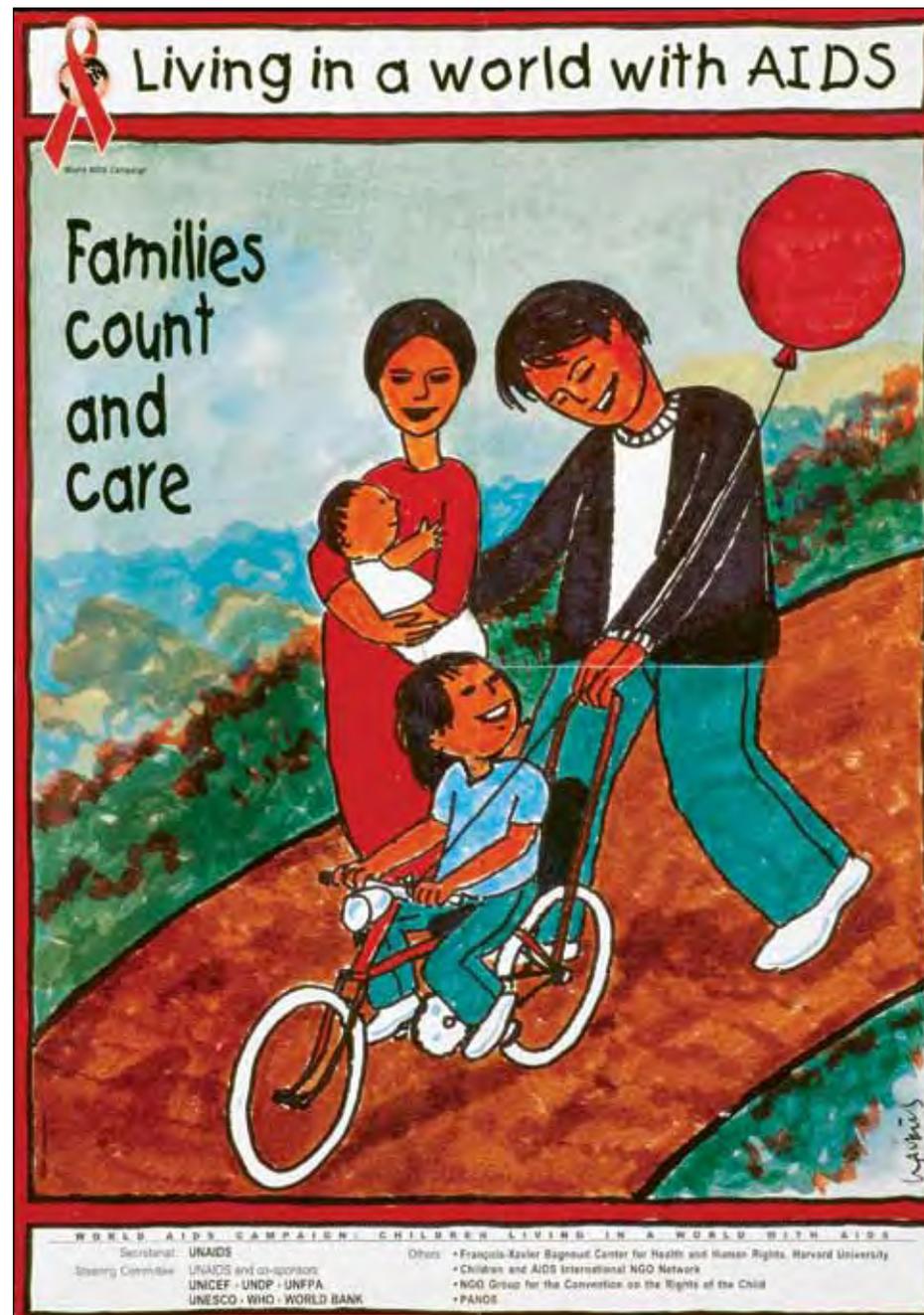


Swazilandia, 2000

¡Chicas! ¡No somos juguetes sexuales ni fábricas de bebés! ¡Por una sexualidad más segura! ¡Defendamos nuestros derechos!

Diseño: Ministerio de Salud y Bienestar Social, Unidad de Educación Sanitaria

Museum für Gestaltung, Zurich.



Uganda, 2000

Vivir en un mundo con sida... con el cuidado y el amor de tu familia

Diseño: Claudius Ceccon, ONUSIDA

Museum für Gestaltung, Zurich.

Las campañas sirven



Alemania, 2005
El lazo del sida

Diseño: Ivo Gadea, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Colección de Jim Lapidés, International Poster Gallery, Boston.



Portugal, 2009

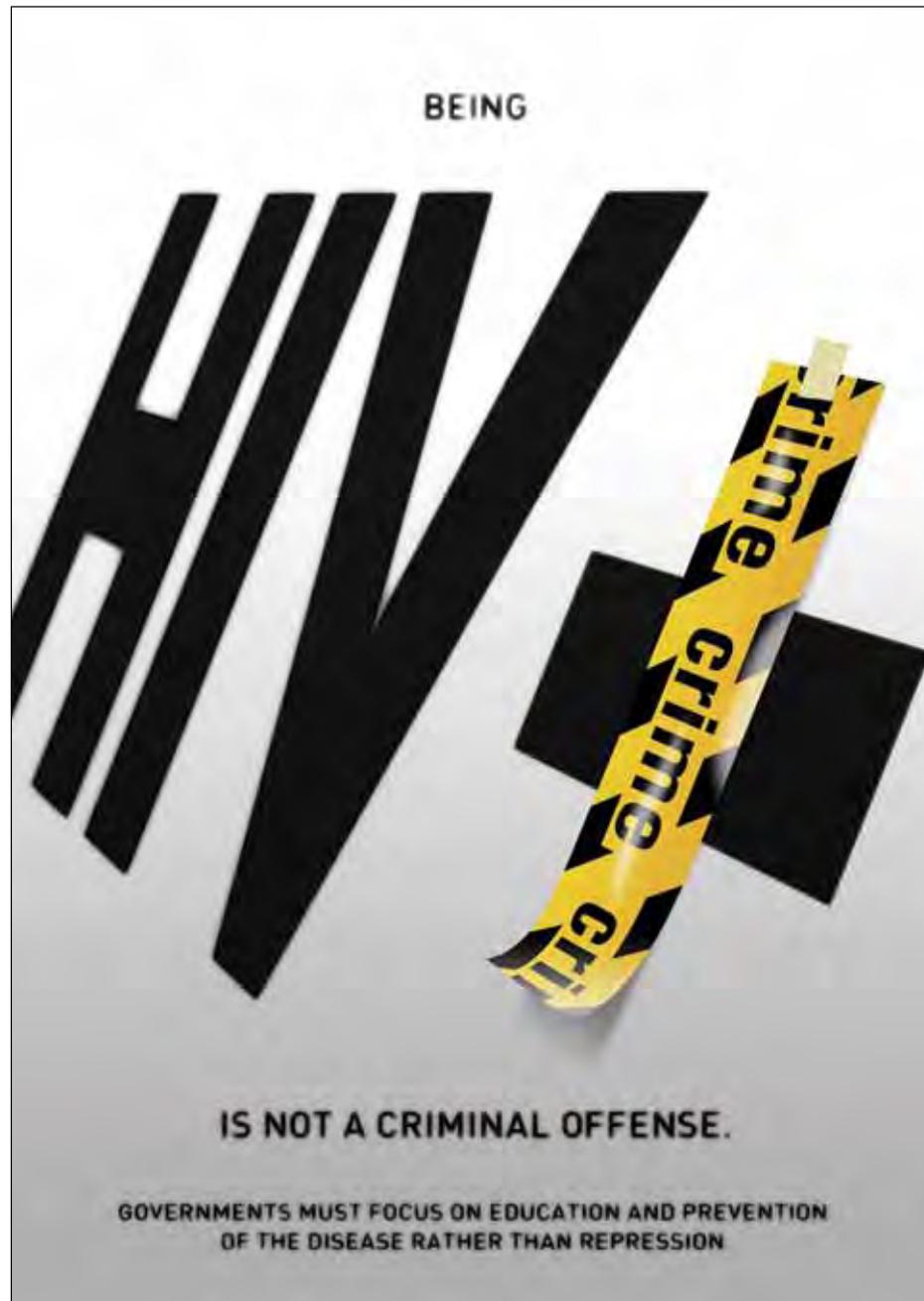
Combatamos el sida. No combatamos a quienes lo padecen

Diseño: Sara Gama

Traducción: Rita Ferreira

Colección del Massachusetts College of Art and Design, Boston.

Las campañas sirven

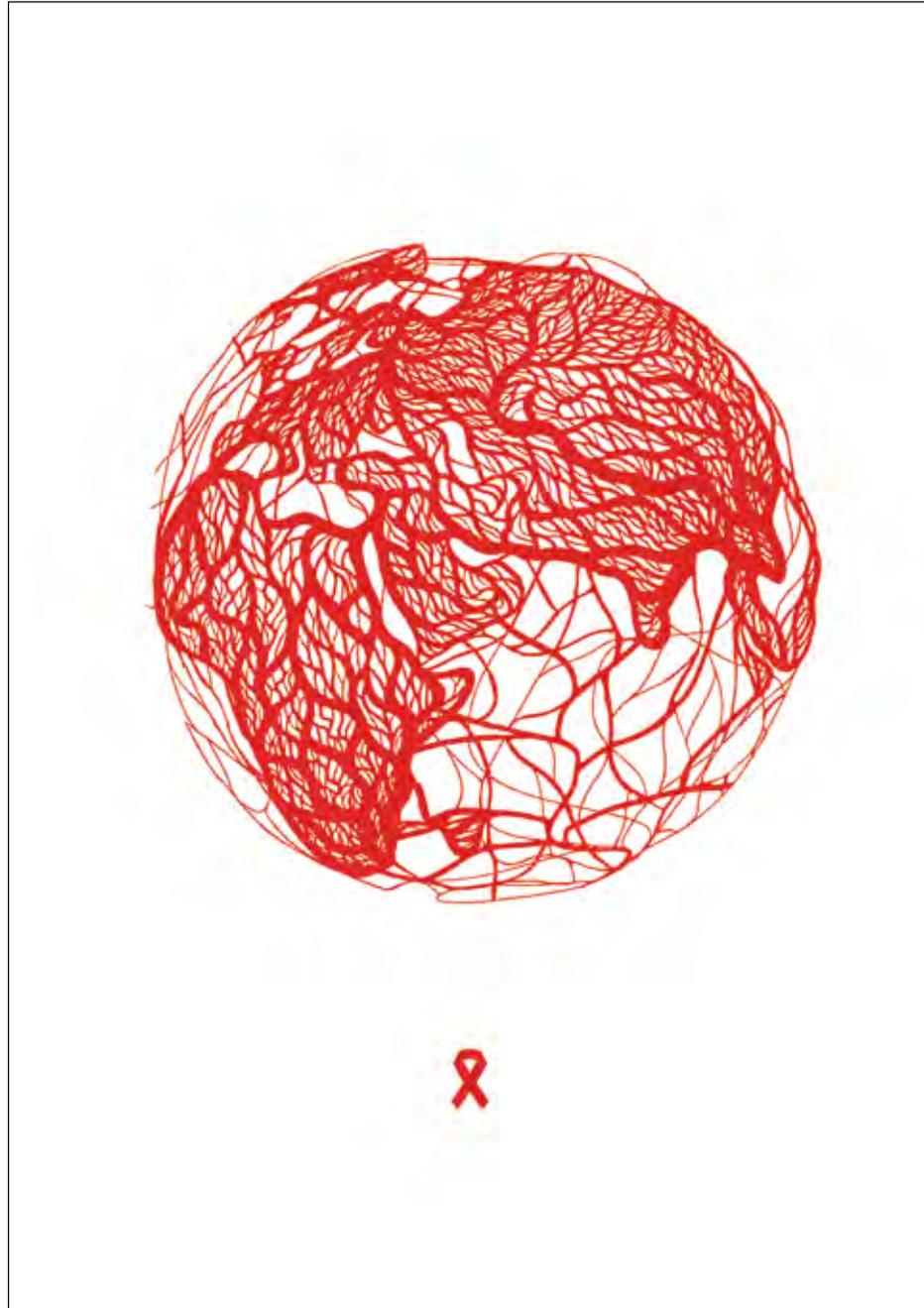


Reino Unido, 2009

¿Delito? Ser seropositivo no es un delito

Diseño: Selcuk Ozis

Colección del Massachusetts College of Art and Design, Boston.



Finlandia, 2010
Conectados globalmente

Diseño: Pekka Piippo

Colección del Massachusetts College of Art and Design, Boston.



Avram Finkelstein, activista, escritor y artista gráfico residente en los Estados Unidos.

La campaña que construyó el movimiento

Avram Finkelstein, activista, escritor y artista gráfico residente en los Estados Unidos, narra detalles sobre la creación del proyecto gráfico «Silencio = muerte», una celebrada campaña de sensibilización sobre el sida desarrollada a finales de los años ochenta y basada en los primeros días de la epidemia de VIH en la ciudad de Nueva York.

El cartel «Silencio = muerte» fue controvertido tanto en su composición visual como en las tácticas que se emplearon para su difusión. La obra fue compuesta colectivamente por jóvenes artistas, activistas y ciudadanos interesados, personalmente afectados por el VIH. El proyecto inicial, limitado al diseño de carteles y pegatinas, se expandió a prendedores y camisetas que han exhibido multitudes de personas en todo el mundo. Ayudó a identificar y aglutinar un movimiento de acción enfocado en reclamar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento. Aún hoy, el póster sigue usándose como símbolo del activismo en respuesta al sida.

Entrevista a Avram Finkelstein

¿Cómo te involucraste en el proyecto «Silencio = muerte» y cuáles fueron tus motivaciones para sumarte al activismo relacionado con el sida?

En 1981, mi primer compañero empezó a tener síntomas de lo que luego se conocería como la infección causada por el VIH; tres años después, murió de sida. En ese momento, sobrellevar algo así era imposible: nadie hablaba del VIH públicamente. Fue una etapa de mucha soledad y aislamiento. Muchos sentían algo similar, así que, al cabo de un tiempo, formé un colectivo junto a cinco amigos. Tratábamos de reunirnos todas las semanas para hablar de las dificultades personales que esto nos acarrea así como de los aspectos sociales y políticos de la epidemia.

Este colectivo —que luego incorporó a otros activistas hasta convertirse en ACT UP (Coalición del sida para desatar el poder)— nos condujo a pensar que era necesario dar visibilidad al sida ante la opinión pública. Y una de las mejores formas de hacerlo, en aquella época, era por medio de carteles. Es importante comprender que, en la ciudad de Nueva York, hay una larga trayectoria de expresión juvenil mediante carteles y otras muestras de arte urbano. Nosotros decidimos recurrir a esas estrategias.

En cuanto a mis motivaciones, creo que, en aquellos primeros días del sida, cada persona atribuía a factores distintos su decisión de participar. Yo ya tenía una historia de activismo social, y no tardé en comprender que la crisis del sida tenía un tinte político, era compleja y se desarrollaba en múltiples niveles.

¿Puedes contarnos algunos pormenores sobre el desarrollo de la campaña «Silencio = muerte»?

Sabíamos que teníamos que diseñar un póster. En aquella época, prácticamente no había un solo sitio de Manhattan que no estuviera tapizado de carteles publicitarios. Subías a un taxi y veías pasar un desfile interminable de pósters. Con ese panorama en mente, acordamos que tenía que ser un cartel visible desde un automóvil, pero también legible para los transeúntes. También nos dimos cuenta de que ya no estábamos en los años sesenta: la nuestra era una etapa de gran conservadurismo político, así que la gente ya no se detenía a leer largos manifiestos y proclamas en las calles. Todos estos aspectos incidieron en el diseño del póster.

En cuanto a la composición gráfica, queríamos que fuese críptico y muy codificado. El triángulo rosa iba dirigido a gays y lesbianas, pero decidimos darle la vuelta para distanciar la imagen de toda connotación victimista. Esto generó bastante confusión, aunque también interés. El fondo,

negro sólido, se pensó de esa manera para definir el espacio del cartel dentro de un entorno urbano atiborrado de estímulos, pero como el color y la tipografía tenían mucho en común con los anuncios de moda, el producto resultó atractivo y moderno. A decir verdad, colocamos el cartel en sectores de mucho tránsito y cerca de anuncios de cine y de moda para darle mayor visibilidad. Finalmente, y con toda deliberación, limitamos la cantidad de texto. Como queríamos captar el interés del público, además de un breve alegato incluimos preguntas destinadas a la población, por ejemplo: «¿Por qué el gobierno no habla del sida?». Y, por fin, exhortamos a la gente a convertir el miedo, la rabia y el dolor en acción.

El desarrollo del póster «Silencio = muerte» nos llevó seis meses. El primer cartel se colocó a comienzos de 1987; a las pocas semanas, ya habíamos saturado la mayor parte de la ciudad. En general, hubo personas a las que el póster les resultó confuso y no supieron cómo interpretarlo, pero aun así, loró captar su atención. Y esto era, en verdad, nuestro objetivo inicial: promover una toma de conciencia. La comunidad de activistas comprendió el mensaje de inmediato, y el movimiento originado en torno al póster ayudó a esclarecer su significado.

¿De qué forma piensas que han cambiado las campañas de sensibilización sobre el VIH en los últimos treinta años?

Las campañas de sensibilización sobre el VIH fueron evolucionando a medida que la epidemia se expandió, lo cual dio lugar a diferentes mensajes en torno a la responsabilidad individual y pública. A comienzos de los años noventa, en los Estados Unidos muchas campañas sexualizaron y erotizaron la práctica de relaciones sexuales más seguras, básicamente para que la prevención del VIH resultara más atractiva. Otro aspecto importante es que, cuando comenzó la crisis del VIH, en los Estados Unidos el concepto de salud pública era reciente. Nuestros programas nacionales de salud tienen apenas cincuenta años.

En muchos sentidos, la salud seguía viéndose como un elemento de la vida privada, no como una cuestión pública, así que el desafío era atraer a la población, más que reprenderla.

¿Funcionarían hoy el mensaje y la concepción visual del póster «Silencio = muerte»?

Muy buena pregunta. Esto es algo que me comentan a menudo. En una palabra, la respuesta es sí. Pero quisiera exponer mi punto de vista general... Ahora es fácil ver que ese cartel representó una divisoria de aguas. El grupo del que yo formaba parte se unió para dar forma al mensaje con espíritu de experimentación.

Pero el póster «Silencio = muerte» no surgió de la nada. Representaba la realidad de aquella época. Aunque la gente se moría de sida, del VIH no se hablaba públicamente. El mensaje se enfocó en generar espacios de poder y promover la acción. Se formó una comunidad en torno al cartel, porque las personas afectadas por la epidemia y los que vivían con el VIH querían que se produjera un cambio radical. Nosotros nos encargamos de dar voz a esa comunidad.

Hoy, la única diferencia sería la forma de difundir el mensaje. Ya nadie pega carteles; hace falta un formato interactivo y portátil. Alguien con un dispositivo portátil en una manifestación puede hacer llegar el mensaje a todo el mundo sin tener que esperar a que la prensa publique la nota informativa.

Mandar por Twitter «Silencio = muerte» podría funcionar; sin embargo, hace falta un encuentro visceral, una presencia real en la calle, para recalcar que la comunidad representada por esa imagen es de existencia física, no virtual. No olvidemos que la responsabilidad individual de participar en campañas y de educarse a uno mismo sigue siendo la misma. Como hemos visto en los recientes acontecimientos en Egipto, estamos reencontrándonos con el poder de la «voz individual» para encender la chispa del cambio.



Estados Unidos: 1986

Silencio = muerte

Diseño: ACT UP

De la colección de Richard Deagle, ACT UP.

06

El lazo rojo

**Veinte años después, el lazo rojo se ha
convertido en el símbolo internacional más
reconocido del movimiento del sida.**

El lazo que lo define

De cómo un lazo de cinta roja ayudó a simbolizar y a unir el movimiento del sida

Cuando el actor británico Jeremy Irons salió al escenario luciendo un pequeño lazo rojo durante la entrega de los premios Tony de 1991 (por su trayectoria teatral en Broadway), no sospechaba que ese listón de tela que estaba mostrando al mundo esa noche llegaría a simbolizar la totalidad de un movimiento.

Ese lazo rojo de la conciencia sobre el sida había sido creado por un conjunto de artistas de la ciudad de Nueva York llamado Visual AIDS (Sida visual). Los miembros del grupo habían diseñado el listón rojo como símbolo de solidaridad, para obtener apoyo público para la respuesta al sida y mostrar consideración hacia las personas que vivían con el VIH. Para presentar en sociedad el nuevo símbolo, los artistas sabían que debían valerse de un acontecimiento público importante, que pusiera la cinta roja en la órbita de su eventual aceptación masiva.

Antes de que empezara la ceremonia de los Premios Tony, los miembros de Visual AIDS se acercaron a varios de los presentadores y asistentes para solicitar su apoyo. Gracias a esta labor de persuasión, varios actores llevaban puesta la cinta durante la entrega; entre ellos, Jeremy Irons. En la siguiente ocasión —la entrega de los Premios de la Academia de los Estados Unidos (Premios Oscar)—, la mayoría de las celebridades lucían un lazo rojo.

Según Raymond A. Smith, editor de *The Encyclopedia of AIDS* (Enciclopedia del sida), la cinta roja fue adoptada por el público masivo

internacional tiempo después, en un concierto de homenaje a Freddie Mercury, vocalista y compositor del grupo Queen que murió de sida a fines de 1991. Menos de un año después de la muerte del cantante, más de 70.000 admiradores se presentaron en el estadio Wembley de Londres para honrar la vida de Mercury y recaudar fondos destinados a la investigación del VIH.

—Las figuras más relevantes del mundo musical se hicieron presentes en el concierto llevando una cinta roja —dice el doctor Smith, quien también es profesor adjunto asistente en la Universidad de Columbia en Nueva York. El símbolo, que se repartió a miles de espectadores durante el concierto, no tardó en consagrarse como emblema del movimiento del sida.

Según el doctor Smith, otra señal inequívoca de la aceptación del lazo rojo fue la que dio el Servicio Postal de los Estados Unidos, cuando emitió un sello de 29 centavos cuya ilustración mostraba una sencilla cinta roja con el texto "Tomemos conciencia del sida".

—En los Estados Unidos, especialmente en ese momento, los sellos postales solían reservarse para acontecimientos o temas de suma importancia —agrega el doctor Smith—. El motivo elegido para el sello señaló la verdadera trascendencia del listón.

¿Por qué un lazo rojo?

A la hora de conjeturar por qué razón Visual AIDS pudo haber escogido una cinta roja, el doctor Smith cree que el principal factor fue la familiaridad del símbolo, más que ninguna otra cosa.

—Mucho antes de ser asociadas con el VIH, las cintas rojas se usaban en torneos locales para condecorar a los ganadores del segundo premio, y también eran un adorno frecuente en coronas y árboles de Navidad; por eso, a la gente le resultaron fáciles de adoptar. La cinta no era privativa del sida, pero encontró rápido eco en la gente.

El Quilt Testimonial es otro símbolo de amplia difusión en los Estados Unidos, surgido a fines de los 80 y con más de 44.000 recuerdos individuales de personas que fallecieron de sida. Pero en opinión del doctor Smith, la cinta roja tuvo mayor aceptación como símbolo porque era mucho más accesible.

—Era tan simple que permitía a cualquiera expresar apoyo; sólo hacía falta un listón de tela roja. Y eso la convirtió en un poderoso emblema.

Acusaciones de esnobismo y conformismo

Si bien la cinta roja ayudó a identificar el movimiento del sida, el doctor Smith señala las opiniones adversas de algunos activistas, que han visto en la gran proliferación del símbolo algunas consecuencias desfavorables.

La posición de los críticos —explica el médico— se resume en dos argumentos. Por un lado, la cinta roja se convirtió en un objeto de consumo, visible en tazas, pegatinas de automóviles, adornos de navidad. En segundo lugar, devino un símbolo de conformismo.

—Enseguida comenzó a plantearse que «con la cinta roja no alcanzaba» —agrega el doctor Smith—. Como algunos señalaron, si las personas

creían que por el solo hecho de llevar puesta una cinta roja estaban haciendo algo, más que representar algo positivo, la cinta revelaba una falta de participación y de compromiso serio.

Un símbolo universal

Sin embargo, pese a las críticas, hay que reconocer que la cinta roja ayudó a unir y a identificar el movimiento del sida, no sólo en los Estados Unidos, sino también en el resto del mundo.

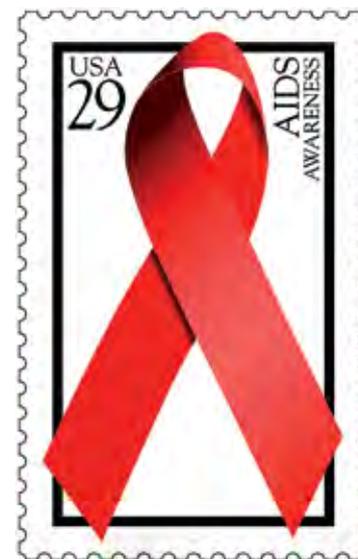
Muchas instituciones relacionadas con el sida habían adoptado la cinta roja en su denominación o identidad corporativa: desde organismos nacionales y asociaciones de personas enfermas hasta instituciones internacionales, como el ONUSIDA, que dio a conocer su logo en 1996, año en que fue fundado.

Gracias al reconocimiento y a la amplia aceptación de la cinta como instrumento para crear conciencia pública sobre un problema —comenta el doctor Smith—, otros movimientos sensibilizadores en el área de la salud han seguido el mismo rumbo, como la lucha contra el cáncer de mama (cinta rosa) o contra la enfermedad de Alzheimer (cinta morada).

—La gente que vive con el VIH ha marchado por el mismo camino en lo que respecta a su postura y a sus reivindicaciones como pacientes. El hecho de que otras enfermedades se identifiquen con cintas muestra que el activismo contra el sida ha movilizó a toda una generación de personas con respecto a diversas afecciones y las ha hecho sentirse protagonistas de su propia salud.

En lo que concierne al futuro de la cinta roja, el doctor Smith cree que seguirá cumpliendo un importante papel en la toma de conciencia y en la respuesta al sida.

—Vivimos en una época atiborrada de íconos e insignias corporativas —afirma—. Con la cinta, se llegó a una suerte de universalidad iconográfica que, imagino, seguirá acompañándonos mientras exista la epidemia de sida.



En el Día Mundial del Sida, en 1993, el Servicio Postal de los Estados Unidos emitió un sello con la cinta roja, destinado a promover mayor sensibilización.

El lazo rojo



El lazo rojo me recuerda mi compromiso de luchar contra el VIH y el sida.

Para mí, el listón rojo significa cooperación.

El lazo rojo me hace pensar en la esperanza y en la necesidad de permanecer unidos en la repuesta, no ya solo al VIH y al sida, sino también a la discriminación.

Es un símbolo de solidaridad.

El lazo rojo, para mí, es la sangre de todas las madres, hermanos, tíos, sobrinos, abuelos, vecinos, compañeros de trabajo, pastores, sacerdotes, enérgicos políticos, imanes y futuros líderes que el VIH se llevó consigo. En definitiva, es un constante recordatorio de las personas que amamos y ya no están, y de aquellos que, gracias a la medicación, aún están con vida.

El lazo rojo simboliza la unión, la valentía y la determinación de acercarnos cada vez más a la meta de cero infecciones.

La cinta roja nos recuerda cuán increíblemente valiosa es cada vida. Y también nos alienta a encender en cada uno el espíritu de luchar por la vida.

Para mí, el lazo rojo es un símbolo de unión, de extrañeza con nosotros mismos y de esperanza para aprender a aceptar que tenemos VIH. Saber que somos seropositivos, pero no somos la enfermedad. La fortaleza y el poder de seguir comprendiendo que millones de personas todavía siguen privadas del acceso universal al tratamiento, y que no podemos abandonar nuestra convicción de que esas personas son seres humanos y tienen exactamente el mismo derecho que cualquier semejante a vivir su vida al máximo. La energía y el símbolo de que debemos seguir proclamando y persiguiendo las metas del UNGASS.

Por fin, es el momento de celebrar mi existencia como persona que vive con el VIH, porque estoy viviendo un día más. Celebrar la vida de aquellos que hemos perdido a manos de la enfermedad, y cerciorarnos de que, en cada bocanada de aire, estemos transmitiendo un mensaje en recuerdo de aquellos que murieron a causa del VIH. Cuando me pongo el lazo rojo en la solapa, lo que hago es celebrar esas vidas.

Para mí, es una señal de advertencia que me exhorta a tomar precauciones, a evitar las conductas arriesgadas en mi vida... Nos gusta vivir, pero la vida nos necesita sin VIH.

¡Para mí, el lazo rojo es sinónimo de vida, amor y solidaridad!

Es una señal universal de fraternidad, afecto y amor a las personas que viven afectadas por el VIH o que son seropositivas. ¡Me hace recordar que aún hay esperanza y que no debemos perderla jamás!

La cinta roja es un símbolo de amor, apoyo y atención hacia todos los que estamos afectados e infectados por el VIH.

El color rojo es sexy y audaz, a la vez que difunde un mensaje. Las personas que quieren prevenir activamente la propagación del VIH comprenden que transmitir el mensaje tiene que ver con todo lo anterior. Para aquellos que viven con VIH, el mensaje es todas esas cosas, al margen del resultado de un análisis de sangre. El rojo es el color de la pasión, y el lazo rojo simboliza esa pasión especial que impulsa la causa del VIH como nunca antes se había promovido ninguna otra causa.

El listón rojo nos recuerda que la educación será el factor más decisivo para erradicar el VIH.

07

Los elementos de la respuesta al sida

**El mundo ha adoptado una postura audaz:
reducir a cero las nuevas infecciones por el VIH,
reducir a cero la discriminación,
reducir a cero las muertes relacionadas con el sida.
Existe un claro consenso sobre los elementos
que hace falta reunir para lograrlo.
Tales factores, combinados y utilizados de
manera apropiada, pueden acelerar los progresos.
La búsqueda de nuevos elementos continúa.**

Los elementos de la respuesta al sida

La respuesta global al sida ha evolucionado en los últimos treinta años. Al comienzo, el principal interés era crear conciencia sobre la prevención del VIH. Había pocas opciones de tratamiento, y el sida era visto como una sentencia de muerte. La epidemia de VIH trajo consigo una epidemia de estigma y discriminación. Ambas se diseminaron juntas por el mundo. Pocos países quedaron a salvo. La complejidad de la epidemia comenzó a manifestarse cuando se inició una actividad sistemática de observación sobre la enfermedad.

El mundo tampoco se quedó de brazos cruzados. Se creó una red de comunidades con el objetivo de detener la propagación del VIH. Los científicos descubrieron la causa y comenzaron a desarrollar métodos de prevención y tratamiento para contrarrestar al virus. Los gobiernos se pusieron en marcha y las organizaciones de la sociedad civil comenzaron a proveer servicios de apoyo y asistencia. Las empresas privadas empezaron a tomar medidas para proteger a sus trabajadores.

Surgieron opciones de tratamiento y, con ello, el sida ha dejado de ser una enfermedad fatal. La transmisión maternoinfantil del VIH puede detenerse. Cada vez existe una mayor integración entre los programas de TB y los de VIH. Están surgiendo y se están poniendo a prueba nuevos instrumentos para la prevención del VIH. Las pruebas de detección del VIH se han vuelto más accesibles. Los programas del VIH se caracterizan por evitar el aislamiento, creando sinergias con otras áreas de la salud y el desarrollo. Asimismo, la inversión en programas de respuesta al sida ha crecido significativamente.

Claves de la tabla periódica

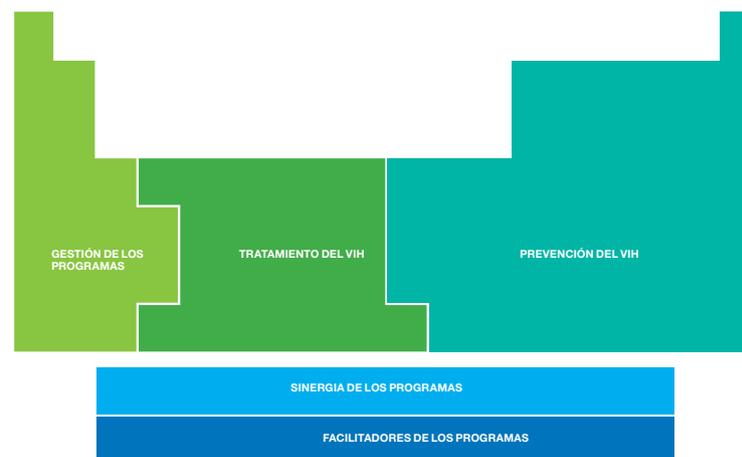
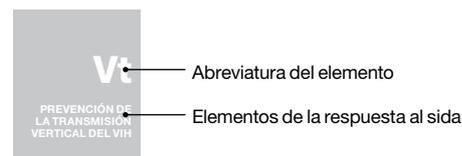


Tabla periódica

Pc COMPROMISO POLÍTICO			
Ci PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL	Me MONITOREO Y EVALUACIÓN		
Ps PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO	Sv OBSERVACIÓN DEL VIH		
Aa ACTIVISMO EN RESPUESTA AL SIDA	Sb OBSERVACIÓN CONDUCTUAL	Rd RECURSOS DOMÉSTICOS	T2 TRATAMIENTO 2.0
O PRINCIPIOS DE LOS «TRES UNOS»	Rm MAPEO DE RIESGOS	Rb ASISTENCIA BILATERAL	Cb DESARROLLO DE CAPACIDADES
Fb APOYO DE LÍDERES RELIGIOSOS	MoT VÍAS DE TRANSMISIÓN	Rp FILANTROPIA	Ts APOYO TÉCNICO
U APROPIACIÓN NACIONAL	Rt SEGUIMIENTO DE RECURSOS	Ri ASISTENCIA INTERNACIONAL	PI ADQUISICIÓN Y LOGÍSTICA
		Rhi SEGURIDAD SOCIAL	Srh SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
		Rpi INCENTIVOS A LOS PROGRAMAS	Hr PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

08

Una revolución en la prevención del VIH

Si la infección por el VIH puede prevenirse, ¿por qué 2,6 millones de personas que no tenían el VIH se infectaron en el 2009?

Se está gestando una revolución en la prevención del VIH

Treinta y tres países, algunos con los niveles más elevados de infección por el VIH en el mundo, comienzan a ver una reducción significativa en las cifras de nuevos infectados. Este descenso se debe más que nada a un cambio de comportamiento. El conjunto de la población empieza a incorporar prácticas sexuales más seguras y a reducir el número de parejas sexuales; los jóvenes, por su parte, eligen postergar la edad de su iniciación sexual. El uso del preservativo va en aumento; así, en Botswana, el 80% de los hombres lo utilizó en su última relación sexual de alto riesgo.

Entonces, si esto puede prevenirse, ¿por qué 2,6 millones de personas que no tenían el VIH se infectaron en 2009? Treinta años después del descubrimiento de la epidemia de sida, **OUTLOOK** examina algunas de las controversias en torno al programa de prevención del VIH, dialoga con reconocidos expertos y esboza una vía para acelerar la revolución preventiva que ya comienza a gestarse.

Con paso firme pero con pausa

En casi todos los países se han implementado programas de prevención del VIH. Según datos de 106 países de ingresos bajos y medios que informan sobre su gasto en sida, en el 22% de los recursos se destinó a la prevención. Pero muchas gestiones nacionales de prevención no han alcanzado el impacto deseado y son criticadas por su falta de foco o su alcance inadecuado.

Según Laurie Garrett, colaboradora principal en Salud Global del Consejo de Relaciones Internacionales de los Estados Unidos, la prevención nunca se ha instrumentado en el marco de una seria gestión unificada y coordinada.

—Nunca hemos aplicado realmente, en ningún lugar, la totalidad de herramientas que poseemos

para la prevención del VIH; peor aún, no hemos visto que muchos países ejerzan el liderazgo desde las instancias más altas para anunciar que la prevención es su objetivo primordial —afirma la doctora Garrett.

El liderazgo político suele considerarse un componente clave para tener éxito en la respuesta al VIH, si bien hace falta un tipo concreto de liderazgo. La doctora Garrett observa que, en países cuyos líderes se han expresado públicamente sobre la prevención del VIH, también se ha estigmatizado a veces a grupos clave de la población que están expuestos a un mayor riesgo y a las personas que viven con el virus. Esto, explica la doctora Garrett, ha hecho que las iniciativas de prevención parecieran punitivas.

Desde que comenzó la epidemia, hace treinta años, el VIH ha sido portador de un pesado estigma. Dado que el virus se transmite principalmente por conductas sexuales y por el consumo de drogas, la epidemia ha obligado a los países a examinar la influencia de la orientación sexual y de la dinámica de género en los patrones de vulnerabilidad. Instrumentar una respuesta eficaz también significa incrementar los espacios de poder y los recursos de los grupos más vulnerables, y a veces marginados, de la sociedad. Y esto no siempre es políticamente aceptado.

—Uno de los factores que, históricamente, ha dificultado tanto la tarea de abordar el VIH ha sido la negación de la enfermedad por parte de muchos gobiernos y ciudadanos —dice Shalini Bharat, profesora de la Escuela de Estudios de Sistemas de Salud perteneciente al Instituto Tata de Ciencias Sociales en la India. Como este tema se vincula al comportamiento sexual y a la sexualidad y, por tanto, siempre conlleva un fuerte tono moral, es muy difícil generar un diálogo abierto.

**UNA REVOLUCIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VIH -
VISIÓN Y OBJETIVOS**

**LA VISIÓN DEL ONUSIDA ES REDUCIR A CERO LAS
NUEVAS INFECCIONES**

**PARA HACER REALIDAD ESTE PROPÓSITO, SE HAN
TRAZADO LAS SIGUIENTES METAS PARA EL 2015**

**REDUCIR A LA MITAD LA TRANSMISIÓN SEXUAL
DEL VIH, INCLUIDOS JÓVENES Y HOMBRES QUE
TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES, Y
LA TRANSMISIÓN EN EL CONTEXTO DEL TRABAJO
SEXUAL**

ELIMINAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

**REDUCIR A LA MITAD LA MORTALIDAD MATERNA
VINCULADA AL SIDA**

**ELIMINAR TODAS LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL
VIH ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS**

En verdad, el 80% de la transmisión del VIH se produce por vía sexual. Afortunadamente, según comenta la doctora Bharat, los líderes políticos y las organizaciones no gubernamentales han comenzado a salir de su negativa. Lo que más la preocupa, en cambio, es la negación que a veces subsiste en el común de la gente.

Carlos Cáceres, profesor de la Escuela de Salud Pública y Administración perteneciente a la Universidad Cayetano Heredia en Perú, plantea otro obstáculo que no deja avanzar a buen paso en la prevención del VIH.

—Las opiniones divergentes de un gran número de donantes —explica el doctor Cáceres— han complicado los avances en materia de prevención. El desafío es generar una visión integradora de la prevención, dados los recursos cada vez menores, e implementar un único plan que reúna los criterios establecidos para crear una «revolución en la prevención».

La clave para el éxito de la prevención, según el doctor Cáceres, subyace en tener un conocimiento apropiado de la epidemia y una respuesta firme para combatirla. Este enfoque, en opinión del doctor Cáceres, evita duplicar lo que otros ya han hecho, particularmente si no ha dado los resultados esperados.

El conocimiento local de la epidemia y su respuesta

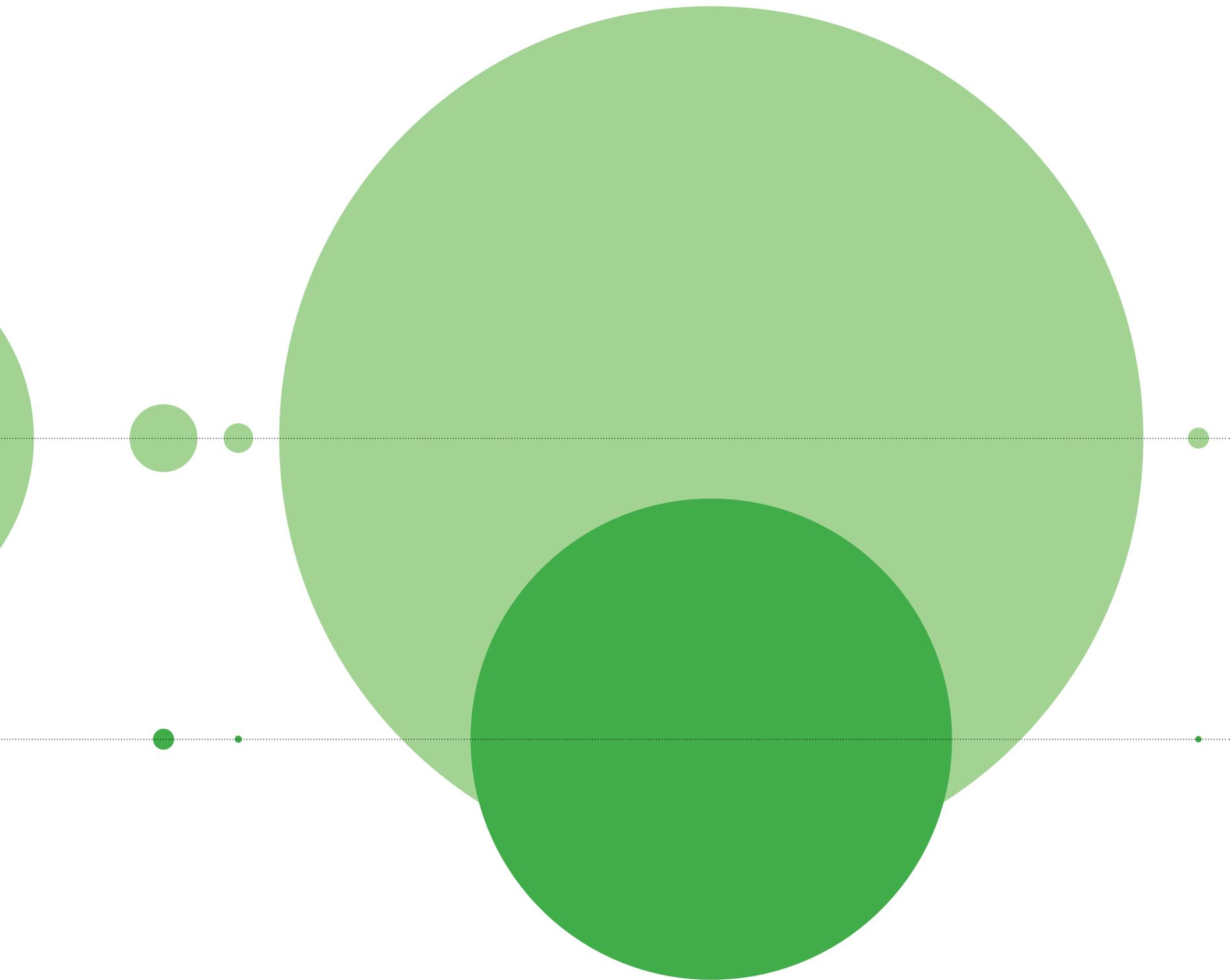
Para lograrlo, el ONUSIDA y sus socios han promovido una iniciativa llamada «conoce tu epidemia, conoce tu respuesta». El principio básico establece que cada país debe saber qué sectores de su población están adquiriendo nuevas infecciones por VIH, y qué actividades de prevención se están llevando a cabo. Con esta información, ambos elementos pueden alinearse a fin de asegurar que los grupos de población clave que están expuestos a un mayor riesgo sean, al mismo tiempo, los que accedan a los programas de prevención del VIH. Pero esto no siempre es lo que sucede.

A menudo, los países no concentran el gasto donde éste podría tener un mayor impacto. Según una auditoría encargada por el Banco Mundial, algunos países de África occidental asignan mínimos recursos a los programas de prevención para profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas. Y es así, pese a que el porcentaje de nuevas infecciones en estos grupos demográficos clave es diez veces mayor al de la población general.

Estimación de nuevas infecciones causadas por el VIH (comparación entre 1999 y 2009)

 = 50 000 nuevas infecciones por el VIH





Côte d'Ivoire

Namibia

Sudáfrica

**República
Centro-
africana**

«El enfoque "Conoce tu epidemia, conoce tu respuesta" es de extrema importancia. Veo muchas naciones cuyas respuestas no se basan en evidencias sólidas», dice la doctora Bharat.

Por ejemplo, el 90% de los recursos destinados a los jóvenes se destina a grupos de bajo riesgo, que representan apenas el 5% de las nuevas infecciones por el VIH. Por su parte, los jóvenes que tienen relaciones con hombres y los consumidores de drogas inyectables quedan excluidos del acceso a los servicios, según la Comisión sobre el Sida en Asia.

Muchos países carecen de los datos necesarios para planificar medidas de prevención del VIH que lleguen, efectivamente, a los destinatarios correctos.

—El enfoque «Conoce tu epidemia, conoce tu respuesta» es de extrema importancia. Veo muchas naciones cuyas respuestas no se basan en evidencias sólidas —lamenta la doctora Bharat.

En África subsahariana, la principal vía de transmisión del VIH es a través de las relaciones heterosexuales. En Lesotho, por ejemplo, la prevalencia del VIH supera el 15% en todos los distritos, en ambos sexos y en casi todos los grupos etarios, según la Encuesta Demográfica de Salud. La única excepción se registra en las franjas de mujeres de 15 a 19 años y de hombres de 15 a 24 años, en las cuales la prevalencia del VIH es menor. En sociedades en las que el VIH está extensamente propagado, es necesario reexaminar las normas sociales y sexuales, debiendo movilizarse toda la comunidad en pos de una respuesta.

En algunos países se observan índices elevados de nuevas infecciones por el VIH en personas que mantienen relaciones de pareja estables y prolongadas. Un estudio reciente realizado en catorce países de África subsahariana mostró que, en el caso de las relaciones heterosexuales estables en las que uno de los integrantes de la pareja es seropositivo y el otro no, la mujer es la que vive con el VIH en el 47% de los casos. Esto significa que la mujer tiene casi las mismas probabilidades que el hombre de padecer el VIH en una pareja serodiscordante, lo cual pone en tela de juicio el estereotipo que muestra al sexo masculino como el mayor responsable de traer el VIH a la relación.

Nuevas fronteras para la prevención del VIH

Si se tiene en cuenta que, en 2009, más de 7.000 personas contrajeron el VIH diariamente en el mundo, es razonable plantear la necesidad imperiosa de promover una revolución en la prevención. Con el paso del tiempo, han surgido nuevas tecnologías de prevención que prometen interesantes resultados y son motivo de renovadas esperanzas. Según Seth Berkley, presidente y

máxima autoridad de la Iniciativa Internacional de la Vacuna contra el Sida, los próximos años serán decisivos para mejorar las tres nuevas tecnologías de prevención que presentan el mejor potencial.

En 2009, se probó una vacuna contra el VIH que obtuvo un 31% de eficacia. Aunque el nivel de eficacia no fue muy alto, los resultados constituyen la primera demostración de que una vacuna podría servir para proteger a la población adulta e impedir la infección por el VIH. Tras el entusiasmo suscitado por esta experiencia, en julio de 2010 se revelaron los resultados del estudio sobre el microbicida Caprisa 004, el cual redujo en un 39% el riesgo de contraer la infección por el VIH. Además, la iniciativa del grupo iPrEx mostró que la profilaxis oral anterior a la exposición era efectiva el 44% de las veces para reducir el riesgo de infección por el VIH.

El doctor Berkley cree que las nuevas tecnologías de prevención tienen la clave para contrarrestar la epidemia de VIH, aunque opina que sólo con una vacuna será posible erradicarla.

—Necesitamos invertir resueltamente en el desarrollo de nuevas tecnologías de salud para la prevención del VIH. Las tres [tecnologías descritas] han mostrado pruebas conceptuales en seres humanos —aclara el doctor Berkley.

Aunque parezca sorprendente, otro gran cambio en el escenario de la prevención del VIH es, paradójicamente, el tratamiento. El tratamiento ya se está empleando como elemento esencial para reducir la transmisión maternoinfantil del VIH y como profilaxis posterior a la exposición. Ahora se busca maximizar el efecto preventivo resultante de los bajos niveles virales en los fluidos corporales de las personas que viven con el VIH y que están bajo tratamiento. Este enfoque combinado, que aúna prevención y tratamiento, tiene el potencial de reducir la futura transmisión del VIH tanto en casos individuales como en grupos poblacionales.

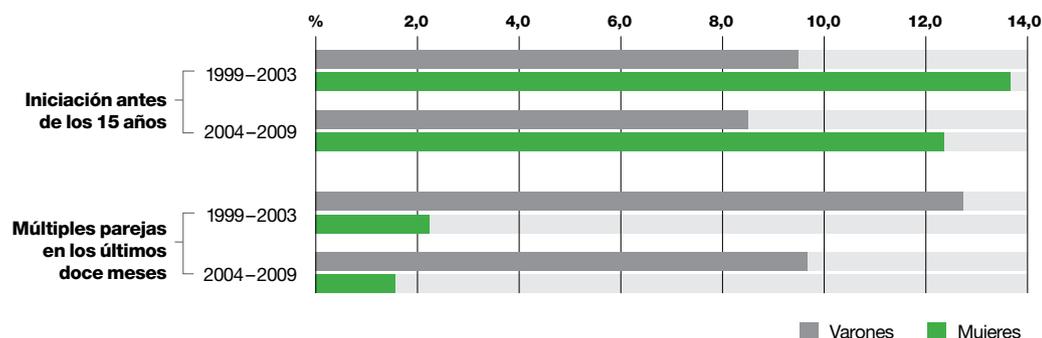
Pero hasta los más enérgicos defensores de las terapias son escépticos a la hora de afirmar que los tratamientos vayan a suponer el fin de la epidemia. Los mejores pronósticos, según el doctor Garrett, son los que brinda un enfoque combinado, que integre instrumentos sociales y tecnológicos. La doctora Bharat cree, con una mirada optimista, que hacen falta cambios de comportamiento para lograr una comprensión más amplia e, incluso, para que funcionen las nuevas tecnologías de prevención.

—Cuando haya otras tecnologías nuevas a nuestra disposición, ¿cómo haremos para que las comunidades las acepten? — se pregunta la doctora Bharat.

Los jóvenes y el riesgo sexual

Personas entre 15 y 25 años que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años y que en los últimos doce meses tuvieron múltiples parejas sexuales

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud y Estadísticas de Población de las Naciones Unidas



De la prevalencia a la incidencia

Respuestas más efectivas requieren información más precisa. Las medidas de prevalencia han sido la fuente principal de los informes sobre el VIH; sin embargo, la prevalencia sólo nos dice cuántas personas viven con el VIH en determinado momento y lugar. En cambio, la incidencia mide cuántas personas han contraído la infección en cierto período en una región. Por ejemplo, en Perú la prevalencia del VIH fue del 0,4% en 2009, esto es, 75.000 personas en todo el país. Sin embargo, el número de personas que adquirieron la infección ese mismo año se situó entre 1.000 y 1.600.

—Hace veinte años, la prevalencia era una medida razonable de éxito o fracaso, porque no disponíamos de tratamientos para mantener a las personas con vida —dice el doctor Garrett—. Pero ahora sí, y afortunadamente millones de personas están recibiendo el tratamiento que necesitan. Eso significa que las mediciones basadas en la prevalencia son cada vez menos útiles: este valor nos dice cuántas personas hay vivas, pero no nos informa cuántas nuevas infecciones por el VIH se están produciendo.

—Si las mediciones de la incidencia se llevan a cabo correctamente —continúa—, también nos ayudan a establecer en qué grupos de la población y en qué partes del país se están produciendo nuevas infecciones. Así, los líderes nacionales cada pocos meses pueden recibir un panorama periódico de lo que está sucediendo con la epidemia, por qué determinadas personas se infectan, dónde se concentran las nuevas infecciones y adónde hay que dirigir los escasos recursos disponibles para la prevención del VIH.

La doctora Bharat cree que es aquí donde debe enfocar sus gestiones la comunidad científica: —Necesitamos estar muy pendientes de las poblaciones donde surgen nuevos casos de infección; en otras palabras, debemos entender qué hace que la gente siga siendo vulnerable — declara.

Una revolución en la prevención del VIH - El camino por delante

—La clave está en el liderazgo político. Será inútil tener esperanzas si los jefes de Estado, los ministros de finanzas y todos los sectores sociales, fuera del tradicional sector de la salud, no se toman en serio la prevención del VIH —pronostica el doctor Garrett. Además, la doctora Bharat sostiene que para llevar a cabo una revolución en la prevención, también hay que transformar las normas que establecen la desigualdad de género y los factores estructurales que ponen en riesgo a los seres humanos.

Para que esa revolución en la prevención del VIH se haga realidad, el doctor Cáceres sostiene que las medidas preventivas deben basarse en un conocimiento adecuado de cada epidemia con el fin de ofrecer una respuesta acorde. Asimismo sugiere combinar enfoques biomédicos, conductuales y estructurales, considerando por un lado la optimización de los costos y, por otro, la relación entre prevención y tratamiento.

Cabe destacar algunos éxitos notables en la prevención del VIH. El número de personas que contraen la infección del VIH está disminuyendo por primera vez gracias a los cambios de comportamiento en muchos de los países donde se registraban los índices históricos más elevados de nuevas infecciones.

La prevención del VIH funciona allí donde los jóvenes tienen espacio y apoyo para actuar, y se les brinda información y acceso a los servicios; allí donde los hombres y mujeres pueden acceder al uso de preservativos y escogen utilizarlos, y allí donde las localidades y comunidades se movilizan para invertir en programas integrales efectivos y fundamentados en pruebas en torno al trabajo sexual y al consumo de drogas. Este es el objetivo de la revolución en la prevención del VIH que ya ha comenzado a gestarse. Sin duda, se trata de una meta necesaria para reducir a cero los nuevos casos de infección por el VIH.

09

La tipología

Toda clasificación siempre conlleva el riesgo de estereotipar y de simplificar en exceso. No obstante, establecer categorías reconocibles es propio de la naturaleza humana.

En relación con el VIH, es necesario comprender claramente qué grupos de la población pueden estar expuestos a un mayor riesgo de contraer el VIH en un país determinado. Esto, sin embargo, nunca debería dar lugar a generalizaciones.

La tipología

La epidemia global de sida no es, en verdad, una sola epidemia homogénea de VIH. Cada lugar es distinto. En algunos países, la principal vía de transmisión del VIH es el uso de equipos de inyección contaminados por parte de personas que se inyectan la droga; en otros, el VIH se transmite mayormente por el contacto sexual entre el hombre y la mujer sin protección. En determinadas naciones, la mayoría de las personas que contraen el VIH se cuentan en el grupo de los profesionales del sexo y sus clientes. Aun dentro del territorio de un mismo país, puede haber diferencias regionales, o una distribución diferenciada entre zonas rurales y urbanas.

Para ver en ejemplos concretos la diversidad de la epidemia de sida, **OUTLOOK** compara dos escenarios distintos: uno donde la epidemia se concentra en poblaciones clave de mayor riesgo de exposición al VIH y otro en un país donde existe una epidemia generalizada de VIH.

Mozambique

TIPO DE EPIDEMIA

Generalizada*

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE CONTRAJERON LA INFECCIÓN POR EL VIH EN 2010

130.000

PREVALENCIA DEL VIH EN LA POBLACIÓN GENERAL

15%

PREVALENCIA DEL VIH EN MUJERES ENTRE 14 Y 25 AÑOS

10%

PREVALENCIA DEL VIH EN HOMBRES ENTRE 14 Y 25 AÑOS

3%

% DE LOS HOMBRES QUE UTILIZÓ PRESERVATIVO EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE ALTO RIESGO

41%

% DE LAS MUJERES QUE UTILIZÓ PRESERVATIVO EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE ALTO RIESGO

31%

% DE LAS MUJERES JÓVENES QUE SABE SI PADECE EL VIH

13%

% DE LOS HOMBRES JÓVENES QUE SABE SI PADECE EL VIH

6%

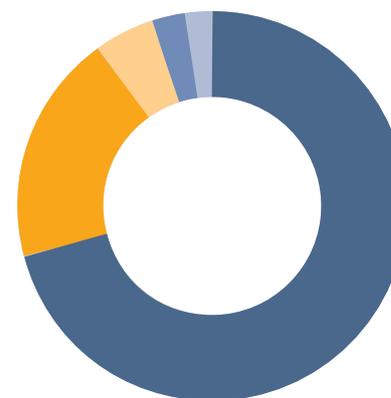
% DE LAS MUJERES JÓVENES QUE TIENE CONOCIMIENTOS ADECUADOS SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

25%

% DE LOS HOMBRES JÓVENES QUE TIENE CONOCIMIENTOS ADECUADOS SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

39%

VÍA PRINCIPAL DE TRANSMISIÓN DEL VIH



■ 71% por relación sexual entre hombres y mujeres
 ■ 19% entre profesionales del sexo y sus clientes
 ■ 5% por relaciones sexuales entre hombres
 ■ 3% por vía maternoinfantil ■ 2% por inyecciones médicas

PROGRAMAS NECESARIOS, SEGÚN LA DOCUMENTACIÓN EXISTENTE**

Programas básicos

- Promoción y distribución de preservativos
- Circuncisión masculina
- Comunicación para el cambio social y conductual
- Programas en torno al trabajo sexual
- Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Prevención de la transmisión maternoinfantil
- Tratamiento

Programas de cambio social

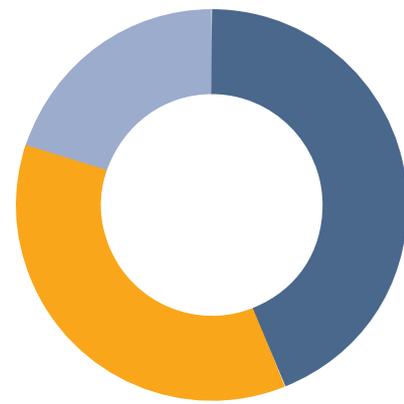
- Movilización comunitaria de grupos múltiples de población: mujeres, jóvenes y profesionales del sexo
- Reducción del estigma social
- Respuesta local a un entorno con una situación de riesgo cambiante
- Programas para hacer frente a la violencia de género

* En epidemias generalizadas, el VIH está firmemente extendido en la población general. Aunque las subpoblaciones de mayor riesgo puedan seguir contribuyendo desproporcionadamente a la propagación del VIH, las redes sexuales en la población general son suficientes para sostener una epidemia, independientemente de los subgrupos más expuestos a la infección. Valor de referencia numérico: Prevalencia sostenida superior al 1% en mujeres embarazadas.

Fuente: Adaptado de «Directrices para el seguimiento del VIH de segunda generación», Ginebra, OMS y ONUSIDA, 2000.

** Muchos de estos programas ya se están implementando en estos países.

Ucrania

<p>TIPO DE EPIDEMIA</p> <p>NÚMERO REGISTRADO DE PERSONAS QUE CONTRAJERON LA INFECCIÓN POR EL VIH EN 2009</p>	<p>Concentrada*</p> <p>19.840</p>	<p>MODO PRINCIPAL DE TRANSMISIÓN DEL VIH</p>  <p>■ 44% por transmisión sexual, incluido el trabajo sexual ■ 36% por consumo de drogas inyectables ■ 20% otras vías</p>
<p>PREVALENCIA DEL VIH EN LA POBLACIÓN GENERAL</p> <p>PREVALENCIA DEL VIH EN PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS</p> <p>PREVALENCIA DEL VIH EN LA POBLACIÓN PENITENCIARIA</p> <p>PREVALENCIA DEL VIH EN HOMBRES QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES</p> <p>PREVALENCIA DEL VIH EN TRABAJADORAS SEXUALES</p>	<p>○ 1%</p> <p>○ 30%</p> <p>○ 6%</p> <p>○ 9%</p> <p>○ 4%</p>	<p>PROGRAMAS NECESARIOS, SEGÚN LA DOCUMENTACIÓN EXISTENTE**</p> <p>Programas básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción y distribución de preservativos a grupos de población clave de mayor riesgo • Programas en torno al trabajo sexual • Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres • Programas de reducción de daños • Programas penitenciarios • Tratamiento <p>Programas de cambio social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilización comunitaria de personas que consumen drogas • Reducción del estigma • Respuesta local a un entorno con una situación de riesgo cambiante
<p>% DE LOS PROFESIONALES DEL SEXO QUE UTILIZÓ PRESERVATIVO EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL</p> <p>% DE LOS HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE UTILIZÓ PRESERVATIVO EN SU ÚLTIMO CONTACTO SEXUAL</p> <p>% DE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS QUE UTILIZÓ PRESERVATIVO EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE ALTO RIESGO</p> <p>% DE LOS PROFESIONALES DEL SEXO QUE SABE SI PADECE EL VIH</p> <p>% DE LOS HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE SABE SI PADECE EL VIH</p> <p>% DE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS QUE SABE CÓMO PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL VIH</p>	<p>○ 80%</p> <p>○ 64%</p> <p>○ 32%</p> <p>○ 46%</p> <p>○ 43%</p> <p>○ 55%</p>	<p>* "El VIH se ha extendido rápidamente en un grupo definido de la población, pero no se ha propagado en la población general. El estado de la epidemia sugiere redes activas de riesgo dentro del subgrupo demográfico. El futuro rumbo de la epidemia está determinado por la frecuencia y la naturaleza de los vínculos entre los grupos altamente infectados y la población general. Valor de referencia numérico: Prevalencia del VIH sostenida de más del 5%, al menos en un grupo poblacional definido. Prevalencia del VIH inferior al 1% en mujeres embarazadas en áreas urbanas».</p> <p>Fuente: Adaptado de «Directrices para el seguimiento del VIH de segunda generación», Ginebra, OMS y ONUSIDA, 2000.</p> <p>** Muchos de estos programas ya se están implementando en estos países.</p>

10

El tratamiento a lo largo del tiempo

Cada adelanto en el tratamiento del VIH se logró gracias a una ardua contienda, desde el primer día. No debe sorprendernos que un virus tan complejo como el VIH requiera un plan de acción terapéutico de la misma complejidad.

Con los años, se ha procurado simplificar el tratamiento del VIH y reducir sus costos, de tal manera que cada vez sean más las personas que puedan acceder a él.

Línea cronológica del tratamiento del VIH

Las medidas que se han adoptado para poner el tratamiento al alcance de las personas que viven con VIH probablemente no tengan comparación en toda la historia mundial de la salud pública.

La siguiente línea cronológica muestra de qué manera se ha logrado que, hoy en día, 6,6 millones de personas tengan acceso a la terapia antirretrovírica que les permite prolongar su vida, todo ello gracias al liderazgo y a la determinación de gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y, sobre todo, de un conjunto de personas extraordinarias.

1987 **Surge un nuevo tratamiento**, celebrado como el primer paso significativo en la respuesta al VIH. La Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos aprueba el uso de zidovudina (AZT), el primer inhibidor de la transcriptasa inversa análogo a los nucleósidos para prevenir la multiplicación del VIH en personas que viven con el VIH.

1993 **Los científicos y las personas afectadas por el VIH** expresan su desazón al saber que el Estudio Concorde, realizado en Francia, Irlanda y el Reino Unido, no muestra ningún retraso en la aparición clínica del sida en personas asintomáticas que viven con el VIH y toman zidovudina como único medicamento. Continúa el debate sobre la eficacia de la zidovudina.

1996 **En la XI Conferencia Internacional sobre el Sida**, celebrada en Vancouver, Canadá, varios investigadores anuncian nuevos avances en el tratamiento del VIH. Un cóctel de tres medicamentos antirretrovíricos, tomados en combinación, no sólo reduce la carga viral mucho más eficazmente que cualquier remedio por separado, sino que además, promete impedir que el virus se vuelva resistente, una respuesta común en las personas que son tratadas con una monoterapia.

Este nuevo tratamiento da a las personas que viven con el VIH y a los científicos nuevas esperanzas de eliminar la infección. Sin embargo, un año después, los científicos descubren que el VIH se «esconde» en reservorios dentro del organismo, haciendo que el

virus sea imposible de erradicar con las terapias actuales, y poniendo de relieve que el sida, en el mejor de los casos, será una enfermedad crónica.

En los países de ingresos altos, la rápida administración de terapias antirretrovíricas produce el síndrome de Lázaro: el tratamiento restablece milagrosamente el estado de salud de muchas personas enfermas terminales de sida. El costo del tratamiento es muy elevado: hasta 20.000 USD anuales por persona, lo que indica que fuera de los países de ingresos elevados, habrá millones de personas enfermas que no podrán iniciar y continuar el tratamiento.

En noviembre, el presidente de Brasil firma la Ley Federal 9313, por la que se obliga al gobierno federal a proveer medicación gratuita para el VIH a todo aquel que la necesite, a través del sistema de salud pública. Se esgrimen argumentos basados en los derechos humanos para impulsar la efectiva puesta en vigencia de esta ley.

A finales de 1996, los datos del estudio 076 (ACTG 076) efectuado por el Grupo de Ensayos Clínicos sobre el Sida muestran claramente que tomar zidovudina durante el embarazo y en el momento del parto reduce drásticamente la transmisión maternoinfantil del VIH. Estos hallazgos se traducen en protocolos que, a día de hoy, han permitido disminuir rotundamente la transmisión vertical del virus.

1997 **El presidente francés Jacques Chirac** es el primer mandatario que pone de relieve las diferencias de acceso al tratamiento. En su discurso durante la X Conferencia Internacional sobre el Sida y ETS en África, celebrada en diciembre de ese año en Abidjan, Côte d'Ivoire, el presidente Chirac señaló que «no tenemos derecho a aceptar que hoy existan dos formas de combatir el sida: tratar a los pacientes en los países desarrollados, y limitarse a prevenir la infección en el hemisferio Sur. [...] Debemos hacer cuanto esté en nuestro poder para asegurar que las ventajas de los nuevos tratamientos se extiendan a las poblaciones pobres, no ya solo de África, sino de cualquier parte del mundo».

También en diciembre se lanza la «Iniciativa del ONUSIDA de acceso a los medicamentos para el VIH» en Uganda y en Côte d'Ivoire. Esta medida constituye la primera introducción de los tratamientos antirretrovíricos en África

subsahariana. A comienzos de 1998, reciben la medicación las primeras personas en Uganda y en Côte d'Ivoire; ese mismo año, más adelante, el tratamiento llega a Chile.

La «Iniciativa del ONUSIDA de acceso a los medicamentos para el VIH» marca un hito respecto al principio —hoy bien aceptado— de la fijación de precios diferenciados para los países de ingresos medios y bajos en una época en la que aún hay pocos proveedores de medicamentos antirretrovíricos genéricos.

1998 **La Asociación de Laboratorios Farmacéuticos** de Sudáfrica, y treinta y nueve empresas de este sector, demandan al gobierno sudafricano por una ley que permitiría a la nación importar y fabricar medicamentos antirretrovíricos genéricos a un precio más económico. Organizaciones no gubernamentales como Oxfam, Médicos sin Fronteras y Treatment Action Campaign —esta última, de reciente creación— se suman al gobierno sudafricano en una gestión global conjunta sin precedentes, con el fin de reclamar medicamentos accesibles para tratar el VIH. Ante la presión nacional e internacional, el 19 de abril la industria farmacológica retira la demanda legal; esta medida permite poner en vigencia la Ley Modificada sobre Medicamentos.

1999 **Datos de un ensayo** efectuado en Uganda entre 1997 y 1999 revelan que la administración de una única dosis de nevirapina administrada a la madre cuando comienza el parto y al bebé en el momento de nacer reducen aproximadamente a la mitad los niveles de transmisión del VIH. A partir del 2000, varios miles de bebés de países de bajos recursos se benefician con esta sencilla medida, que se convierte en la piedra angular de muchos programas destinados a prevenir la transmisión vertical del VIH hasta que, años después, se difunden otros protocolos más eficaces.

2000 **En enero**, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas decide, por primera vez, incluir en sus deliberaciones una cuestión de salud. Seis meses después, el Consejo de Seguridad promulga la resolución 1308, que recalca la amenaza a la seguridad representada por el sida y pone de relieve la necesidad de proveer tratamiento, específicamente al personal militar «allí donde sea apropiado».

El ONUSIDA y la OMS anuncian en marzo un acuerdo conjunto con cinco laboratorios

farmacéuticos destinado a reducir el precio de los medicamentos antirretrovíricos.

En mayo, el ONUSIDA lanza la «Iniciativa para acelerar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos», en conjunción con empresas farmacológicas, la OMS, el Banco Mundial, UNICEF y el UNFPA. La iniciativa estimula el desarrollo de planes de acceso al tratamiento en treinta y nueve países, todos los cuales suscriben acuerdos individuales de precios con las empresas. Sin embargo, la implementación de la iniciativa es lenta y sufre demoras por la negociación de precios y condiciones que deben hacer cada uno de los países.

En julio se celebra en Durban la XIII Conferencia Internacional sobre el Sida. Este cónclave, el primero que se lleva a cabo en África, acelera significativamente el impulso global para expandir el acceso al tratamiento del VIH. Aunque Brasil, precursor entre los países de ingresos medios y bajos, ya proporciona tratamiento a la población desde 1996, en la Conferencia surge con gran ímpetu un movimiento mundial de acceso al tratamiento, enfocado en las necesidades de los países más pobres del mundo.

Cientos de miembros de la organización activista contra el sida, Treatment Action Campaign, muchos de los cuales viven con el VIH, marchan hacia el recinto donde se lleva a cabo la Conferencia exigiendo el acceso a los medicamentos antirretrovíricos. El acontecimiento, un nuevo hito en el movimiento activista mundial, pone de manifiesto el reclamo de ciudadanos de todo el mundo que defienden su derecho al tratamiento.

En septiembre, Lieve Fransen, coordinador del VIH en la Comisión Europea, invita a representantes de ACT UP, Médicos sin Fronteras, fabricantes de medicamentos genéricos como Cipla, y directivos de las siete compañías farmacológicas más importantes a compartir una mesa de deliberación junto a las autoridades de la OMS y el ONUSIDA, con el propósito de firmar un acuerdo escalonado de precios sobre medicamentos patentados para el tratamiento del VIH, la tuberculosis (TB) y la malaria. En la reunión, los directivos expresan su voluntad de poner en marcha el plan. En ese mismo encuentro, Cipla anuncia la provisión, por su parte, de medicamentos antirretrovíricos genéricos de

El tratamiento a lo largo del tiempo

primera línea a 350 dólares anuales por persona.

2001 El 14 de noviembre, la **Conferencia Ministerial** de la Organización Mundial del Comercio adopta la Declaración del Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (Declaración de Doha). Allí se reafirma la flexibilidad de los ADPIC, que permite a los miembros de la OMC evitar el pago de regalías para fabricar medicamentos genéricos contra el VIH y contra otras enfermedades prioritarias. La Declaración confirma que el acuerdo sobre los ADPIC «no impide ni debería impedir a los miembros adoptar medidas de protección para la salud pública», incluida la provisión de «medicamentos para todos». Hasta ese momento, se concedían licencias obligatorias para fabricar productos patentados sin el consentimiento de los titulares de la patente, principalmente para atender la demanda del mercado interno. La Conferencia Ministerial de Doha de 2001 estipula que, en caso de necesidad, los países que no estén en condiciones de fabricar medicamentos farmacológicos puedan obtener suministros más baratos en otro lugar.

Un decreto presidencial del mandatario brasileño Fernando Henrique Cardoso declara cuestión de interés público el acceso al tratamiento del VIH. El decreto es el primer paso para permitir al país importar y producir internamente medicamentos genéricos. Brasil se vale del decreto para negociar con las empresas farmacológicas una reducción en el precio de los medicamentos.

En 2001, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas resuelve que, en la epidemia de sida, el acceso al tratamiento es un componente esencial del pleno ejercicio del derecho a la salud.

En junio se lleva a cabo la primera sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Sida. Los países miembros de las Naciones Unidas se comprometen a poner en marcha una respuesta integral progresiva que abarque las fases de prevención, tratamiento, atención y apoyo. La Declaración de Compromiso es el primer conjunto de metas establecidas por consenso internacional, basadas en indicadores acordados sobre el progreso. Con respecto al tratamiento, los Estados miembros se comprometen a: «...procurar por todos los medios: brindar de forma sostenible y progresiva el estándar más

elevado posible de tratamiento del VIH/sida, que contemple la prevención y el tratamiento de infecciones oportunistas y el uso eficaz de una terapia antirretrovírica sujeta a controles de calidad, todo ello de manera cuidadosa y monitorizada, con el objeto de mejorar el cumplimiento y la eficacia del tratamiento y reducir el riesgo de que el virus se haga resistente...»

Aunque la Declaración representa un incremento considerable en el compromiso internacional, el lenguaje cauteloso para referirse a las terapias y la falta de metas específicas siguen causando inquietud sobre las posibilidades reales de expandir el acceso al tratamiento.

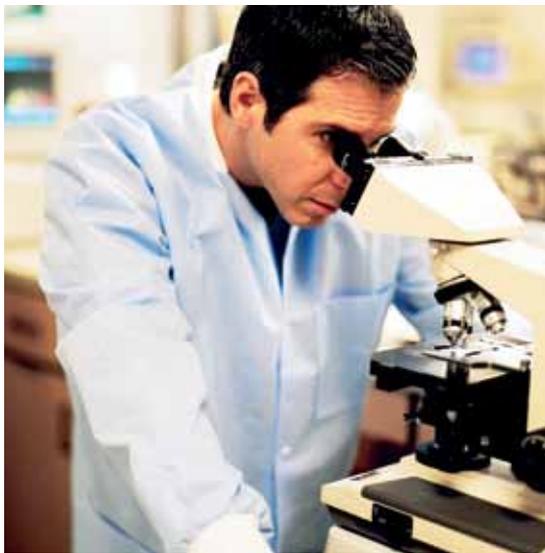
2002 **Se lanza el Fondo Mundial** de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

Apoyado por el Banco Mundial, la OMS y UNICEF incluyen medicamentos antirretrovíricos en una convocatoria a posibles interesados del sector farmacológico para proveer medicamentos relacionados con el VIH a países de ingresos bajos y medios. La OMS inicia un programa de precalificación para certificar la calidad de los medicamentos.

La precalificación de medicamentos antirretrovíricos genéricos establecida por la OMS, la creación del Fondo Mundial y la decisión de este organismo de incluir los antirretrovíricos genéricos entre los medicamentos elegibles para ser financiados son medidas que aumentan la penetración en el mercado de medicamentos antirretrovíricos genéricos y que hacen reducir los precios desde 2002 hasta el día de hoy.

En marzo, la OMS publica la primera edición de sus directrices para el tratamiento del VIH en entornos de recursos limitados. Estas guías incluyen planes simplificados de diagnóstico clínico y tratamiento, así como también una reducción en los requisitos para el apoyo de los laboratorios. Estos enfoques buscan facilitar el acceso al tratamiento de grandes poblaciones en los países más pobres, y reconocen que los beneficios generales de salud que podrían experimentar estos grupos superan holgadamente el riesgo de no detectar y corregir reacciones adversas y fracasos en el tratamiento.

En abril, la OMS adopta la importante medida de agregar diez medicamentos antirretrovíricos



El tratamiento a lo largo del tiempo

a su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, destacando que «el costo no ha sido un factor a la hora de determinar la inclusión de los fármacos en la lista». Tanto la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, que incluye antirretrovíricos, como las directrices de la OMS para el tratamiento son hoy estándares ampliamente aceptados.

2003 En julio, en la XVI Conferencia Internacional sobre el Sida celebrada en Barcelona, la directora general de la OMS, Gro Harlem Brundtland, menciona varias metas para el sector de la salud que enmarcarían la labor de la OMS sobre el VIH y señala: «Nuestro objetivo es que tres millones de personas en el mundo puedan tener acceso [a los medicamentos antirretrovíricos] antes de 2005».

En 2003, se produce un gran adelanto al difundirse la terapia combinada de dosis única, que reduce el número de comprimidos diarios de 10 o 15 a tan sólo dos. Como este seguimiento es más sencillo para niños y adultos que las dosis múltiples a distintos horarios, la terapia combinada facilita el cumplimiento del tratamiento y mejora los resultados.

En enero, el presidente norteamericano George W. Bush anuncia que su gobierno, durante los cinco años siguientes, donará 1.500 millones de dólares a la respuesta mundial contra el sida. La iniciativa se focaliza en el tratamiento y señala como metas explícitas «...prevenir siete millones de nuevas infecciones, tratar como mínimo a dos millones de personas con medicamentos que les permitan prolongar la vida y brindar atención humanitaria a millones de individuos afectados por el sida y niños que han perdido a sus padres a causa de esta enfermedad».

En diciembre, la OMS y el ONUSIDA lanzan la iniciativa «3 x 5», con el fin de proporcionar terapia antirretrovírica a tres millones de personas que viven con el VIH en países de ingresos bajos y medios hasta finales de 2005.

2004 La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos aprueba la primera fórmula genérica de un medicamento para el VIH, lo cual significa que el dinero del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida puede ahora utilizarse para adquirir estos remedios genéricos más económicos.

En enero de 2004 comienza la cuarta ronda de desembolsos del Fondo Mundial, con un importante aporte técnico de la OMS y de otros socios. Conocida extraoficialmente como la «ronda del tratamiento», permite casi duplicar el número de personas que reciben atención terapéutica gracias a programas subvencionados por el Fondo Mundial.

2005 Continúan los avances farmacológicos, aunque también se tornan más evidentes los efectos a largo plazo ocasionados por la medicación para el VIH. Dada la medicación de la que se dispone, los expertos coinciden en que es prudente esperar antes de iniciar el tratamiento en el caso de muchas personas que viven con VIH que a la vez tienen una cifra elevada de CD4.

Aunque todavía no se han logrado por completo las metas de la iniciativa «3 x 5», de no haber sido por este programa, no habría sido posible triplicar en tan sólo dos años el número de personas bajo tratamiento, ni se podría haber incrementado ocho veces en África.

2006 Se lanza la iniciativa UNITAID para crear un ámbito destinado a la adquisición internacional de medicamentos. Su mandato es contribuir a incrementar progresivamente el acceso al tratamiento para el sida, el paludismo, la malaria y la tuberculosis en países de ingresos bajos a través de gestionar fuertes reducciones en los precios de medicamentos y diagnósticos de alta calidad, y de acelerar el proceso de su disponibilidad.

En noviembre, el nuevo gobierno tailandés decide emitir una licencia obligatoria para el antirretrovírico efavirenz. Aunque la empresa Merck, titular de la patente, ya estaba vendiendo este medicamento a un precio reducido, el gobierno logra ofrecerlo a la mitad gracias a la producción de una versión genérica. Tras esta medida, en febrero de 2007, el gobierno anuncia que liberará asimismo la patente sobre Kaletra® (lopinavir + retonavir) y que seguirán más licencias obligatorias.

2007 En mayo, a tono con la decisión tomada por Tailandia cinco meses antes respecto a la liberación de la patente de diversos medicamentos, entre ellos, efavirenz, Brasil anuncia la emisión de una licencia obligatoria para importar una versión más

económica de este antirretrovírica, cuya fórmula original está patentada por Merck.

2008 **Por primera vez, la cobertura de la terapia antirretrovírica** y de los servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH supera el 40%.

2009 **Se calcula que 5.200.000 de personas** en países de ingresos bajos y medios están prolongando su vida como consecuencia de recibir tratamiento del VIH. Sin embargo, aún hay diez millones de personas que necesitan tratamiento y no tienen acceso a él.

2010 **La OMS promueve el tratamiento** precoz para las personas seropositivas, en la medida en que han mejorado los resultados en personas que viven con el VIH, incluso en las que tienen una cifra elevada de CD4. Comenzar antes la terapia antirretrovírica refuerza el sistema inmunológico y reduce los riesgos de muerte y de enfermedad asociados al VIH. Asimismo, disminuye el riesgo de transmisión del VIH y tuberculosis.

El 8 de junio, la Junta Ejecutiva de UNITAID decide dar un paso adelante y para ello establece la Fundación para el Fondo Común de Patentes Medicinales. Se espera que la Fundación obtenga sus primeras licencias en los doce meses siguientes. Un fondo común unifica los derechos de patentes poseídos por diversos titulares —por ejemplo, universidades, empresas farmacéuticas o instituciones gubernamentales— y los pone a disposición sobre una base no exclusiva. Este mecanismo permite que los promotores de productos farmacéuticos oferten sus patentes en un mercado único. A cambio, los productores pagan un canon al titular de la patente. Este fondo podría facilitar la producción de nuevos fármacos que combinen, en un único comprimido, distintos compuestos farmacológicos patentados por diferentes compañías.

Al abrir la producción industrial a diferentes productores, el Fondo Común de Patentes Medicinales ayudaría a que los países de ingresos bajos y medios dispusieran de fármacos más económicos. Aunque algunos medicamentos tradicionales para el tratamiento del VIH se han vuelto más económicos, los productos nuevos siguen siendo muy costosos. La necesidad de contar con tratamientos accesibles contra el VIH se tornará más acuciante a

medida que cada vez más personas que viven con el VIH vayan desarrollando resistencia a las terapias de primera línea y necesiten una segunda línea de tratamiento.

En noviembre, la OMS y el ONUSIDA acogen gratamente una nueva investigación publicada por el grupo de estudio iPrEx, según la cual una combinación de medicamentos antirretrovíricos tomados diariamente a modo de profilaxis, sumada al uso de preservativos, podría reducir el riesgo de infección por VIH entre hombres y mujeres transexuales seronegativos que tienen relaciones sexuales con hombres.

El ONUSIDA y la OMS presentan un nuevo enfoque para simplificar, por un lado, la forma en que se provee hoy en día el tratamiento del VIH y, por otro, ampliar el acceso a medicamentos que pueden salvar vidas. El Tratamiento 2.0 podría disminuir drásticamente las muertes relacionadas con el sida y también reducir de manera significativa la cantidad de nuevas infecciones por el VIH.

Este Tratamiento 2.0 ha sido concebido para maximizar la eficiencia y la efectividad de las terapias contra el VIH mediante la consideración de cinco prioridades: optimizar los regímenes farmacológicos, mejorar los puntos de atención y otras plataformas sencillas de diagnóstico y seguimiento, reducir costos, adaptar los sistemas asistenciales y movilizar a las comunidades.

Los modelos proyectados sugieren que el Tratamiento 2.0, comparado con los actuales enfoques terapéuticos, podría evitar otros diez millones de muertes antes de 2025. Además, si los países que proporcionan terapia antirretrovírica a las personas necesitadas siguieran las nuevas directrices de tratamiento de la OMS, se conseguiría reducir hasta en un millón de casos anuales las nuevas infecciones por el VIH.

11

Los rostros del VIH

**Jóvenes y ancianos. Mujeres y hombres.
Ricos y pobres.**

**Los 34 millones de personas que viven con el VIH
llevan a cabo sus actividades en cada rincón del
planeta y en todos los sectores; entre ellos, el
deporte, la política, la sociedad civil o el derecho.**

**Treinta años después, la epidemia de sida
tiene un sinfín de rostros.**

Greg Louganis

Campeón olímpico de salto acuático
Malibú, California

Para muchos, Greg Louganis es el mejor clavadista que haya existido jamás. En 1976, con sólo dieciséis años y sin experiencia aún, ganó su primera medalla de plata en los Juegos Olímpicos de Montreal. Ocho años después, fue el primer hombre en obtener sendas medallas de oro en salto desde plataforma y desde trampolín en más de cincuenta años. En 1988, compitiendo contra clavadistas a quienes doblaba en edad, logró lo que ningún otro hasta ese momento: obtuvo dobles medallas de oro en salto acuático en dos Juegos Olímpicos consecutivos. Han pasado más de veinte años, y Louganis sigue siendo el único saltador de la historia que ha logrado semejante proeza.

Su victoria de 1988 fue mucho más espectacular aún, pues se produjo después de que el mundo entero, horrorizado, lo viera golpearse la cabeza contra el trampolín en su novena zambullida de clasificación. Treinta y cinco minutos después, tras recibir puntos de sutura, volvió a la piscina para llevarse, al día siguiente, la máxima medalla.

Pero, detrás del campeón triunfal, había un hombre atormentado. En muchos aspectos, el deporte de riesgo era su tabla de salvación.

—Para mí, enfocarme en el salto acuático era lo más fácil. En muchos sentidos, era una bendición —dice el señor Louganis, quien recuerda una infancia difícil. Tenía en su haber un intento de suicidio, y había tenido que sobrellevar, posteriormente, una relación personal abusiva.

Seis meses antes de los Juegos Olímpicos de 1988, Louganis supo que había contraído el VIH y comenzó el tratamiento de inmediato.

—En aquella época, un diagnóstico de VIH positivo equivalía a una sentencia de muerte —recuerda el nadador—. Tuve mucho miedo. Cada

vez que me resfriaba, pensaba: «Ay, Dios mío, ¿y si esto me causa la muerte?».

Hoy se ha retirado del salto olímpico para entregarse a otra de sus pasiones: el adiestramiento de perros para torneos de destreza. También ha iniciado otras actividades físicas, como el yoga.

En 1995, volvió a ocupar las primeras planas de los diarios al publicar su autobiografía, *Breaking the Surface* (Atravesar la superficie), donde reveló ser gay y seropositivo.

—Quería que mi historia motivara a los que viven con el VIH, ayudándolos a hacerse responsables y a comprender que esto no es el fin de la vida —explica Louganis—. Algunos no creen que el sida haya afectado sus vidas. Muchos me han visto saltar en los Juegos Olímpicos y han estado allí alentándome. Ninguna de esas personas puede decir que el sida no las haya afectado.

Recientemente, el señor Louganis volvió a ser el centro de la opinión pública, cuando anunció que retornaba al salto acuático, esta vez como entrenador en California. Fue contratado por SoCal Divers para entrenar atletas en salto olímpico y en aptitudes de supervivencia. En este sentido comenta que su experiencia en el adiestramiento canino le ha sido muy útil.

—Cuando adiestras perros, aprendes a ser paciente. No se entrena a un terrier Jack Russell sin una buena cuota de perseverancia —cuenta.

Aspira a ser mentor del equipo de salto de los Estados Unidos, para ayudar a su país a recuperar el podio olímpico en 2012.

Su lema: «El que aspira a las estrellas y aún no ha visto las nubes, todavía no ha subido lo suficiente».



Los rostros del VIH



Svetlana Izambaeva

Miss Positiva

Kazan, Federación de Rusia

En 2005, Svetlana Izambaeva, peluquera de profesión, se llevó el primer premio en un concurso de belleza para mujeres que vivían con el VIH. Hasta ese momento, no había revelado su condición seropositiva a ningún cliente o amigo, pero a partir del concurso, comenzaron las habladurías en torno a ella, lo cual la motivó a hacer pública su condición.

—Tuve que superar muchos miedos. Me asustaban las llamadas telefónicas —cuenta—. Mi clientela se quejaba: «Me has estado cortando el cabello... ¡y tienes sida!», y yo me pasaba las noches llorando.

Pero perseveró y creó su propia fundación, que defiende los derechos de las personas que viven con el VIH y brinda servicios a niños, mujeres y jóvenes.

En 2009, falleció la madre de Svetlana, dejando huérfano a Sasha, su hermano menor, con tan solo diez años. La joven y su esposo intentaron adoptarlo, pero les fue negada la custodia porque ella era seropositiva, de modo que el niño fue enviado a un orfanato. La señora Izambaeva presentó una demanda judicial, y gracias a su tenaz determinación y a la ayuda de otras organizaciones, consiguió que el juez fallara a su favor. Hoy Sasha vive con Svetlana, su esposo y los dos hijos del matrimonio.

—Para mí, revelar mi condición seropositiva fue como lanzarme a caminar a ciegas —recuerda—. No podía figurarme cuáles serían las consecuencias. Jamás pensé en liderar un movimiento; mi única motivación era resolver las cosas. Hoy sé que si llegas hasta el final, habrá otros que querrán seguirte.

Tokugha Yeptomi

Médico
Chennai, India

En noviembre de 1995, Tokugha Yeptomi planeaba su boda. Era jefe de oftalmología en el Hospital de Naga, en Kohima, Nagaland, y había donado sangre para ayudar a un pariente hospitalizado.

Un día, después de pasar la jornada haciendo compras en busca del ajuar para la boda, se enteró de que el casamiento había sido cancelado. Ese pariente le había contado a la familia de la novia que el doctor Toku era seropositivo. Unos meses antes, en junio, el hospital había informado al primo del doctor Toku que este último tenía el virus, pero el médico cuenta que jamás llegaron a comunicárselo a él.

La revelación condujo a que se cancelara la boda, con el ostracismo y la vergüenza que ello trajo aparejado. Entonces, el doctor Toku se marchó de su ciudad natal y comenzó a trabajar en YRG CARE, en Chennai, brindando atención a personas que viven con el VIH.

Demandó al hospital por violar su derecho de confidencialidad, pero la justicia desestimó el caso, alegando que su prometida había sido «salvada» y que las personas que vivían con el VIH no tenían derecho a contraer matrimonio.

La Corte Suprema de la India, tiempo después, revocó la decisión que negaba a las personas seropositivas el derecho a casarse.

Hoy, el doctor Toku es un hombre casado y tiene una nueva vida en torno a su trabajo como médico activista. Ha dedicado gran parte de su tiempo a educar a profesionales de la salud en el sudeste asiático sobre administración epidemiológica del VIH. También ha ayudado a fundar una agencia matrimonial para personas que viven con el virus.

El doctor Toku enseña a las potenciales parejas las lecciones que él mismo aprendió a fuerza de sufrir:

—Les digo que la apariencia física, la religión, la casta social y el dinero no significan nada. Lo que hace falta es que ambos integrantes de la pareja se apoyen mutuamente.



Micaela Cyrina

Estudiante
São Paulo, Brasil



Micaela Cyrina estudia Artes Visuales en la Facultad Santa Marcelina, en São Paulo, Brasil.

Le encanta compartir su pasión con los niños de su comunidad, a quienes dicta clases de arte.

—Enseñamos arte para la vida, para desarrollar competencias sociales y motrices, y despertar en ellos la apreciación artística —informa Cyrina.

El VIH ha sido parte de su vida desde que tiene memoria. Cuando sus padres fallecieron de enfermedades relacionadas con el sida, ella fue enviada a vivir a un refugio para niños seropositivos, a los seis años.

—Tenía mucho miedo de estar sola, pero los demás chicos me dieron fuerzas y ánimo. Hoy, los echo de menos a todos. Algunos han fallecido, otros han seguido caminos diferentes... Con algunos todavía sigo en contacto.

Desempeña actividades en una red de jóvenes que buscan crear conciencia sobre la prevención y el tratamiento del VIH.

—Muchas mujeres no son independientes. Creen en el amor romántico y están dispuestas a entregarse en todos los sentidos —explica Cyrina—. Esta clase de actitudes son las que impiden a la gente usar preservativo. Pero nuestro cuerpo es el capital más grande que tenemos. Necesitamos cuidarlo.

Richard Berkowitz

Escritor

Nueva York, Estados Unidos

Escritor, activista de la respuesta al sida y profesional del sexo sadomasoquista, Richard Berkowitz ha propugnado las prácticas sexuales seguras desde cada uno de estos lugares.

Lleva más de veinticinco años viviendo con el VIH. El señor Berkowitz, junto a otros hombres gay seropositivos, fue uno de los redactores de un manifiesto conocido como los «Principios de Denver», destinado a la población que vive con el VIH. Esta histórica declaración de diecisiete puntos esboza los derechos y las responsabilidades de las personas que viven con el virus.

Comienza así: «Condenamos los intentos de llamarnos «víctimas», término que implica derrota, y sólo en ocasiones somos «pacientes», término que implica pasividad, impotencia y dependencia del cuidado ajeno. Más bien somos «personas que vivimos con el VIH».

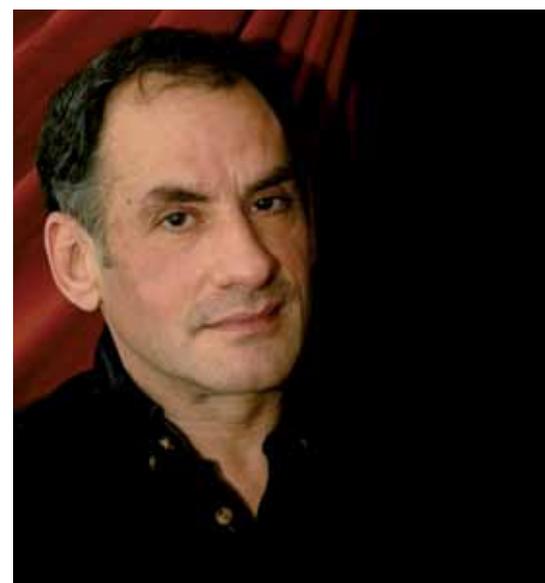
Los activistas difundieron esta proclama en el acto de clausura de la V Conferencia Nacional de Gays y Lesbianas sobre Salud, celebrada en Denver, Colorado, en 1983. Fue la primera vez que las personas seropositivas declararon su derecho a participar en la toma de decisiones en todos los niveles.

—El público respondió con una ovación de diez minutos —recuerda el señor Berkowitz—; en una época en que lo único que se esperaba de nosotros era que nos tendiéramos en una cama a morir, allí estábamos los hombres gay, las personas que vivíamos con el VIH, presentándonos con valentía, orgullo y dignidad.

Dice que es el último sobreviviente de aquel grupo de pioneros del sida.

En los primeros días de la epidemia, el señor Berkowitz escribió un folleto informativo junto con el cantante Michael Sallen, asesorados por su médico, Joseph Sonnabend: *Como tener relaciones sexuales durante la epidemia: Un enfoque*. Se considera que este material, que proponía el uso de preservativos y otros consejos prácticos para reducir riesgos, fue la primera guía que existió sobre prácticas sexuales más seguras.

—En esta época de dificultad económica, muchas personas descubren lo que la gente pobre ha sabido desde siempre: el sexo, además de ser una de las mayores alegrías de la vida, es un lujo al alcance de casi todos. Así que la historia sobre la invención del sexo más seguro es sumamente oportuna en estos tiempos —refiere el señor Berkowitz.



He Tiantian

Maestra

Provincia de Guangxi, China



He Tiantian es una docente amante de la pintura y el yoga. Pero sólo unos pocos amigos y familiares conocen el otro mundo al que dedica su tiempo.

Hace cinco años, la vida de He Tiantian se hizo trizas, cuando, a raíz de una cirugía, descubrió que vivía con el VIH. El diagnóstico trajo consigo una vida a hurtadillas. Cuenta que entraba en la clínica de infectología embozada con un sombrero y el cuello del abrigo levantado.

—Me sentía una delincuente —confiesa la señora Tiantian.

Gracias a internet, supo que no era la única. En sesiones de chat en línea, conoció a otras personas que vivían con el VIH. Al poco tiempo, se atrevió a salir de su madriguera.

—Comprendí que para las personas seropositivas era muy importante comunicarnos y ayudarnos mutuamente. Así que fundé una organización llamada «Dandelion» (Diente de León), con el fin de brindar apoyo psicológico a este sector de la población.

En 2009, Dandelion se puso al frente de una liga nacional, la Red de Mujeres contra el Sida, que capacita localmente a grupos femeninos y trabaja con ellos en defensa de un tratamiento igualitario.

La señora Tiantian les ha contado a sus directores que vive con el VIH, y todos le han respondido con apoyo y solidaridad. Dice que no ha sufrido discriminación en su vida cotidiana, porque sólo ha revelado su condición VIH positiva a muy pocas personas.

Su lema: «La vida es como montar en bicicleta: la única forma de no caer es seguir pedaleando hacia adelante».

Chris Smith

Ex secretario de Estado, miembro de la Cámara de los Lores
Londres, Reino Unido

Treinta años atrás, un joven político del Reino Unido hizo historia. En un mitin político en contra de posibles exclusiones a empleados gay, dijo: «Buenas tardes. Me llamo Chris Smith, soy el representante laborista de Islington South y Finsbury en el Parlamento, y soy gay».

Era la primera vez que un miembro del Parlamento declaraba abiertamente su orientación homosexual en el Reino Unido. Lo curioso del caso es que fue una declaración no premeditada. Lord Smith comentó que tomó la decisión de desvelar su condición en ese momento, mientras se acercaba al micrófono.

La reacción fue positiva casi por unanimidad, y lord Smith llegó a ser Secretario de Estado en el área de Cultura, Deportes y Comunicación, entre 1997 y 2001.

En enero de 2005, hizo otra declaración pública. Fue el primer miembro del Parlamento del Reino Unido en revelar que vivía con el VIH. En este caso, la decisión fue largamente premeditada.

Lord Smith cuenta que, en 1988, cuando se enteró de su diagnóstico, lo consideró un asunto privado, principalmente porque su condición de VIH-positivo no afectaba a su desempeño como legislador. Pero quien lo llevó a cambiar de idea fue Nelson Mandela, ex presidente de Sudáfrica, quien reclamó una mayor transparencia al revelar que su hijo había muerto como consecuencia del sida.

—Contraer el VIH no es ningún motivo de alegría —continúa lord Smith—, pero lo que quería transmitirle a la gente es que no hay por qué abandonar el trabajo y las actividades. Si uno toma la medicación, puede llevar una vida normal y contribuir a la sociedad.



Edwin Cameron

Juez de la Corte Constitucional
Johannesburgo, Sudáfrica



Aclamado como uno de los juristas más brillantes de su generación en Sudáfrica, Edwin Cameron inició su carrera en la Abogacía durante la época del *apartheid*, luchando contra la expulsión forzosa, la conscripción militar, las prácticas laborales injustas y la censura. En 1994, fue uno de los primeros jueces designados por el presidente Mandela durante el nuevo régimen democrático de Sudáfrica.

En 1999, tuvo la oportunidad de servir a su país en la máxima instancia judicial, la Corte Constitucional. En ese momento, tomó una decisión trascendental. Declaró ante una comisión judicial atónita: «Soy seropositivo».

Con esta proclama personal, el juez Cameron se convirtió en el primer —y hasta ahora único— funcionario de Sudáfrica en reconocer que vivía con el VIH. El motivo que lo instó a revelar su condición fue un brutal ataque perpetrado en una aldea de Durban contra una pobre mujer negra, asesinada tras haber declarado en la radio lo que significaba vivir con el virus.

—Sentí que si había hablado esa mujer, sin protección alguna, viviendo en una aldea y no detrás de un muro como yo en mi barrio residencial, y sin ganar el sueldo de un juez, en tal caso yo debía hacer lo mismo —confesó el juez Cameron.

Sus palabras tuvieron una repercusión muy distinta.

—Fui recibido por una avalancha de afecto y de aprobación en toda África. Recibí cartas de todas partes del mundo —cuenta el juez—. Cuando regresé a mi oficina, la encontré llena de ramos de flores. Fue una respuesta magnífica.

Pero su audacia dejó en suspenso la promoción judicial para la que había sido propuesto. Aunque luego fue ascendido a la Suprema Corte de Apelaciones, no buscó el nombramiento en la Corte Constitucional.

El juez Cameron entendió que, en esa situación, sus posibilidades de ser electo eran ínfimas: además de revelar públicamente que era seropositivo, había criticado abiertamente al presidente Thabo Mbeki por sus ideas sobre el sida. El presidente Mbeki ocupó la primera magistratura de Sudáfrica entre 1999 y 2008; desde ese lugar, el mandatario cuestionó las pruebas científicas que identificaban la transmisión sexual del VIH como causa del sida y, al principio, rehusó poner las terapias antirretrovíricas a disposición de su pueblo.

Poco después de que el presidente Mbeki terminara su mandato, el juez Cameron fue ascendido a la Corte Constitucional. Aunque su trayectoria jurídica es impecable, el mayor orgullo del juez Cameron es su contribución al movimiento sudafricano de respuesta al VIH. Sus celebradas memorias, *Witness to AIDS* (Testigo del sida), narran su experiencia personal con la enfermedad.

—Mi compromiso con la epidemia es muy profundo, permanente y personal —aclara el juez Cameron—; el mensaje que estoy resuelto a transmitir es que el problema del sida es manejable. No tenemos por qué pagar el precio exorbitante de tanta muerte y tanto sufrimiento. En cambio, hay muchas medidas prácticas que podemos adoptar.

Prudence Mabele

Activista

Pretoria, Sudáfrica

Prudence Mabele fue una de las primeras personas que declaró vivir con el VIH en Sudáfrica. Le diagnosticaron su condición en 1990, y dos años después decidió asumirla públicamente. Su motivación fue romper el silencio y poner freno al estigma que rodeaba el VIH, además de sentar precedente y alentar a otras mujeres seropositivas a seguir sus pasos.

La señora Mabele es fundadora y directora ejecutiva de Positive Woman's Network (Red de Mujeres Positivas, o PWN, según sus siglas en inglés), una organización no gubernamental que brinda apoyo e información a mujeres que viven con el VIH en Sudáfrica. La labor de esta organización va desde promover la equidad y la igualdad de género hasta educar en materia de salud sexual y reproductiva y promover los derechos de la mujer.

—Decidí crear PWN para educar a las mujeres seropositivas, incrementar su esfera de poder y permitirles controlar su propia vida, como así también apoyar a otras mujeres que viven con el virus —explicó la señora Mabele.

A menudo va a diversas comunidades acompañada de coordinadores de difusión, para hablar con las mujeres sobre prevención del VIH, violencia de género, derechos de la mujer y temas de salud.

En su tiempo libre, disfruta escuchando jazz, en particular intérpretes de Sudáfrica y de los Estados Unidos: Hugh Masekela, Jonas Gwangwa, Jimmy Dlodlu y Gloria Bosman... La lista es interminable. Asume que es adicta al trabajo.

—Una de las mayores satisfacciones que me da mi trabajo es ver a una mujer avanzar en su autoconocimiento, aceptar su condición VIH-positiva, aprender formas de cuidar su salud y, en definitiva, convertirse en una líder y en una agente de cambio —cuenta la señora Mabele.



12

El arte y el sida

**El arte debería liberar el alma, estimular
la imaginación y alentar a la gente a
trascender los límites.**

Keith Haring

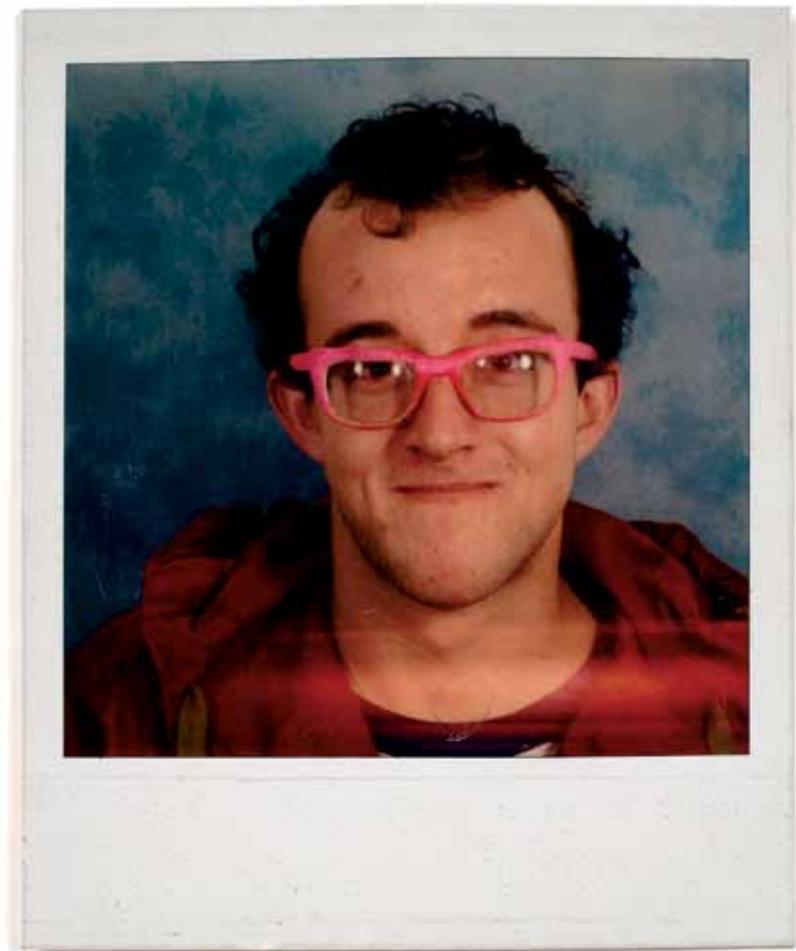
Keith Haring

Keith Haring (1958-1990) fue uno de los jóvenes artistas, intérpretes y músicos cuya obra respondió a la cultura callejera y urbana de los 80. A los diecinueve años, llegó a Nueva York para inscribirse en la Escuela de Artes Visuales; no tardó en descubrir que, fuera de la galería y de las aulas, había un mundo artístico alternativo que florecía en las calles, el metro y los clubes.

Inspirado por los artistas del *graffiti* cuyos trazos cubrían los vagones del metro, el señor Haring comenzó a dibujar con tiza sobre el papel negro que cubría las carteleras publicitarias vacantes en los andenes. Esos dibujos en el metro le permitieron llegar a un público tan vasto como diverso; pero, además, a la larga, los andenes se convirtieron en el «laboratorio» de experimentación de sus ideas.

En 1982, Haring comenzó a exhibir en galerías y museos del mundo, y a participar en diversos proyectos públicos referidos a toda clase de temas, desde campañas de alfabetización hasta el movimiento del sida. Su impulso inicial de garabatear todo lo que tuviese por delante, desde puertas de refrigerador hasta lonas impermeables, luego evolucionó permitiéndole aprovechar toda clase de formatos para comunicar temas fundamentales, como el nacimiento, la muerte, el amor y la guerra.

Keith Haring murió de sida en Nueva York, en febrero de 1990. Antes de fallecer, creó una fundación que lleva su nombre. La misión de la Fundación Keith Haring es mantener, expandir y proteger su legado como artista, su arte y sus ideales. La Fundación apoya entidades sin ánimo de lucro que ayudan a la infancia, así como organizaciones dedicadas a la educación, la investigación y la atención relacionadas con el sida.



Keith Haring, c. 1980
Autorretrato en Polaroid
Polaroid

Cortesía de la Fundación Keith Haring.



Keith Haring, c. 1986
Sin título
Marcador sobre papel

Cortesía de la Fundación Keith Haring.



Keith Haring, c. 1987

Sin título

Mampara de seda

Cortesía de la Fundación Keith Haring.

El arte y el sida



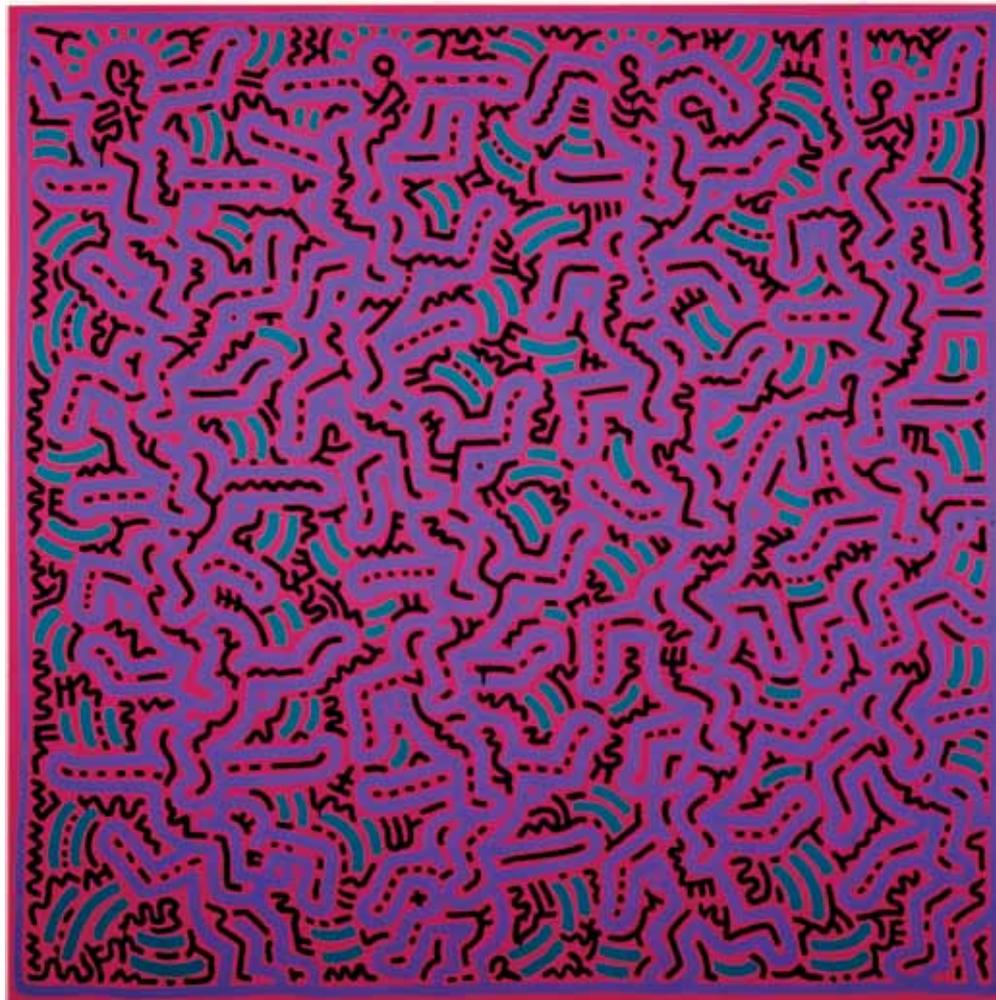
Keith Haring, c. 1982
Sin título
Acrílico sobre tela

Cortesía de la Fundación Keith Haring.



Keith Haring, c. 1984
Sin título
Acrílico sobre poliestireno expandido
Cortesía de la Fundación Keith Haring.

El arte y el sida



Keith Haring, c. 1984

Sin título

Acrílico sobre tela

Cortesía de la Fundación Keith Haring.



Keith Haring, c. 1989
Sin título
Acrílico sobre tela

Cortesía de la Fundación Keith Haring.

El nido

Morgan McConnell
Columbia Británica, Canadá

El artista gráfico Morgan McConnell, cuyo seudónimo es Danger Boy, creó *The Nest* (El nido) para representar la importancia de mantener vivas la conciencia, la investigación y la educación sobre el VIH. «Necesitamos dar a la próxima generación una oportunidad de vivir sin el VIH y recordar la causa por la que lucharon y murieron nuestros predecesores», comenta el artista. En 2008, su obra ganó el concurso de diseño «AIDS Walk for Life» (El sida, marcha por la vida), organizado anualmente en Canadá para crear conciencia y recaudar fondos destinados a los programas nacionales de respuesta al VIH.

Las imágenes se muestran por cortesía del artista.



David y Carol

El arte puede provenir de un lugar visceral y, a menudo, provocar reacciones de esta misma naturaleza. Carol Brown, conservadora independiente de arte que vive en Durban, Sudáfrica, y David Gere, director del Centro de Arte y Salud Mundial de la Universidad de California en Los Ángeles, Estados Unidos, llevan casi diez años colaborando con proyectos solidarios.

Juntos, nos cuentan qué piensan del arte en la época de la epidemia de sida.

El diálogo comienza en torno a la pequeña localidad de Hamburg, situada en la provincia de El Cabo Oriental, en Sudáfrica. Esta aldea dio lugar a una de las obras de arte más extraordinarias referidas al sida: el *Retablo de Keiskamma*.

Carol: Cuando, en el 2006, descubrí el Retablo en el Festival de Arte de Grahamstown, me di cuenta de que nunca había estado frente a algo semejante. Era absolutamente sobrecogedor... Y pese a ser sudafricana, jamás había oído hablar de sus creadoras. Cerca había un pequeño grupo con algunas de las ciento treinta mujeres que lo habían tejido y bordaron. Ellas me contaron que habían creado el tapiz en una aldea rural devastada por el sida. Me sentí tan conmovida y emocionada por la obra que de inmediato le envié un correo electrónico a David, a Los Ángeles.

David: El mensaje de Carol decía: «He descubierto una obra maestra». Y debo aclarar que Carol no usa este término a la ligera, así que imaginé que debía tratarse de algo especial.

Carol: Parte del impacto que provoca el Retablo tiene que ver con sus dimensiones: 6,5 metros de ancho por 4,2 metros de alto. Y, además, sus detalles bordados son impresionantes. La pieza narra la historia de la comunidad de Hamburg en

el 2005, un período signado por la muerte a causa del sida, y revela la admirable autoestima generada en torno a las mujeres en una época infortunada de su vida, que se tradujo en esa increíble obra de arte.

David: Carol Hofmeyr, quien concibió el Retablo y supervisó su creación, me envió por correo electrónico un breve vídeo de YouTube para despertar mi interés. Lo que se ve en la filmación, en pocas palabras, es el momento en que se ensamblan las piezas del Retablo por primera vez, en Grahamstown. Se percibe en el aire una gran expectación, porque hasta ese momento las decenas de mujeres que habían intervenido en la obra habían visto, por separado, sólo los fragmentos que cada una había cosido sobre su regazo. Pero nunca habían contemplado la obra completa, desplegada y unida.

En la filmación, se ve cuando el Retablo entero se abre por primera vez para revelar la totalidad de la imagen, después de que sus piezas fuesen unidas con costuras y montadas sobre bastidores de madera articulados con bisagras. La gente empieza a dar brincos de alegría y a saltar de sus asientos... Todas las creadoras aplauden y cantan, pues la única respuesta adecuada ante el alumbramiento de tan hermoso Retablo es cantarle loas y ensalzarse a sí mismas por haberlo confeccionado.

El escueto mensaje de Carol sobre el descubrimiento de esa «obra maestra» y ese breve vídeo fueron suficientes para saber que el Retablo era algo que queríamos mostrar a miles de personas, objetivo que pudimos lograr en 2006, cuando se llevó a cabo en Toronto la XVI Conferencia Internacional sobre el Sida.

La pieza se exhibió en la hermosa catedral de St. James, en Chicago. La primera vez que los paneles se abrieron en ese lugar, sentí estar presenciando una expresión destilada de angustia, dolor y esperanza, bordada e hilvanada en esa colosal obra de arte. Las experiencias de las creadoras cobran vida en cada puntada...

Carol: El *Retablo* no es una obra de arte estática; antes bien, es una representación dinámica. Cuando sus creadoras abren y cierran las «puertas», lo hacen

entre cantos de esperanza y de júbilo. Y cuando se despliega el panel final, con sus fotografías en tamaño natural de las tres abuelas y de los nietos que quedaron a su cuidado, el *Retablo* se convierte en una conmovedora oración colectiva. Si miramos retrospectivamente toda la historia del arte mundial, vemos que las obras más magistrales han surgido de experiencias y situaciones sociales como estas. Han sido protestas contra la guerra o el hambre, o declaraciones de valor religioso. El arte siempre ha portado un mensaje subyacente.

La epidemia de sida ha tenido un efecto inconmensurable, en especial en Sudáfrica. Las expresiones artísticas derivadas de esta realidad reflejan en buena medida nuestras propias experiencias y el modo en que la enfermedad ha afectado nuestra vida; por tal razón, hay una trascendencia y una dignidad muy especial en estas obras de arte.

David: Ningún artista que compone obras sobre el VIH busca enriquecerse. El arte sobre el sida no pretende adquirir valor en el mercado.

Carol: Como dice David, estas obras no han sido concebidas para ganar dinero, sino como medio de expresión subjetiva y de solidaridad con todo lo que está ocurriendo. Por eso el *Retablo de Keiskamma* es tan admirable: ha sido concebido y gestado por toda una comunidad que se unió en la labor.

David: Siento que hay una enorme creatividad individual en las obras de arte propias de esta época, pero también hay mucho de expresión comunitaria, con el deseo de que el arte dé voz a mayores cantidades de personas que luchan por el acceso al tratamiento o por derechos humanos básicos.

Carol: Hay algo que el arte y los artistas pueden transmitir mejor que otros medios, y es que no estamos solos en ninguna cosa que hacemos. Lo que afecta a uno nos afecta a todos.

David: Espero que el mundo se detenga un instante y se ponga a escuchar...

El Retablo de Keiskamma

Creado por 130 mujeres de Hamburg y de aldeas vecinas en la provincia sudafricana de El Cabo Oriental, el *Retablo de Keiskamma* es un mensaje de esperanza para todos aquellos que viven con el VIH.

Esta localidad, de 3.000 habitantes, fue gravemente afectada por la epidemia de sida. La idea del *Retablo* provino de Carol Hofmeyr, una médica de Johannesburgo que se trasladó a vivir a Hamburg junto a su esposo, Justus Hofmeyr, en el contexto de la respuesta contra el sida.

Carol Hofmeyr acababa de graduarse en Bellas Artes, y trabajaba en programas de empoderamiento económico para mujeres basados en la producción artesanal y

artística. La aspiración de crear el *Retablo* surgió a partir de algo tan sencillo como la confección de bolsos y cojines.

La concepción formal se inspiró en el *Retablo de Isenheim*, creado en el siglo XVI por el artista alemán Matthias Grünewald para retratar la epidemia de la «fiebre de San Antonio», una intoxicación alimentaria provocada por el cornezuelo del centeno.

El *Retablo de Keiskamma* reemplaza las figuras bíblicas de la obra de Grünewald con imágenes de los miembros de la comunidad de Hamburg. La majestuosidad de esta obra de arte se debe, en parte, a sus dimensiones y a sus ingeniosos bordados con abalorios.

El equipo de conservadores de MAKE ART/ STOP AIDS permitió que la comunidad internacional apreciara el *Retablo de Keiskamma* al exponerlo durante la XVI Conferencia Internacional sobre el Sida, en Toronto, Canadá. Desde su fundación, el Proyecto de Arte de Keiskamma ha seguido creando obras de arte y compartiéndolas con el mundo; entre ellas, el *Guernica de Keiskamma*, inspirado en Pablo Picasso, y un encargo reciente para el A.R.T. Show sobre los problemas y las posibilidades de la era post tratamiento en África meridional.



Hamburg, Sudáfrica, 2000
Retablo de Keiskamma
Detalles

Cortesía del Proyecto de Arte de Keiskamma.

El arte y el sida



Hamburg, Sudáfrica, 2000
El Retablo de Keiskamma
Paneles abiertos (Resurrección)

Cortesía del Proyecto de Arte de Keiskamma.



Hamburg, Sudáfrica, 2000
El Retablo de Keiskamma
Paneles abiertos (Realidad)

Cortesía del Proyecto de Arte de Keiskamma.

El arte y el sida



Ciencia, misterio y magia II (Superman), 2011

Thukral & Tagra
Óleo sobre tela

Las imágenes se muestran por cortesía de los artistas.



Esenciales (Clark Kent & Lois Lane), 2011

Thukral & Tagra
Acrílico sobre tela, diptico

Las imágenes se muestran por cortesía de los artistas.

13

Los activistas recordados

En treinta años, el sida se ha cobrado 30 millones de vidas. OUTLOOK recuerda a seis activistas procedentes de diversos lugares del mundo que marcaron una diferencia en sus comunidades.

Activistas recordados

Suzana Murni

Pionera del activismo contra el sida en Indonesia



Suzana Murni fue la primera persona que habló abiertamente sobre su condición seropositiva en Indonesia. Supo de su diagnóstico en 1995, y partir de entonces formó un grupo de autoayuda llamado «Spiritia» junto a amigos que vivían con el VIH y a personas afectadas por el virus. El grupo pronto se convirtió en una organización nacional, la Fundación Spiritia, que unió a personas afectadas por el VIH en todo el territorio nacional.

Desde su posición activista en Spiritia, Suzana propugnó una mayor participación de las personas que vivían con el VIH, en cada nivel de la toma de decisiones y el diseño de estrategias. Su voz se oyó con frecuencia en conferencias de índole nacional e internacional, siempre bregando por erradicar el estigma y la discriminación, y reclamando un acceso igualitario a la terapia antirretrovírica.

Suzana comenzó a tomar medicamentos antirretrovíricos en 2001, pero al poco tiempo se le diagnosticó un linfoma. Falleció en el 2002, rodeada de su familia y de un hijo adoptivo de dos años. Su visión hoy pervive en la organización que fundó, así como en una antología de poemas

Construir juntos la esperanza

Poema de Suzana Murni, 1996

Esta noche
enciendo una vela
para ti,
para los amigos de corazón afín,
para los que nos han precedido.
Han muerto, sí, pero para no rendirse.
Y también para los amigos que nos enseñaron
que la angustia y el dolor,
claro que sí,
pueden revivir las fuerzas
que, sin saberlo,
todo este tiempo hemos tenido.

Si, desde luego, el problema es el virus
que destruye las defensas del organismo,
dime entonces
¿por qué duele más el alma que el cuerpo?
¿por qué no se me permite
despedirte con un beso
en el instante final de tu vida?

Veo en este instante
el aislamiento inhumano
al que te expone tu comunidad.
Imagino con los ojos de la mente
tu cuerpo en su mortaja de hule,
mientras arrojan a las llamas
esa suave manta que yo tan bien conocía
y que parece arder de repudio a tu persona,
después de tanta agonía
ocasionada por el virus...

Acompañada de vacío y de tristeza,
estoy cerca de ti,
desde el principio hasta el final.
Pronto, todo será igual,
sin tiempo para esperar que la ayuda
llegue a tiempo,
sin esperanza en el porvenir,
sin saber yo misma, en realidad,
si lo que espero llegará o no el día de mañana...

Esta noche
enciendo esta vela por ti,
por todos los significados que he aprendido
sobre la vida y el amor,

por la caricia y la sinceridad
que no se detienen
ante las fronteras del idioma o de las naciones.

Por los amigos que han luchado
y por los que, firmes, aún resisten.

Esta vela, amigo mío, resplandece.
Nuestra esperanza se entreteje
para alumbrar la aurora del mañana
y entonar el cantar melodioso
que aún anhela ser oído.

La tibieza retoma, infaltable,
porque el amor es inmortal
e inunda de luz nuestra Tierra.

Acepta el amor que tanto nos fortalece
y nos alienta a seguir luchando.
El milagro del amor pervive,
porque la vida es el don más preciado.

Taia Suslova

Activista de la organización FrontAIDS



Taia Suslova, activista de la organización FrontAIDS, luchó incansablemente por el derecho de todos los ciudadanos de la Federación de Rusia, incluidos los consumidores de drogas inyectables, a acceder a la terapia antirretrovírica. Cuando el Estado rehusó dar tratamiento para el VIH a las personas que se inyectaban drogas, Taia se esposó a las puertas de los edificios del gobierno de Kaliningrado y de San Petersburgo, entonando: «¡Viviremos! ¡Esa es nuestra estrategia!». Taia no pudo recibir a tiempo tratamiento de la tuberculosis, el VIH y la dependencia a los opiáceos; murió de TB relacionada con el sida en 2008, a los 36 años.

Cada día, mueren prematuramente en todo el mundo miles de personas como Taia, que viven con el VIH y además padecen tuberculosis. En Europa oriental y en Asia central, la cantidad de personas que viven con el VIH se ha casi triplicado en los últimos diez años. A comienzos de siglo, el rápido incremento de las infecciones por el VIH en los usuarios de drogas inyectables hizo que la epidemia se diseminara por toda la región.

Taia es recordada con afecto en las palabras que le dedica su amiga Irina Teplinskaya. Este tributo fue inicialmente escrito para la Fundación Andrey Rylkov para la Salud y la Justicia Social, organización que lucha por los derechos humanos de las personas que consumen drogas en la Federación de Rusia.

Tributo a Taia

Irina Teplinskaya recuerda a su amiga Taia

Salí de la cárcel en abril de 2007, donde estaba muriendo a causa del sida y de una afección pulmonar. Me llevaron a una clínica para pacientes con tuberculosis, ya que mi familia no aceptó acogerme en casa. Sobreviví, milagrosamente, pero no tenía adónde ir. En ese periodo de mi vida, entendí por primera vez que la familia no sólo son aquellos con quienes nos unen lazos de sangre, sino también los que cubren nuestras heridas con su propia carne. Los profesionales que me atendieron y los pacientes que me ayudaron a recuperarme pasaron a ser mi amada familia, y por eso decidí quedarme en la clínica, como auxiliar de enfermería.

Esto sucedió en febrero de 2008. No había una sola cama libre en la clínica. Los pacientes más graves eran trasladados a la primera planta, y los que podían andar por sus propios medios, a la segunda. La ambulancia trajo a una joven; reparé en ella cuando vi el esfuerzo que hacía por subir las escaleras. La falta de aire la obligaba a detenerse varias veces entre cada rellano. Sus manos, delgadas y de largos dedos, me llamaron la atención: tenía las uñas impecables, con una preciosa labor de manicura. El detalle me sorprendió: ¿cómo podía prestarle tanta dedicación a sus uñas con semejante deterioro de salud? Pero, genio y figura, así era ella: Taia.

Me acerqué y le ofrecí ayuda para subir las escaleras. Nos pusimos a conversar y no tardamos en hacernos amigas. Me asombró su inteligencia innata y su buena educación, su actitud bien dispuesta y su sentido de la dignidad personal. Parecía irradiar una suerte de luz que entibiaba todo a su alrededor.

El personal médico la trataba mal, y yo no entendía la razón. Resultó ser que Taia ya había sido paciente allí, pero se había ido cuando comenzó a consumir drogas; en la clínica no proveían ayuda a personas con esta clase de dependencia. Su diagnóstico era muy grave, con nulas probabilidades de supervivencia: padecía neumonía caseosa, una forma avanzada de tuberculosis. Le quedaban días o meses de vida, quién podía saberlo con certeza...

Estudié las radiografías de Taia: casi no tenía pulmones, sólo unos pocos alvéolos. ¡Y sin embargo, resistía! Delgada, frágil, casi transparente por la enfermedad, se comportaba con la dignidad de una reina. La muerte le llegó lentamente, fueron cinco meses de agonía. Su cuerpo resistía y el sistema inmunitario estaba en buen estado gracias a los medicamentos antirretrovíricos. Pero no tenía con qué respirar. Sabía cómo morían las personas con su diagnóstico: debido a la falta de oxígeno, el cuerpo se inflaba como un globo. Así debía de sentirse un pez arrojado fuera del agua.

Las dos sabíamos de nuestro consumo de heroína anterior. Por eso, comencé a dársela, para aliviar su sufrimiento. Nos pinchábamos juntas y nos, encerrábamos a pasar la noche en la habitación de las enfermeras, donde me contaba interminables historias sobre su hijo Serezha, sobre su abuelo, sobre Andrey Rylkov, a quien todos conocíamos como Irokez, o sobre su activismo en FrontAIDS. La heroína la ayudaba a sentirse mejor; Taia era una excelente narradora... ¡podía pasarme horas enteras escuchándola!

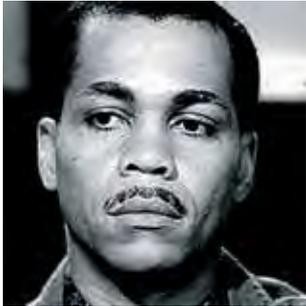
En mayo, su cuadro se agravó. Dejó de comer, casi no dormía y ya no volvió a levantarse. Todas las mañanas, iba a verla y la ayudaba a afeitarse, le cambiaba la ropa interior... Se avergonzaba de no poder valerse por sí misma. Cuando dejó de levantarse, pedía lápices y marcadores, y se pasaba las noches en vela dibujando a la luz tenue de una lámpara. Sus ilustraciones eran muy raras e imaginativas: caballos alados nunca vistos, conejos-leones de color violeta, flores extrañas, de otro mundo... Le daba los dibujos a su abuelo, para que él se los diera a Serezha.

Fue una mujer como cualquiera, una madre afectuosa, una persona con problemas, con pequeños defectos, con dependencia de las drogas.... Pero, a la vez, tampoco hubo nadie como ella: destacaba en la multitud sin hacer nada especial por diferenciarse. Amó la vida, amó a sus semejantes, y fue amada por los demás.

Activistas recordados

Godfrey Sealy

Dramaturgo y activista de Trinidad y Tobago



En el Caribe, el 1% de la población adulta vive con el VIH. Los estudios han mostrado una prevalencia especialmente alta del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que oscila entre el 6% en la República Dominicana y el 32% en Jamaica. En muchos países de la región, el estigma y la discriminación contra los hombres homosexuales impiden el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH.

El periodista Peter Richards rinde homenaje a Godfrey Sealy, líder de la comunidad gay y lesbiana, y uno de los primeros que habló públicamente sobre la vida con el VIH en Trinidad y Tobago. El artículo original, más extenso que el que aquí se presenta resumido, fue publicado el 2 de mayo de 2006 por la agencia Inter Press Service.

Gay, seropositivo y totalmente intrépido

Homenaje de Peter Richards, 2006

Cuando al dramaturgo y activista Godfrey Sealy, de Trinidad y Tobago, le diagnosticaron el VIH en 1989, pidió a las autoridades sanitarias del Caribe y al público en general que no relegaran las cuestiones sexuales a un segundo plano.

«El sida tiene que ver con el sexo. Es la principal vía por la cual se contagia la gente. Mientras sintamos que podemos ocultar el sexo a nuestros propios ojos y a los de nuestros hijos, estaremos alentando la diseminación del virus». escribió en un artículo periodístico en septiembre de 1989.

Hoy, casi veinte años después, sus colegas y amigos honramos la memoria de este hombre que, hasta el miércoles pasado, cuando murió a sus 46 años, siguió luchando hasta el final contra el estigma que ha contribuido a que el Caribe —después de África subsahariana— tenga la segunda tasa de VIH/sida más elevada del mundo.

Sus amigos del mundo teatral organizaron una representación alusiva, y dijeron que los fondos recaudados se donarían a la Fundación por el Sida de Trinidad y Tobago. El espectáculo en su memoria, titulado *Recordando a Godfrey*, convocó a las figuras más famosas de la escena local.

El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), con sede en Trinidad, manifestó el deseo de reconocer la «invalorable contribución de Sealy a la lucha contra la epidemia en su país natal y en todo el Caribe».

—Nos conmovió la valentía con la que hablaba abiertamente de su situación, pese a las posibilidades ciertas de ser discriminado y estigmatizado, como les ocurre generalmente a las personas que viven con el VIH —contó Jones P. Madeira, asesor de información del CAREC.

Según Madeira, la labor de Sealy fue sumamente útil a las iniciativas de diversas agencias regionales e internacionales orientadas a reducir el estigma y la discriminación de las personas seropositivas y/o con sida, y también inspiró la creación o el avance de grupos de apoyo relacionados con el VIH/sida, como Community Action Research, Artistas against AIDS y la Red Regional del Caribe de Personas que Viven con VIH/Sida, con sede en Puerto España.

—La propia batalla del señor Sealy contra la enfermedad fue un magnífico ejemplo de fortaleza y valentía, y su supervivencia durante dos décadas como persona seropositiva fue un inspirador aliento para muchos que, de otro modo, hubieran perdido fácilmente la esperanza de cara a la infección —manifestó Madeira.

La doctora Brader Braithwaite, directora de investigación de la Iniciativa de Investigación Gay sobre Prevención del Sida en el Caribe, dijo que, gracias a Sealy, ella pudo reconocer los beneficios y el uso práctico de la comunicación cultural, en especial el uso del teatro como transmisor de mensajes sobre la prevención del VIH.

Sealy escribió la primera obra caribeña sobre el sida, titulada *One of Our Sons Is Missing* (Uno de nuestros hijos ya no está). Otra de sus obras, *The Wicked Wench of the World* (La malvada prostituta del mundo), una pantomima perteneciente al género carnavalesco que aborda el VIH y la discriminación, fue representada en la V Conferencia Internacional sobre el Sida, celebrada en Montreal en 1989.

—Con la muerte del señor Sealy, el CAREC siente que ha perdido a un verdadero paladín en la respuesta al VIH/sida en el Caribe, y a alguien que merece ser recordado no sólo por haber expandido la respuesta a la epidemia en nuestra región, sino también por haber logrado que las personas que viven con el VIH/sida sean parte de la solución, en lugar de ser consideradas el problema —comentan desde el CAREC.

Tamara

Madre, cocinera y cofundadora de un grupo de ayuda sobre el VIH en el Líbano

A Tamara —cocinera profesional de Beirut— le diagnosticaron el VIH en 1996. En un franco intercambio con la periodista Cosette Karam Al Andary, compartió sus reflexiones sobre la vida con el virus.

En 2008, la periodista publicó una biografía de la vida de Tamara titulada Shaheh Nour (Testigo de la luz). A continuación, se transcriben varios fragmentos del libro.

En labor conjunta con la organización no gubernamental Soins Infirmiers et Développement Communautaire (SIDC), en el 2000 Tamara fundó un grupo de ayuda para personas que viven con el VIH. Participó en los encuentros de este grupo hasta el 2007, cuando el deterioro de salud ya no le permitió seguir concurriendo. Tamara, madre de una única hija, falleció en 2008, a los cuarenta y ocho años.

Testigo de la luz

Reflexiones de Tamara, recogidas por Cosette Karm Al Andary, 2008

...El doctor nos miró a mi marido y a mí. Sentí que una pesada atmósfera se cernía sobre el consultorio. Con voz temblorosa, rompí el silencio y dije al médico:

—No pienso tomar ningún medicamento hasta que me diga qué es lo que tengo.

El doctor se levantó del asiento, caminó hacia mí y me puso suavemente la mano sobre el hombro.

—¿Tenemos que pasar por todo este romance para que me dé el diagnóstico? — bromeé, tratando de fingir fortaleza—. Si es cáncer, dígamelo de una vez.

—Ojalá fuera cáncer —respondió el médico—; lamento decirte que tienes sida.

Sólo recuerdo que alcancé a repetir «¡Madre de Dios!» varias veces, antes de perder el conocimiento. [...]

Fue una pesada carga la que debí sobrellevar. Quería renunciar a la vida. Mientras volvíamos a casa, intenté suicidarme arrojándome del automóvil en marcha. A esa altura, ya se me habían secado las lágrimas en el rostro, mientras intentaba convencer a mi marido de que no lo había engañado. Me horrorizaba la sola idea de que nuestros padres se enteraran de mi enfermedad... Jad también reprimía las lágrimas. No dijo gran cosa... Sólo atinó a musitar:

—Tenemos que aceptar nuestro destino. [...]

Abandoné a Jad durante tres años. Parecía como si el corazón, vacío de toda humanidad, se me hubiera convertido en piedra. Vivía armada de una extraña crueldad que, a veces, llegaba hasta el punto de la insolencia. Le dije que nuestra presencia bajo un mismo techo se había convertido en una formalidad, y que no quería que me volviera a tocar. Recuerdo que una noche volví a casa tarde. Llevaba un vestido de noche demasiado escotado. Jad trató de romper el hielo entre nosotros, suplicándome que lo perdonara. [...]

Convinimos en que diríamos a todos que yo padecía leucemia para justificar mis reiteradas visitas al hospital. No me avergonzaba la forma en que los demás pudieran vernos. El motivo principal por el cual decidimos enterrar la verdad en nuestra alma fue el miedo a no ser aceptados en nuestros lugares de trabajo. Pese a la erupción de furia que bullía dentro de mí, traté de dar lo mejor y de brindar a mi esposo una dieta nutritiva, un "antibiótico" para el sida. [...]

Cuando la noticia se difundió entre los amigos y la familia, la principal preocupación fue establecer por qué vía mi esposo había contraído el virus. Yo fui la primera en recibir las acusaciones; todos me culparon a mí. Mi esposo y yo sufrimos mucho a causa de esto, y yo todavía más cuando él murió. Antes de fallecer, mi marido les comunicó a todos que había sido él quien me había transmitido el virus. A mi hija le dije que tenía leucemia, no VIH, para que algún día no me echara la culpa, no culpara a su padre ni nos odiara a los dos. [...]

Jad falleció después de diez años de lucha contra la enfermedad. Además del sida, contrajo infecciones oportunistas y desarrolló un cáncer que agravaron su agonía. No podía valerse por sí mismo, ni hacer nada salvo hablar. Estuvo un largo tiempo postrado. Yo me dediqué a apoyarlo y a atender todas sus necesidades cotidianas. En ese período de nuestro matrimonio, no dejé que las emociones manejaran mi vida. No acepté que mi enojo interior manejara mi vida; empecé a amar a Jad de una manera distinta. De hecho, su paciencia activó en mí una lucha interna que dio paso a la tranquilidad y a la calma espiritual. [...]

Nuestra sociedad es cruel, injusta y destructiva. Quería morir para terminar con tanto sufrimiento y acallar las habladurías, las miradas de repugnancia que había a mi alrededor. Hay otras enfermedades infecciosas... ¿Por qué a las personas que viven con el VIH, en especial, se las percibe como seres inmorales? Me aislaba en mi hogar, lejos de los demás. Me visitaban unos pocos amigos, cercanos a mis afectos; sin embargo, la mayoría tomó distancia. De no haber sido por mi fe en Dios, no habría podido sobrevivir y soportar las palabras y las acciones de los demás durante todos esos años. [...]

Hoy, vivo en absoluta armonía conmigo misma, aunque mi cuerpo esté cediendo a la enfermedad. Las flechas de Satán, vengan de donde vengan, ya no pueden atemorizarme. Estas saetas son muchas: allí donde anida el bien, también acecha el mal. Estoy viviendo las últimas fases de mi enfermedad en paz conmigo misma y con los demás. Creo que nuestro destino está predeterminado. No me despidan con elegías, porque yo ansío el momento en que mi espíritu se reúna con la vida eterna. ¿Mi último deseo? Sentir mi último latido en las manos del Padre celestial...

Activistas recordados

Nkosi Johnson

Activista infantil y cofundador del Refugio de Nkosi, en Sudáfrica



Nkosi Johnson nació con el VIH en una humilde aldea al este de Johannesburgo, en Sudáfrica. Los medios de comunicación divulgaron su caso cuando, en 1997, una escuela se negó a aceptarlo como alumno por ser seropositivo. El incidente indignó a la opinión pública, y la escuela debió revertir su decisión.

Junto a su madre de guarda, en 1999 Nkosi fundó el Refugio de Nkosi, una organización sin ánimo de lucro que apoya a mujeres y niños seropositivos y a niños huérfanos a causa de sida.

En julio de 2000, a sus once años, Nkosi habló en la XIII Conferencia Internacional sobre el Sida en Durban. En su discurso, que se transmitió por televisión a todo el mundo, Nkosi inspiró con su valentía y determinación a millones de personas. A continuación se transcriben fragmentos escogidos de su discurso.

Nkosi falleció en el 2001, a los doce años, por causas relacionadas con el sida. En su breve existencia, causó un hondo impacto en la opinión pública y en la forma de percibir la epidemia de sida.

Kofi Annan, ex secretario general de las Naciones Unidas, elogió la bravura de Nkosi diciendo: «Hemos perdido a un vocero». El ex presidente sudafricano Nelson Mandela se refirió a Nkosi como «un ícono de la lucha por la vida».

Sudáfrica padece la epidemia de sida más grande del mundo. En 2009, el sida causó el 35% de las muertes de niños menores de cinco años, y fue la principal causa de mortalidad materna en el país.

«¡No nos tengan miedo! ¡Todos somos iguales!»

Fragmentos del discurso que pronunció Nkosi en la «XIII Conferencia Internacional sobre el Sida», en el 2000

Hola, me llamo Nkosi Johnson. Vivo en Melville, Johannesburgo, Sudáfrica. Tengo once años y padezco de sida declarado. Nací con el VIH.

A los dos años, me llevaron a vivir a un centro de atención para personas infectadas con el VIH/sida. Mi madre también estaba infectada, obviamente, y no podía tenerme a su lado por miedo a que la comunidad donde vivíamos averiguara la condición de ambos y nos obligara a marcharnos.

Sé que me amaba mucho, y me venía a visitar cada vez que podía. Al poco tiempo, el centro de atención tuvo que cerrar sus puertas por falta de recursos. Así que Gail Johnson, mi madre de acogida, quien era directora de este centro y me había estado llevando a su casa los fines de semana, dijo en una reunión de la junta que se ocuparía de mí. Me llevó a vivir con ella, y de eso hace ya ocho años.

Ella me ha enseñado todo sobre la forma de vivir con la infección y las precauciones que debo tomar con mi sangre. Si me caigo o me lastimo y me sale sangre, debo cubrir mi propia herida e ir en busca de un adulto que me ayude a limpiarla y a cubrirla con vendas. Sé que mi sangre sólo es peligrosa para otros si estos también tienen una herida abierta y mi sangre toma contacto con ella. Este es el único caso en que la gente debe tomar precauciones al tocarme.

En 1997, mi mamá Gail fue a inscribirme a la Escuela de Primaria de Melpark, y tuvo que rellenar un formulario de admisión donde se preguntaba si yo padecía alguna enfermedad. Ella respondió que sí, que tenía sida. Mi mamá Gail y yo siempre hemos sido francos con respecto a mi condición seropositiva. Ella se quedó esperando, sin saber si me aceptarían en la escuela. Finalmente llamó al colegio y le dijeron que se pondrían en contacto con nosotros, pues primero debían tener una reunión sobre mi caso.

De los padres y maestros que participaron en esa reunión, la mitad dijo que sí y la mitad, que no. Después de eso, el día en que se casaba mi hermano mayor, los medios se enteraron de que había un problema y no me permitían ir a la escuela. Nadie sabía qué hacer conmigo a causa de mi infección. En la escuela se organizaron talleres sobre el sida dirigidos a padres y maestros, para enseñarles a no temer a los niños que viven con sida. Me enorgullece decir que ahora hay una reglamentación por la cual todos los niños infectados con el VIH pueden asistir a clases sin sufrir ninguna discriminación.

Ese mismo año, justo antes de empezar las clases, falleció mi mamá Daphne. Había ido a pasar unas vacaciones a Newcastle, y murió mientras dormía. Desde el día del funeral, echo mucho de menos a mi madre, y ansío tenerla conmigo, pero sé que está en el cielo. Está sobre mis hombros y en mi corazón, siempre velando por mí.

Detesto tener sida, porque enfermo muy a menudo; me entristece mucho pensar en todos los demás niños y bebés que tienen esta enfermedad. Mi mayor deseo es que el gobierno empiece a dar AZT (zidovudina) a las madres embarazadas que tienen el VIH, para ayudar a que el virus no se transmita a sus bebés. Los bebés mueren muy rápido. [...]

Como me separaron de mi madre muy pronto debido a que ambos éramos seropositivos, mi mamá Gail y yo siempre hemos querido abrir un centro de atención para madres y niños que viven con el VIH/sida. Estoy feliz y orgulloso de contarles que, el año pasado, inauguramos el primer Refugio de Nkosi. Ya estamos cuidando a diez madres y a quince niños. Mi mamá Gail y yo queremos abrir cinco refugios más para finales del año que viene, pues nos gustaría que más madres infectadas pudieran estar junto a sus hijos, que no tuvieran que separarse y pudieran vivir más tiempo junto a ellos, dándoles el amor que necesitan...

Cuando crezca, quiero dar muchas más conferencias sobre el sida. Si mi mamá Gail me deja, me gustaría hacerlo por todo el país. Quiero que las personas entiendan lo que es el sida y sepan que no puedes contagiarte el virus si abrazas, tocas, besas o das la mano a alguien que está infectado.

¡Cuidennos y acéptennos! ¡Todos somos seres humanos...! Somos personas normales. Tenemos manos, tenemos pies. Podemos caminar, hablar, tenemos necesidades como cualquier otro. ¡No nos tengan miedo! ¡Todos somos iguales!

Ryan White

Uno de los primeros rostros públicos del sida en los Estados Unidos



Ryan White, de Kokoma, Indiana, enfermó de hemofilia grave siendo un bebé. En 1984, a los trece años, contrajo el VIH durante una transfusión sanguínea. Aunque los médicos dijeron que Ryan no representaba ningún riesgo para los demás estudiantes, el miedo y la mala información fueron más fuertes, y el joven no pudo continuar asistiendo a su escuela.

A mediados de los 80, el sida estaba muy relacionado con la comunidad homosexual en los Estados Unidos. El interés de los medios y la visibilidad que adquirió la historia de Ryan ayudaron a cambiar la percepción pública sobre la enfermedad en todo el país.

En 1988, Ryan White fue invitado a dar su testimonio ante la Comisión Presidencial sobre el Sida. Aquí se transcriben fragmentos de su alocución.

Ryan falleció en abril de 1990, un mes antes de terminar sus estudios secundarios. Siete meses después, el Congreso de los Estados Unidos promulgó la Ley Ryan White de Recursos Amplios de Emergencia para el Sida (CARE), el mayor programa nacional para el VIH financiado con fondos federales. La Ley CARE permite la financiación del tratamiento a las personas seropositivas de bajos ingresos, sin cobertura médica o con seguro de salud insuficiente.

«Soy un chico más»

Testimonio presentado ante la Comisión Presidencial sobre el Sida, en 1988

Tuve que enfrentarme a la muerte cara a cara a los trece años, cuando me diagnosticaron que tenía sida, una enfermedad mortal. Los médicos me dijeron que yo no era contagioso.

Me dieron seis meses de vida, pero como soy un luchador, me tracé grandes metas. Decidí que llevaría una vida normal: iría a la escuela, estaría con mis amigos y disfrutaría de mis actividades cotidianas. Sin embargo, no iba a ser tan fácil.

En la escuela me dijeron que no tenían protocolos para aceptar a un estudiante con sida. La junta escolar, mis profesores y el director votaron que no podía concurrir a las aulas, por miedo a que alguien se contagiara de sida a través de un contacto casual. Los rumores de que el sida podía contagiarse por medio de estornudos, besos, lágrimas, sudor y saliva hicieron que la gente entrara en pánico.

Iniciamos una serie de reclamos judiciales que duraron nueve meses, durante los cuales me dictaban clases por teléfono. Finalmente, gané el derecho a asistir a las aulas.

Sabíamos que el sida no se contagia por medio del simple contacto cotidiano y, sin embargo, los padres de veinte niños iniciaron su propia escuela por separado. No estaban convencidos. Debido a la falta de educación sobre el sida, viví rodeado de mentiras, discriminación, pánico y temores.

Dijeron que yo era un buscapié, que mi mamá no era una buena madre y que no era bienvenido en ningún lugar. Cuando llegaba a un sitio y buscaba dónde sentarme, los demás se levantaban y se alejaban de mí. Ni siquiera en la iglesia la gente quería darme la mano.

Esto atrajo la atención de los medios, y mi historia se dio a conocer a través de reportajes, entrevistas y apariciones en público. Pasé a ser «el chico con sida».

Recibí miles de cartas de solidaridad de todo el mundo... Y todo por querer asistir a la escuela. De pronto, un sinfín de atletas, estrellas y artistas me expresaron su apoyo. Muchos de ellos me brindaron su amistad, pero en la escuela tenía muy pocos amigos. ¿Cómo podía ser que esas personas no tuviesen miedo de mí ante la opinión pública, y que todos los otros, en mi propio pueblo, me evitaran por temor?

Por momentos, me costó mucho sobrellevar esta realidad, sin embargo, traté de ignorar la injusticia, porque sabía que la gente no tenía razón. Mi familia y yo decidimos no odiar a todas esas personas, porque nos dimos cuenta de que eran víctimas de su propia ignorancia. Teníamos fe en que, con paciencia, comprensión y educación, mi familia y yo podríamos propiciar un cambio en sus actitudes y formas de pensar.

Aun cuando mamá tenía un buen trabajo en General Motors, la situación económica se fue complicando para nosotros. Cuando empeoraba mi estado de salud, ella debía faltar al trabajo. Las cuentas por pagar comenzaron a acumularse. Mi hermana Andrea, patinadora de competición, tuvo que sacrificar su carrera. No había dinero para sus clases ni sus viajes.

El sida puede destruir a una familia si uno se rinde, pero por suerte para mi hermana y para mí, mi madre nos enseñó a seguir batallando. Me enseñó a no bajar los brazos, a sentirme orgulloso de mí mismo y a no compadecerme jamás.

Después de dos años y medio de deterioro constante en mi salud, habiendo sufrido dos ataques de neumocistosis, culebrilla, una forma rara de tos ferina y problemas hepáticos, comenzó la lucha contra los escalofríos, las fiebres, la tos, el cansancio y los vómitos. Estaba tan enfermo que tuve que recibir clases domiciliarias.

El deseo de mudarme a una casa más grande y evitar sentirme enfermo a diario, así como el sueño de ser aceptado por una comunidad y una escuela, se hicieron realidad gracias a una película sobre mi vida, La historia de Ryan White.

Hoy mi vida ha mejorado... Al término del curso académico 1986-1987, mi familia y yo decidimos mudarnos a Cicero, Indiana. Oramos y confiamos en que la comunidad de esta ciudad nos recibiría sin problemas, y así fue. Por primera vez en tres años, hoy sentimos que tenemos un hogar, una escuela que me apoya y montones de amigos.

Me siento muy bien. Soy, otra vez, un adolescente normal. He obtenido mi permiso de conductor principiante. Asisto a torneos deportivos y voy a bailar. Mis estudios son muy importantes para mí. Figuré en el cuadro de honor hace poco, con dos calificaciones sobresalientes y dos destacadas. Soy un chico más, y todo gracias a que los estudiantes de la Escuela Secundaria de Hamilton supieron escuchar mi historia, educaron a sus padres, aprendieron ellos mismos y creyeron en mí.

14

Los huérfanos

**Casi 17 millones de niños
han perdido a uno o a ambos
padres a causa del sida.
La mayoría de ellos vive en África subsahariana.
El arte les permite expresar
sus historias de valentía y esperanza.**

Los huérfanos

Los Estados signatarios reconocen el derecho de cada niño a tener un estándar de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

—Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, artículo 27

Desde que comenzó la epidemia de sida, hace treinta años, casi 30 millones de personas han muerto de enfermedades relacionadas con el sida, prácticamente todas en plena juventud, dejando a su paso padres ancianos e hijos huérfanos.

Hay casi 17 millones de niños huérfanos a causa del sida, la mayoría de ellos en África subsahariana. Cada uno tiene su propia historia de pérdidas, pero también de valentía y de esperanza.

Glynis Clacherty se ha dedicado a trabajar con niños huérfanos de África y a registrar sus historias.

—Hay niños afectados por el sida repartidos por toda África. Hay huérfanos que han tenido que afrontar muchas muertes en su hogar, ya que

han perdido a su mamá y a su papá, a hermanos y hermanas mayores, a tíos y tías... —cuenta.

Por medio del arte, ha podido ayudar a los niños a lidiar mejor con su pérdida y a seguir adelante.

—Los dibujos y las historias que crean los niños nos dan una idea de las dificultades que envuelven su vida, pero también nos cuentan cómo se ayudan unos a otros a satisfacer sus necesidades básicas, manejar su dolor y seguir asistiendo a clases, pese a los obstáculos que se interponen en su camino —narra la señora Clacherty.

—A menudo, los niños desempeñan el papel de cuidadores infantiles —agrega—. Hay criaturas que viven con sus abuelos ancianos, a quienes deben atender; hay otros que cuidan a sus padres enfermos o que atienden a otros hermanitos menores.

Un estudio realizado por la señora Clacherty para Save the Children del Reino Unido mostró que los niños huérfanos tienen un firme sentido de la responsabilidad. Saben pedir ayuda a los adultos solidarios que conocen y pueden ganarse la vida llevando a cabo diversas tareas. Los niños también muestran madurez y fortaleza emocional en su forma de cuidar a los hermanos menores.



Angola, Uganda, Nigeria y Zimbabwe

En Angola, Uganda, Nigeria y Zimbabwe, se llevó a cabo un proyecto de investigación con niños que cuidan a sus padres enfermos, a fin de registrar sus experiencias de vida. Los niños brindaron información sobre temas como sus estrategias y medios de subsistencia económica. También identificaron los problemas que padecen,

como la falta de alimentos o la exclusión del sistema escolar por no poder costear uniformes, libros o gastos de matriculación. Un niño que cuida a su padre, su tío y un hermano menor resume cómo es su jornada y muestra cómo se las arregla para ir a la escuela y ocuparse de las tareas domésticas.



Nuestra casa
Esta es nuestra casa. Yo me ocupo de ella. Mi mamá está enferma.

—Una niña de Zimbabwe de 9 años

Los huérfanos

Sudáfrica

En Johannesburgo, Sudáfrica, los niños huérfanos integran un grupo de ayuda en el Centro Comunitario de Asesoramiento de Sophiatown. Allí, dibujan y cuentan historias sobre sus pérdidas y su vida actual.



La cadenita de mamá

*Mi mamá me quería...
Me compraba lo que le pedía.
Me enseñaba a leer libros y a leer la Biblia.
Me enseñaba a doblar la ropa de cama.
Pero después enfermó.
Vino mi abuelo a visitarla, pero ella ya no reconocía a nadie.
Después de eso, estubo con nosotros tres días más hasta que falleció.
Mi mamá tenía una cadenita con la Virgen María. Era de oro.
La llevaba puesta todo el tiempo, salvo cuando se la quitaba para bañarse.
Me la regaló a mí.
Cuando me pongo la cadenita, siento como si mi mamá estuviera conmigo.*

— Una niña de Sudáfrica
de 10 años



Cuando me viene la tristeza

*Cuando pienso en mi padre, me pongo triste, así que salgo afuera y me tiendo sobre la hierba a mirar las estrellas cuando anochece. Eso me hace sentir mejor. Me quedó allí tendido y me siento mejor.
Cuando Pedro está triste, le pide a su papá un dólar y va al cine a ver películas cómicas. Ephraim baila, Lillian se aparta de los demás y se queda sola, Grace lee y se va a otro mundo... Helena canta las canciones de la Iglesia, y Michel canta salmos...
... pero yo me tiendo sobre la hierba y miro las estrellas.*

— Un niño de Sudáfrica
de 11 años

Zimbabwe

Muchos niños de Zimbabwe, huérfanos a causa del sida, cruzan las fronteras y migran a Mozambique y Sudáfrica para conseguir trabajo. Su objetivo es enviar dinero a sus abuelos y hermanos menores. En un seminario regional sobre migración celebrado en Johannesburgo, los niños narraron, mediante sus dibujos, los motivos por los cuales debieron abandonar su tierra.



Cuando me marché de mi país, estaba feliz porque tenía la convicción de que todo saldría bien. Pero uno sabe que lo mejor es su tierra natal. No es fácil irte de tu casa.

— Un niño de
Zimbabwe de
13 años

Botswana

En Botswana, los niños han creado «libros recordatorios», en el marco de la Iniciativa Regional de Apoyo Psicosocial (REPSSI, según sus siglas en inglés). Juntos, asientan por escrito recuerdos, pensamientos, historias y sentimientos sobre sus padres fallecidos.



Esta es mi mamá, que me abrazaba con cariño cuando yo era pequeñita. Gracias, Mami, por todo.

— Una mujer de Botswana de 18 años

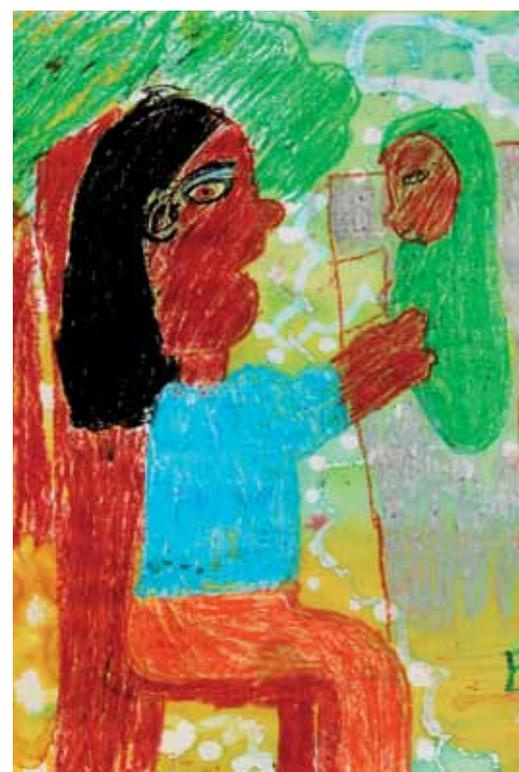


Este es un lindo recuerdo. Me acuerdo de cuando mi mamá me compró el uniforme de la escuela. Estaba tan feliz que fui hasta el colegio corriendo sin parar. Todo lo que soy se lo debo a mi madre.

— Una mujer de Botswana de 18 años

República Unida de Tanzania

En la República Unida de Tanzania, los huérfanos que viven con sus abuelos aprenden a emprender pequeños proyectos de negocios en el contexto de la iniciativa «Kwa Wazee». Cada niño recibe un préstamo para criar aves o plantar hortalizas. Esto les permite adquirir cierta independencia, continuar en la escuela y ganar dinero para su sustento.



Mi abuela

Mi «bibi» (abuela) me quiere. Me ha cuidado desde que era bebé. Ahora es mi turno de cuidarla a ella. No podría abandonarla jamás.

— Un niño de la República Unida de Tanzania de 17 años



El futuro

Antes no podía hacer planes para el futuro, pero ahora me planifico un poco más. Antes pensaba en mis padres fallecidos; ahora descubrí que hay otros huérfanos como yo. Trabajamos juntos para ayudar a nuestros abuelos y tener un futuro mejor.

— Una niña de República Unida de Tanzania de 14 años

15

Las mujeres y el sida

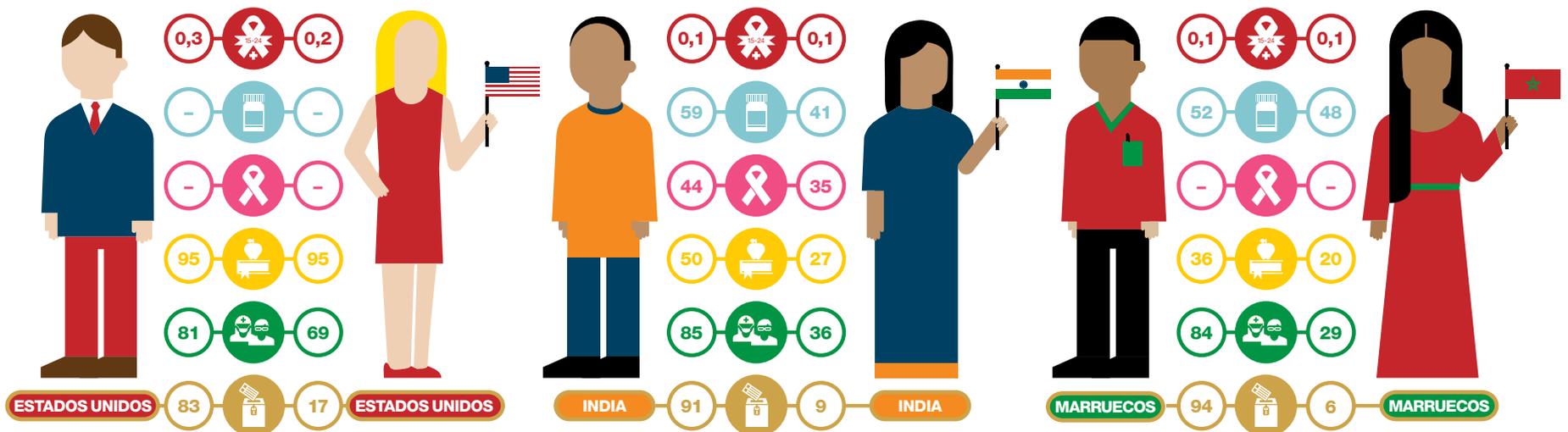
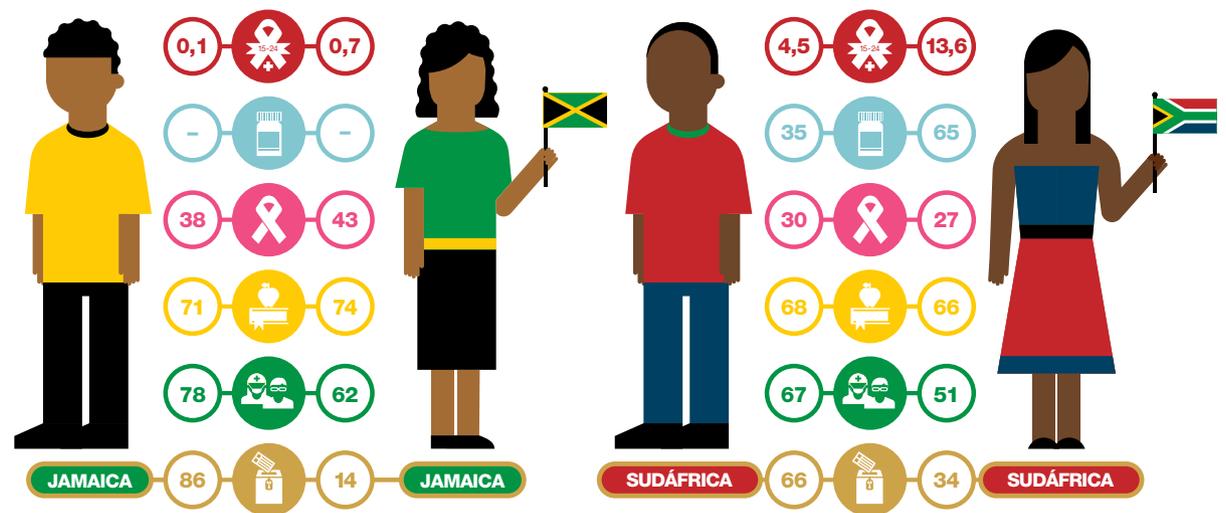
Treinta años después de la aparición de la epidemia de sida, la población femenina sigue siendo la más afectada: hay casi 16 millones de mujeres y niñas que viven con el VIH. Más de la cuarta parte (el 26%) de las personas que contraen la infección por el VIH son mujeres jóvenes, cuyas edades oscilan entre los 15 y los 24 años. OUTLOOK examina la brecha entre los géneros y el VIH.

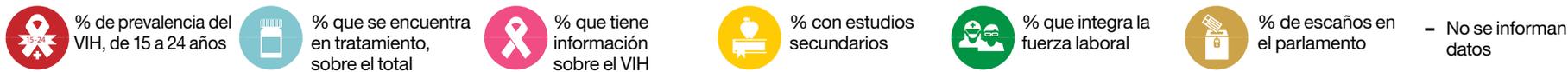
Las mujeres y el sida

La mitad del universo: la brecha entre los géneros y el VIH

Mundialmente, las mujeres representan la mitad de la población seropositiva. Los casi 16 millones de mujeres que viven con el VIH equivalen al conjunto de la población nacional de países como Países Bajos, Kazajistán o Burkina Faso.

Para reducir la vulnerabilidad femenina al VIH, es necesario adoptar un enfoque amplio, que incluya la participación cada vez más activa de la mujer en el proceso político, su acceso al mercado laboral y el derecho igualitario a la educación y la salud. Todos estos factores, en conjunto, pueden reducir las nuevas infecciones por el VIH en la población femenina.





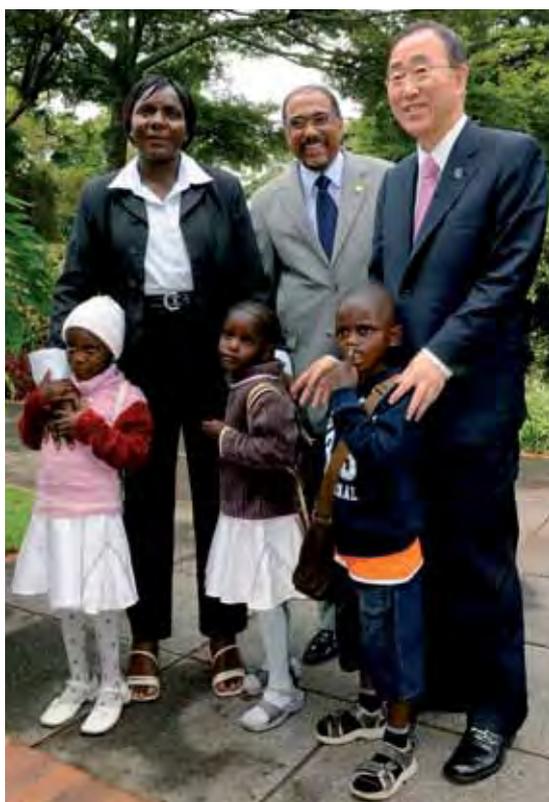
Fuente: «Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010»
 e «Informe sobre desarrollo humano 2010 del PNUD. La verdadera
 riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano».

16

Evitar la transmisión maternoinfantil

Que todos los niños nazcan sin el VIH y que sus madres vivan para verlos crecer... Este anhelo está haciéndose realidad. Existe el consenso mundial de que, para el 2015, se hayan eliminado prácticamente todas las nuevas infecciones por el VIH en la población infantil.

Evitar la transmisión materno infantil



Rebecca Awiti y sus trillizos con el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, y el director ejecutivo del ONUSIDA, Michel Sidibé.

Rebecca Awiti dio a luz a cuatrillizos, todos seronegativos. Es una de las muchas mujeres embarazadas que viven con el VIH y que han podido beneficiarse de la profilaxis antirretrovírica para no transmitir a sus bebés la infección. Aunque, lamentablemente, uno de los niños falleció, Rebecca Awiti y su pareja hoy tienen tres hijos... y ninguno de ellos ha contraído el VIH. Además de su labor como madre, Rebecca trabaja para una organización Kenyata sin fines de lucro: Mujeres en Respuesta al sida.

En los últimos treinta años, se han llevado a cabo muchas investigaciones para asegurar que los recién nacidos vengan al mundo sin el VIH. Si una madre es seropositiva, puede transmitir el virus a su bebé durante el embarazo, el parto, el alumbramiento o la lactancia materna. Sin medidas de prevención, el 45% de los bebés nacidos de madres seropositivas se infectará, según el tiempo que dure el amamantamiento.

En países de elevados ingresos, la transmisión materno infantil del VIH ha podido prácticamente erradicarse, gracias a una eficaz labor de asesoramiento, sumada a pruebas voluntarias, acceso a la profilaxis y al tratamiento antirretrovírico, prácticas para un parto seguro, planificación familiar y métodos seguros de alimentación para lactantes.

Pese a los progresos, en la mayoría de los países con recursos limitados sigue siendo insuficiente el acceso a servicios de profilaxis para evitar que los bebés contraigan el VIH.

En 2009, sólo la mitad (el 53%) de las mujeres embarazadas seropositivas en países de ingresos bajos y medios accedieron a algún tipo de servicios para evitar que sus hijos se contagiaran. Se calcula que, en 2009, 370.000 niños menores de 15 años contrajeron la infección por el VIH.

Tampoco basta con evitar la transmisión del VIH sólo en la población infantil. Es fundamental lograr que las mujeres seropositivas vivan en buenas condiciones de salud durante el embarazo, el parto y la lactancia materna. Cada año, mueren hasta 60.000 mujeres embarazadas a causa del VIH. En algunos países muy afectados, el VIH se relaciona con el 50% de todas las muertes maternas. En 2009, aproximadamente el 15% de todas las madres recibieron terapia antirretrovírica continua en beneficio de su propia salud, en base a los nuevos criterios de elegibilidad de la OMS.

Ante la imperiosa necesidad de mejorar estos resultados, el director ejecutivo del ONUSIDA, Michel Sidibé, ha propuesto para el 2015 la meta de eliminar las nuevas infecciones por el VIH en la población infantil y de mantener a las madres con vida. De acuerdo con las directrices de las Naciones Unidas, será necesario adoptar un enfoque amplio, basado en cuatro ejes: evitar el contagio del VIH en las mujeres en edad fértil; evitar embarazos no deseados en las mujeres de esta franja etaria; brindar profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión materno infantil, y ofrecer tratamiento, atención y apoyo adecuados a las mujeres seropositivas, a sus hijos y a sus familias. Estos enfoques son parte de los programas integrales existentes para incrementar el acceso a servicios de tratamiento, prevención, atención y apoyo relacionados con el VIH.

¿Por qué se producen nuevas infecciones por el VIH en la población infantil?



Decisiones basadas en información

- Sólo el 20% de las mujeres en países de ingresos bajos y medios tienen acceso a opciones y asesoramiento sobre planificación familiar.

Embarazos no deseados

- Mundialmente, hay un 38% de embarazos no deseados; algunos estudios calculan que, en las mujeres que viven con el VIH, esta cifra oscila incluso entre el 51 y el 90%.

Desconocimiento de la condición serológica

- Sólo el 20% de las personas que viven con el VIH saben que son seropositivas.
- En 2009, sólo el 26% de las mujeres embarazadas en países de ingresos bajos y medios tuvo acceso a la prueba del VIH.
- Si una gestante que tiene el VIH desconoce su condición seropositiva, no podrá acceder a servicios profilácticos para evitar que su hijo se infecte con el virus.



El estigma y discriminación

- Ciertos factores, como el estigma, la discriminación, el miedo a la violencia y otras repercusiones sociales, impiden que las mujeres se sometan a las pruebas del VIH, accedan a servicios de prevención y tratamiento, o adopten métodos seguros de alimentación para lactantes.

Accesibilidad

- Muchas mujeres viven lejos de clínicas de atención prenatal y de centros de salud; las dificultades de acceso al transporte les impiden asistir a consultas de control médico.

Prevención y tratamiento

- Sólo la mitad de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH en 2009 (estimativamente, 1,4 millones) recibieron terapia antirretrovírica profiláctica para evitar la transmisión maternoinfantil del VIH a sus bebés.
- Después del parto, sólo el 35% de los recién nacidos de madres seropositivas recibieron profilaxis antirretrovírica para evitar la infección por el VIH.



Métodos seguros de alimentación para lactantes

- El VIH puede transmitirse por medio de la lactancia materna. En las mujeres que eligen amamantar, el riesgo de transmitir el virus mediante la leche materna puede reducirse a menos del 2% si continúan con la terapia antirretrovírica durante la lactancia, tanto con fines profilácticos como en beneficio de su propia salud. Cuando las familias eligen como método de alimentación la lactancia materna sin ofrecer terapia antirretrovírica a las madres o a los bebés, el riesgo de infección aumenta al 20%.

Evitar la transmisión maternoinfantil

El camino hacia la erradicación de nuevas infecciones infantiles por el VIH

- Mujer embarazada o bebé seronegativos
- Mujer embarazada o bebé seropositivos
- Mujer seropositiva que amamanta a su bebé

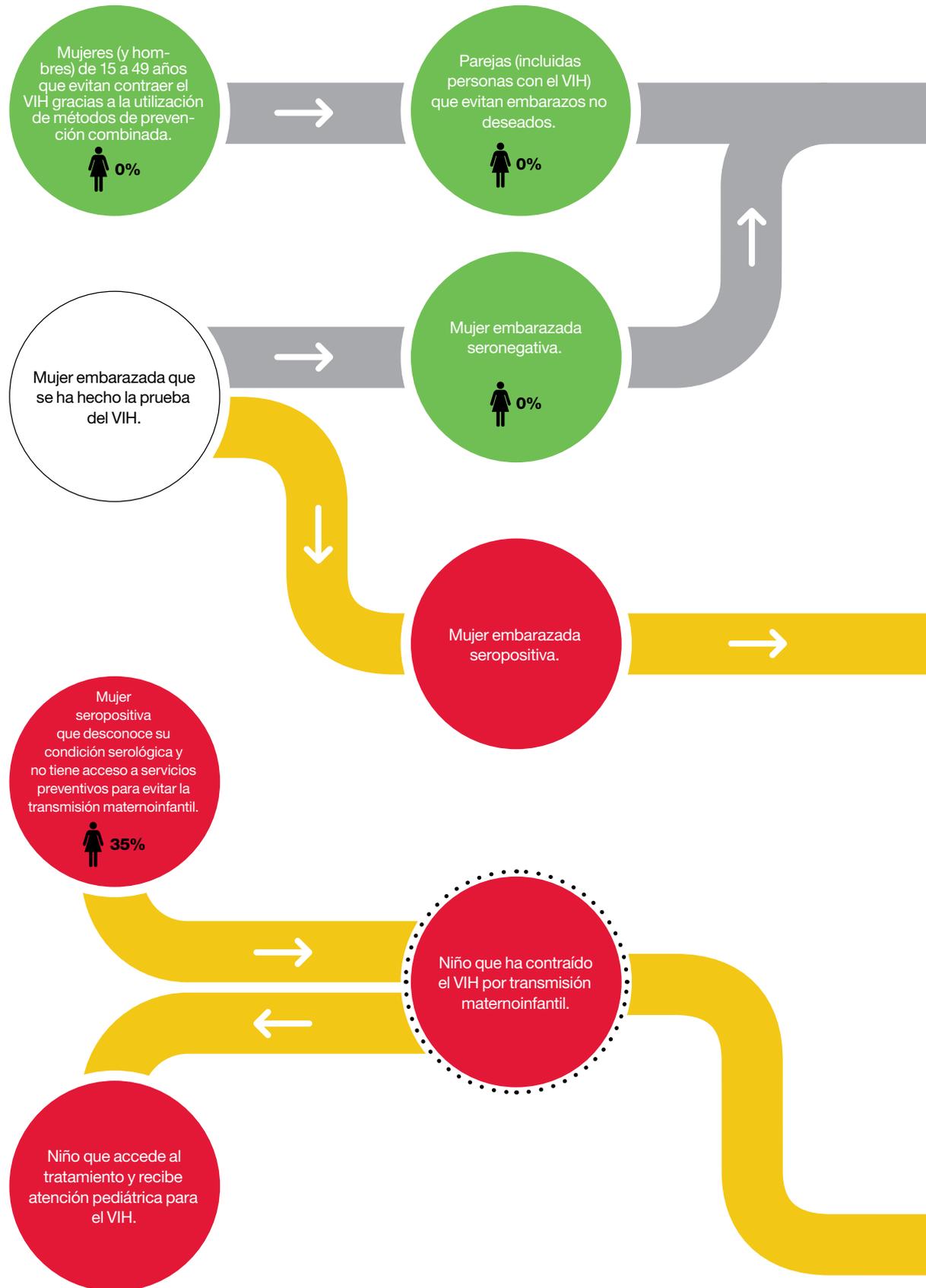
- Sin transmisión del VIH
- Con transmisión del VIH

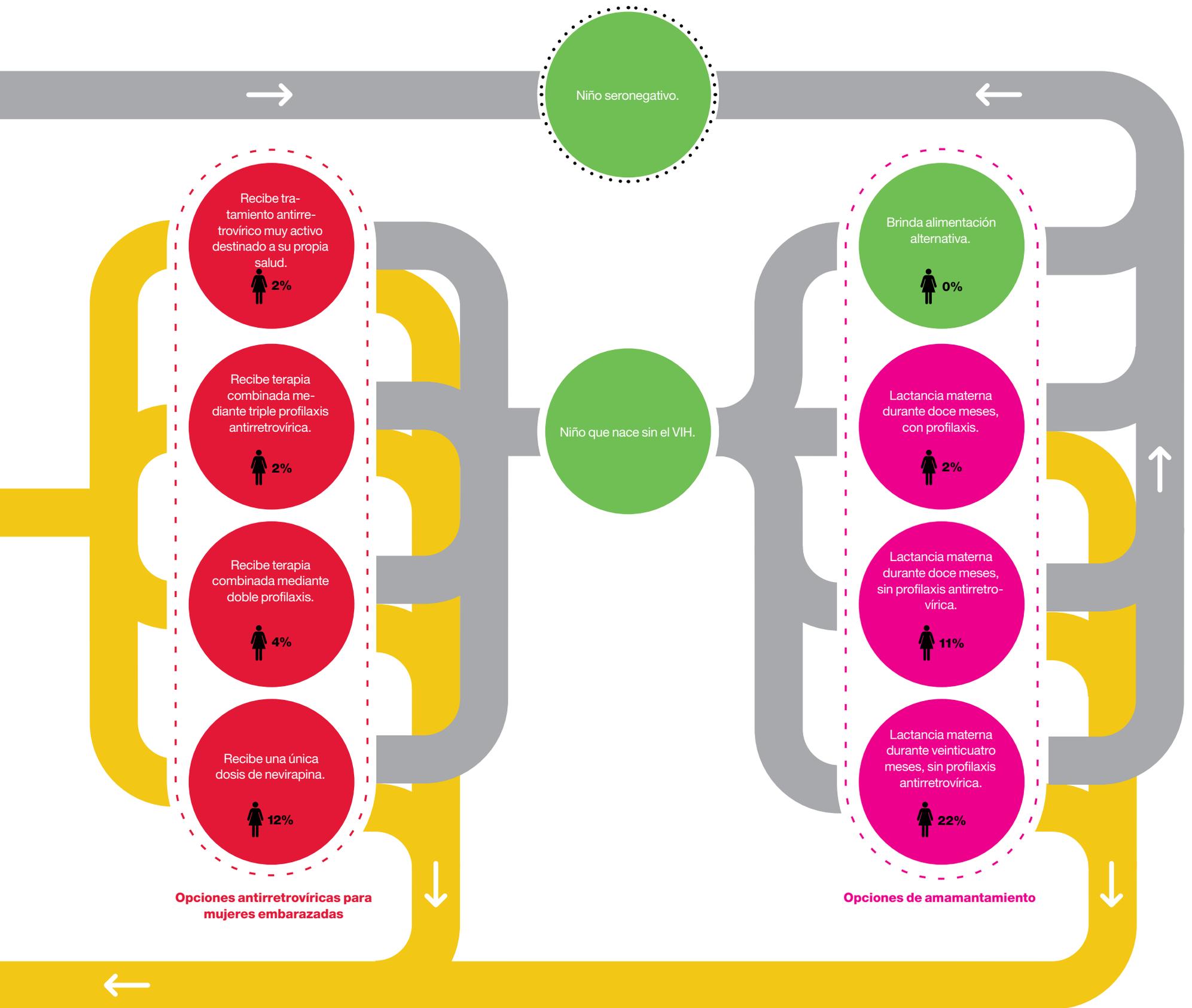


Riesgo de transmisión del VIH a los niños

o

Riesgo mensual de transmisión del VIH a los niños mediante la lactancia materna





Evitar la transmisión materno infantil



Mahehloa tiene la determinación de estar sana, en bien de sus hijos. «Voy al trabajo caminando, procuro comer fruta a diario y oro a Dios para que me dé fuerzas, así puedo darles a mis hijos lo mejor de mí».

Mahehloa Pitso de Lesotho

Estábamos a finales del 2007... El 14 de noviembre de 2007 para ser exactos. Nunca olvidaré esa fecha.

Embarazada de mi segundo hijo, en el sexto mes de gestación, fui a la clínica de atención prenatal a hacerme unos análisis. Había dialogado con Marlyn, mi pareja, sobre la conveniencia de solicitar la prueba del VIH. Era algo que debía hacer, y como sabía que contaba con su apoyo, fuimos a la clínica juntos.

Allí, tuvimos una entrevista de asesoramiento antes del análisis. Yo estaba muy ansiosa... «Y si la prueba es positiva, ¿qué haré, qué le sucederá al bebé?» Todas estas cuestiones rondaban mi cabeza.

Cuando supe que el resultado había dado positivo, apenas pude creerlo. Me costó mucho aceptar la realidad. Lo único que atinaba a pensar era: «Tengo planes, tengo tanto por hacer aún y, sin embargo, soy seropositiva... ¿Qué va a ocurrirme ahora, qué pasará con mi bebé?».

Todo fue muy difícil. Mi familia no quiso aceptar el diagnóstico... No creo que hubiese podido sobrellevar tantas cosas de no haber sido por Marlyn y su enorme apoyo. Aunque somos una pareja serodiscordante (él es seronegativo), me ha respaldado en todos los sentidos y me ha ayudado a aceptar la realidad. He sido afortunada, y sé que no todas las mujeres cuentan con tanto apoyo.

Aquí en Lesotho, es común que las mujeres sean las primeras en enterarse de su condición serológica cuando acuden a hacerse los análisis prenatales. Son ellas las que deben informarle la noticia a sus parejas. Y como muchos hombres no pueden aceptar el diagnóstico, terminan por rechazar a sus mujeres y por rehusar a hacerse la prueba del VIH. Aquí, la realidad es dura para nosotras.

Superada la conmoción del primer momento, pensé: «¡Basta de desesperación! Debo seguir adelante. Quiero vivir de forma plena y positiva».

Lo que en verdad me inquietaba era mi bebé. En ese momento, no sabía que había un tratamiento preventivo para evitar que mi hijo contrajera el VIH. No sabíamos nada sobre la profilaxis de la transmisión maternoinfantil. Fue entonces cuando las enfermeras de la clínica me contaron que, a partir de los siete meses de gestación, podía iniciar un tratamiento que protegería a mi bebé.

Por fortuna, como mi recuento de CD4 era superior a 350, no fue necesario que tomara los medicamentos antirretrovíricos para mi propia salud. Las enfermeras me asesoraron sobre la forma de llevar a cabo el tratamiento y me administraron zidovudina para el bebé, nevirapina... todo el paquete básico de medicación.

Me ocupé de seguir las indicaciones y el horario al pie de la letra. No quería retrasarme ni siquiera un minuto. Si debía tomar el medicamento a las ocho, lo hacía a las ocho en punto.

Seguí el tratamiento con total precisión hasta el momento del parto. Pero cuando Emlyn nació, seguía preocupada por la posibilidad de que hubiese contraído el VIH. Aún así, algo en mi interior me decía que no, que había hecho todo lo indicado, que no había faltado a ningún control, así que decidí tener esperanzas.

Tuvimos que aguardar seis semanas los resultados de su prueba del VIH. Finalmente, Emlyn resultó seronegativo. Fue un enorme alivio...

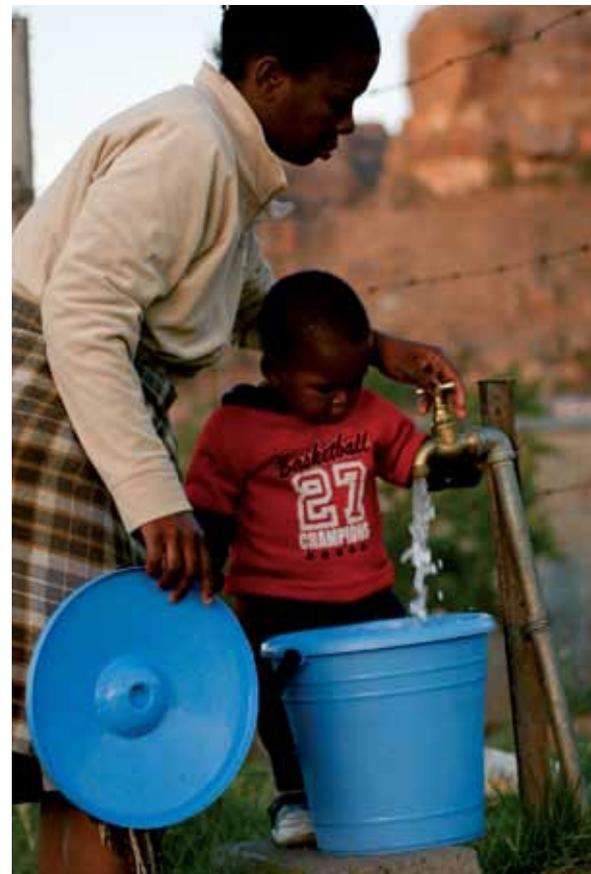
Yo seguí en tratamiento tres meses más, ya que



Mahehloa Pitso comienza su jornada a las cinco y media. Es madre de dos hijos, y además trabaja (arriba).

Emlyn nació sin el VIH gracias a que Mahehloa tomó medicamentos antirretrovíricos para protegerlo durante el embarazo y la lactancia (abajo).

Mahehloa también tiene una hija, Relebohile, que se destaca entre las mejores diez alumnas de su clase. La mayor parte del sueldo de Mahehloa se destina a pagar la escuela privada de Relebohile, pero ella lo hace con gusto. «Así podrá tener un futuro mejor», afirma.



Mahehloa tiene muchas tareas que atender: los hijos, el lavado de la ropa, la provisión de agua para el hogar, la cocina y la planificación de las comidas. Tiene una vida muy activa (arriba).



El compañero de Mahehloa, Marlyn, la apoyó cuando ella supo que era seropositiva, y la acompañó a la clínica durante todo el embarazo para hacerse los controles (izquierda).

Mahehloa apoya a otras madres contándoles su experiencia y enseñándoles nociones de planificación familiar, prevención de la transmisión materno-infantil, lactancia materna y formas saludables de vivir con el VIH (abajo).

Mahehloa trabaja en la actualidad con mothers2mothers, el grupo que la alentó durante su embarazo. Mothers2mothers es una organización no gubernamental que apoya a las madres que viven con el VIH para que puedan llevar una existencia saludable y proteger a sus bebés de la infección por el VIH (derecha).



le estaba dando el pecho. Y entonces comencé a tener problemas. Mi recuento de CD4 había disminuido y supe por los médicos que había enfermado de tuberculosis.

Me costó recuperarme. La clínica a la cual concurría en Mabote, donde ahora trabajo, quedaba cerca, pero al enfermar de tuberculosis tuve que ser atendida en una clínica de Senkatana, un sitio muy alejado. Debía trasladarme en taxi desde Mabote a Senkatana.

Pero, a pesar del costo, lo hacía porque quería gozar de buena salud para criar mis hijos. Marlyn venía conmigo a todas las consultas; me ayudó enormemente...

Tuve que estar en tratamiento para la tuberculosis durante seis meses. Al igual que con los medicamentos antirretrovíricos, me aseguré de seguir las indicaciones al pie de la letra hasta recuperarme. ¡Hoy, por fin, he salido adelante y me siento bien!

Recibí mucho apoyo de las enfermeras en la clínica de Mabote, así como de mis consejeras en mothers2mothers, una organización no gubernamental que ayuda a las madres con el VIH a vivir de manera saludable y a proteger a sus bebés de la transmisión maternoinfantil. Tan grande fue ese apoyo, que quise corresponder de algún modo, alentando a otras madres que estaban pasando por las mismas dificultades. Así que ahora trabajo con mothers2mothers como consejera.

El trabajo es incesante. Especialmente en este lugar, la discriminación y el estigma constituyen un grave problema. Sin estigma y sin discriminación, todo sería mucho más fácil de sobrellevar... A veces, las otras madres acuden a mí sin otro propósito que recibir la medicación antirretrovírica, porque el miedo a que se sepa su condición seropositiva y a que su comunidad las sancione las disuade de guardar los remedios en su casa.

La discriminación es peor que la enfermedad. Por eso muere tanta gente: el miedo a la discriminación hace que las personas no puedan

aceptar su situación y que no busquen ayuda. Las personas que viven con el VIH, especialmente las madres, necesitan apoyo de sus familias y de su comunidad, pero no lo encuentran...

Creo que es necesario educar a la comunidad sobre el VIH. La gente no sabe todo lo que debería sobre el virus. Ni siquiera sabe en qué consiste la enfermedad ni cómo se transmite. Por tal motivo, es tan importante enseñar a las comunidades nociones sobre el VIH. Muchas madres sólo acuden a la clínica cuando ya están muy enfermas, y aunque las pruebas indiquen que son seropositivas, deciden ignorar el diagnóstico porque temen que esto se sepa y que la gente las discrimine.

Queremos que las madres vivan positivamente, que lleven una vida normal. El programa de Mothers2mothers ha significado mucho para mí. De no haberme sumado a este movimiento, no estaría viviendo en mis actuales condiciones. No habría seguido el tratamiento para evitar la transmisión maternoinfantil, y no habría podido asegurarme de que Emlyn naciera sin el VIH.

Amo mi trabajo. Es raro ver hoy, en nuestra clínica, un bebé seropositivo. Y no sería bueno que ello ocurriera, pues significaría que no estamos haciendo bien nuestra labor.

Niños extraordinarios, retos extraordinarios

En 2009, sólo el 6% de los recién nacidos de madres seropositivas fueron diagnosticados a tiempo para recibir el tratamiento necesario a fin de salvar su vida.

Sin tratamiento, un tercio de los niños nacidos con el VIH morirá antes de cumplir un año, el 50% morirá antes de los dos años, y el 80%, antes de los cinco años.

Sólo el 28% de los niños que necesitan tomar medicación tuvieron acceso al tratamiento del VIH en 2009, frente al 37% en los adultos.

En 2009, había 2,5 millones de niños que vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales 1,3 millones necesitaban tratamiento para el virus.

En 2009, murieron unos 260.000 niños menores de 15 años por causas relacionadas con el VIH. La mayoría de ellos eran menores de cinco años, y más del 90% vivían en África subsahariana.

17

El activismo de la sociedad civil

Tras treinta años de haberse iniciado la respuesta al sida, cuando el mundo debe atender prioridades mundiales contrapuestas, los activistas de la sociedad civil nos recuerdan oportunamente que toda la arquitectura de la respuesta al sida —mundialmente y en cada país— existe para prestar servicio y apoyo a las comunidades.

Los activistas han sido, a menudo, agentes del cambio masivo en todo el orbe, gracias a su dedicación constante e incansable a la respuesta al sida.

Betty Makoni

Betty Makoni fundó la Red Infantil Femenina de Zimbabwe (Girl Child Network), en 1998. Hoy, su agrupación es una plataforma internacionalmente reconocida por su innovación y eficacia para implementar localmente programas de empoderamiento para niñas y adolescentes.

La sociedad civil es la población de cada vecindario y comunidad, organizada y gestionada por propia iniciativa. Si originamos los problemas, también podemos encargarnos de resolverlos. Las soluciones existen dentro de nosotros.

Una de las principales vías para prevenir la infección por el VIH es trabajar con las niñas y fortalecer su empoderamiento. Se les dan nociones básicas para que no busquen formar pareja con hombres mayores. Esa es una respuesta de alcance comunitario, pues la sociedad civil asume el control de un problema y reclama el protagonismo del proceso de cambio. Las jóvenes a menudo no tienen poder para negociar prácticas sexuales más seguras.

Incluso a una mujer como yo le cuesta decir a su pareja: «Quiero que uses preservativo». ¿Cómo no va a serle difícil a una joven de 15 años, sin medios para ganarse la vida?

En 1998, iniciamos la Red Infantil Femenina, con un grupo de diez jóvenes. Diez años después, ya nos habíamos dirigido a 70.000 chicas integrantes en centros de empoderamiento escolar. Pero no terminamos ahí... Nos dimos cuenta de que muchos problemas eran trasladados a la

comunidad; es decir, a los padres y a los líderes comunitarios o vecinales. Hasta los curanderos o sanadores tradicionales, que consideraban que el sexo con jóvenes vírgenes era una cura contra el sida, comenzaron a formar organizaciones de base comunitaria. Allí donde los jefes comunales y otros líderes decidieron crear programas para proteger a las niñas, fue posible instrumentar un trabajo de monitorización en cada aldea.

Antes, no sabíamos que un jefe de aldea podía coordinar un programa de prevención del VIH. Siempre pensábamos que las personas ideales para esta tarea eran los médicos, o quizá los trabajadores sociales, y que los más cualificados eran los que venían de la ciudad. Pero en las comunidades descubrimos muchas prácticas culturales muy positivas, y decidimos aprovecharlas.

Una respuesta comunitaria que tuve oportunidad de observar con mis propios ojos fue la reducción de la violencia de género, que condujo a que los hombres se alejaran de la poligamia y del avance sexual sobre las jovencitas.

Los verdaderos cambios que tanto anhelamos pueden venir de la mano de la educación, la eliminación de la violencia de género y el cese de las justificaciones en torno a la desigualdad de género.

Otros valiosos agentes de cambio son las referentes o modelos de cada comunidad. En algunas aldeas, señalas las sepulturas y dices: «Esa es María, que por no ir a la escuela tuvo que aceptar un casamiento acordado por sus padres». En cambio, también tienes a Margaret, cuyos padres la han apoyado para que asistiera a clases, y ha podido conseguir un buen empleo. Aquí no

estamos hablando de estadísticas, sino de historias personales.

He visto la transformación de una joven que llegó de una aldea donde no había prácticamente nada, y donde su destino era morir de sida resignada y en silencio. Y sin embargo hoy es una mujer en pleno ejercicio de su potencial. Esto muestra que un programa comunitario enfocado en el empoderamiento, e implementado como proyecto integral durante diez años consecutivos, puede ser un enorme factor de cambio.

Las limitaciones de nuestros programas para el VIH se deben a que estos no tienen en cuenta las barreras culturales y religiosas preexistentes, que niegan espacios de poder a las mujeres.

En lo concerniente a la respuesta al sida, la sociedad civil desempeña un papel crucial como responsable de los programas. Cuando una aldea se hace cargo de hallar la respuesta, los costos se reducen. Cada comunidad se hace responsable de formular programas, implementarlos y evaluarlos.

El beneficio que este activismo proporciona a sus integrantes va de la mano de la pasión con que cada uno se involucra. Este no es un trabajo con una jornada de 8 horas. Aquí toda la comunidad colabora los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día, para que no haya nuevas infecciones.

A la hora de instrumentar cada estrategia, es imprescindible tener en cuenta las comunidades. Es aquí, y no en otro lugar, donde se producen los verdaderos cambios.





Michael Kirby

Michael Kirby, juez jubilado del Tribunal Superior de Australia, es activista del sida desde los años 80 y, asimismo, integrante del Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre el VIH y los Derechos Humanos, y de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación.

El VIH y el sida afectan la vida de la gente común. La sociedad civil está formada por personas comunes, por simples ciudadanos. Es la sociedad civil la que marca la diferencia entre una comunidad que se preocupa y reacciona ante los problemas de cada persona, y una comunidad autocrática y verticalista, que no involucra a sus ciudadanos y a sus demás integrantes.

La sociedad civil defiende los derechos de las personas vulnerables, lo cual no siempre ocurre, ni siquiera en regímenes que se proclaman democráticos. Por eso, la sociedad civil es esencial para crear una comunidad activa, respetuosa con los derechos humanos. En la cuestión del sida, necesitamos que la sociedad civil hable en nombre de los vulnerables.

A título personal, vengo trabajando en el ámbito del sida desde mediados de los 80. Advierto cierto cansancio, sumado a la idea de que los fondos que creemos tener asignados para dar terapia antirretrovírica a la gente seropositiva deben seguir incrementándose para responder a las necesidades de todos los enfermos. Pero ya no podemos dar eso por sentado. Esta cuestión debería ser tratada por la sociedad civil, pero tengo la impresión de que en ella reina cierto descontento por la situación actual.

Esto podría deberse a muchos factores: la situación económica; las dificultades para reabastecer el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria así como otras instancias

de apoyo al tratamiento del VIH; y las actuales negociaciones para recortar las flexibilidades de los ADPICs (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio) y fortalecer la protección de los derechos intelectuales de los laboratorios. Otro factor desalentador es la necesidad de acceder a terapias de segunda y de tercera línea que, aun teniendo a menudo patentes protegidas, amenazan con incrementar el costo de la terapia antirretrovírica para cientos de miles y, potencialmente, millones de personas.

La paradoja más cruel y absurda sería que, habiendo conseguido que la gente acepte la terapia antirretrovírica, debamos negarles el acceso al tratamiento a aquellos que hoy lo reciben, a causa de la crisis financiera mundial, del retroceso en la disponibilidad de fondos y de la necesidad de terapias de nueva línea. Esto sería un golpe muy cruel de parte de la comunidad internacional contra las personas enfermas.

En marzo del 2010, asistí a un diálogo con líderes religiosos auspiciado por el ONUSIDA. Todo venía transcurriendo sin percances hasta el último momento, cuando hubo que asentar por escrito el alcance de los compromisos acordados. Cuando sugerí que dicho documento no tendría mucho valor a menos que mencionara a los grupos vulnerables —hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y personas que se inyectan drogas—, los líderes religiosos presentes respondieron que no podían firmar ningún documento que nombrara a estos grupos en forma explícita.

Tras treinta años de la epidemia y veinticinco años de la respuesta mundial al sida, es muy desalentador que la gente siga cerrando los ojos a la realidad del mundo y a las personas que sufren, hasta el punto de no querer siquiera llamarlas por su nombre. Si consideramos que aún hay países

cuyas leyes impiden respuestas sensatas y obstruyen estrategias que respetan los derechos humanos de estos grupos, debemos admitir que no hemos hecho demasiados progresos.

Las principales barreras que impiden lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH son la crisis financiera mundial, el malestar y la exasperación generales, y el incremento de una oposición política, social, cultural y religiosa que ni siquiera acepta hablar de estos temas.

Vemos ejemplo de ello en una reciente resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que intentaba eliminar de una resolución corriente la condena de la matanza extrajudicial de personas homosexuales. Finalmente, hubo que restituir las palabras «basadas en el argumento de su orientación sexual» en una enmienda propuesta por los Estados Unidos. Pero el hecho de que tantos países hayan siquiera contemplado la posibilidad de eliminar esta condena resulta muy desalentador. Tenemos que ser realistas.

Esto es algo que aprendí durante los primeros días de la epidemia, en la Comisión Mundial sobre el Sida de la OMS. Y me lo enseñó una excelente experta en salud pública, la estadounidense June Osborn. Todas las estrategias y todas las políticas sobre el sida deben fundamentarse en datos empíricos objetivos: no en esperanzas, ni en temores, prejuicios o dogmas, sino en datos empíricos firmes.

Pues bien, hoy en día, los datos empíricos objetivos de muchos países muestran que los ricos no quieren pagar mucho y que incluso prefieren pagar menos; que los pobres no quieren hablar de las vías de transmisión del VIH ni desean eliminar las barreras legales que se interponen entre las personas que contraen la infección y los mensajes de salud que podrían permitirles prolongar su vida.

Gracia Violeta Ross

Gracia Violeta Ross es cofundadora de la primera organización creada en Bolivia para personas afectadas por el virus: la Red Boliviana de Personas que Viven con VIH y Sida. Ha trabajado en aras de esta causa desde el 2000, año en que supo que era seropositiva.

Hoy, en Bolivia, la gente tiene acceso al tratamiento del VIH. Esta conquista fue posible gracias a un recurso judicial interpuesto por personas seropositivas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

En 2002, 52 personas que vivíamos con el VIH exigimos que el Estado boliviano adoptara medidas cautelares para evitar nuestra muerte. La Comisión falló a favor de las personas que vivíamos con el virus, y el gobierno boliviano respondió, en 2004, importando de Brasil las primeras donaciones de medicación antirretrovírica.

Para esa fecha, de 52 demandantes sólo 22 seguíamos vivos.

La nueva Constitución boliviana pone a la sociedad civil en el centro de la programación y el trazado de políticas. En Bolivia, la sociedad civil está formada por una amplia diversidad de grupos organizados según su identidad étnica y sexual, su afiliación regional, su sector laboral y muchos otros criterios. En relación con el sida, todas las respuestas bolivianas se remontan a un movimiento inicial promovido por la sociedad civil.

Sin embargo, en este momento las agrupaciones de base se están enfrentando a una crisis de identidad. También hay señales de cansancio en los

activistas que venían trabajando incansablemente desde los inicios. Hay prioridades mundiales que compiten por los recursos, y al parecer el VIH ya no es considerado una prioridad.

Me desilusiona ver el énfasis excesivo que algunos grupos de la sociedad civil están dando a otras cuestiones, como el derecho a la identidad. Esto ha hecho que los gobiernos dejaran en segundo plano el derecho fundamental a la salud y a la vida. También opino que, para cumplir la meta de reducir a cero las nuevas infecciones, las muertes relacionadas con el sida y la discriminación, debe haber un cambio de paradigma, de tal forma que la planificación y la programación no se hagan en Nueva York o en Ginebra, para enviarse desde allí a todos los países, sino en dirección inversa. Asimismo, debe haber una rendición de cuentas en función de los resultados. De otro modo, la financiación básica de la respuesta al sida tendrá un futuro ominoso.

De cara al mañana, y viendo las principales barreras que impiden el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, lo que más me preocupa es la falta de compromiso político y la elevada dependencia de nuestro país con respecto a la cooperación internacional, un panorama que puede volverse inestable.

La sociedad civil es la fuerza que promueve los cambios en el escenario nacional, y el gobierno es quien responde a nuestras necesidades. La sociedad civil es el centro de los problemas y de las soluciones.

Hemos estado preparados para actuar antes de que hubiera recursos disponibles, y seguiremos estándolo. Es así, porque nuestro activismo promueve los derechos humanos de toda la población, especialmente el derecho a la salud y a la vida.





Mark Heywood

Mark Heywood es miembro fundador de Treatment Action Campaign (Sudáfrica), una organización que promueve un mayor acceso a los servicios de tratamiento y apoyo para las personas que viven con el VIH.

Desde los primeros días de la epidemia, en los 80, la sociedad civil ha sido el motor que mantiene en funcionamiento la respuesta al VIH. Fueron las personas afectadas quienes hicieron notar que estábamos ante una cuestión de derechos humanos, quienes alertaron sobre las pruebas obligatorias del VIH y sobre la discriminación que sufrían las personas al ser diagnosticadas como seropositivas.

Esto no quiere decir que la labor de las Naciones Unidas, los gobiernos y los científicos no haya sido importante. Pero hay una diferencia entre la epidemia de sida y otras amenazas de salud habidas en el pasado: la voz constante y coherente de la sociedad civil ha hecho que a los sectores de poder les resultara difícil desentenderse. La sociedad civil creó la necesidad de dar respuestas, asumir responsabilidades, atender urgencias y destinar recursos...

Aunque el pueblo elige a sus gobernantes, estos no siempre responden a las necesidades de la población a menos que exista una presión que los obligue a ocuparse. Y si bien en la red de las Naciones Unidas existen organismos cuyo mandato se fundamenta en el mundo real, a veces estas se distancian de la realidad. Son las personas afectadas las que los obligan a poner los pies en el suelo y los ayudan a diseñar programas reales. Creo que esta labor ha sido llevada a cabo con éxito por la sociedad civil, y por eso opino que su influencia ha sido sumamente positiva.

La gran pregunta ahora es cómo promover el movimiento de la sociedad civil. No podemos

darlo por sentado, pues no es algo que «exista»: debemos construirlo.

A fin de cuentas, los movimientos de la sociedad civil de tipo teórico o burocrático no son muy fuertes. Un movimiento de la sociedad civil sólo adquiere poder en la medida en que representa genuinamente al pueblo.

En Sudáfrica, hay un millón y medio de personas en tratamiento. Hace diez años, nadie recibía terapia. Sin embargo, sigue habiendo tres millones y medio de afectados que necesitan tratamiento. La fortaleza de la sociedad civil siempre estriba en la participación local. Tenemos que fomentar grupos locales y vecinales bien organizados; de otro modo, no tendremos poder frente a nuestro gobierno ni en relación con lo que sucede en la comunidad internacional.

Necesitamos seguir enfocados en «alfabetizar sobre el tratamiento», hacer que la gente común entienda por qué el tratamiento es fundamental. El empoderamiento de la gente no sólo es ante el gobierno nacional, sino ante sus representantes locales y los centros de salud comunales.

El trabajo de la sociedad civil consiste en convertir a las personas en ciudadanos. Un ciudadano es aquel que conoce sus derechos, sabe su relación con las estructuras gubernamentales y está preparado para hacerse oír exigiendo lo que le corresponde y desempeñando un papel en su comunidad. Pero estos logros no se construyen de un día para otro. Creo que la gente habla de la sociedad civil con cierta ligereza. Pocos comprenden el enorme trabajo que implica construir un movimiento, capacitar a las personas, formar coordinadores, tomar decisiones políticas por momentos complejas, y experimentar las dificultades que acarrea el activismo en la sociedad civil. La organización Treatment Action Campaign comenzó, en realidad, con diez personas que,

en diciembre de 1998, fuimos a manifestarnos a Ciudad del Cabo. Ese conjunto de personas, acciones, marchas y activismo nos permitió crecer de 10 a 20, y de 20 a 100. En el apogeo de las campañas que organizamos, probablemente llegamos a tener 30.000 voluntarios activos.

Lo que hoy me preocupa es cómo sostener este movimiento. No es posible sustentar la sociedad civil artificialmente. Y, aunque el dinero es importante, aquí no estamos hablando de recolectar fondos.

Puede decirse que nuestro movimiento comenzó en los Estados Unidos hace 25 años, y desde entonces ha crecido hasta tal punto que hoy está presente en todo el mundo. En el momento actual, en 2011, los países desarrollados tienen otros problemas mundiales que ocupan su atención, como el cambio climático y otros peligros. Pero mi opinión es que no hay ninguna razón por la que el VIH sea menos urgente o menos importante que hace 10 o 20 años. Asimismo, la sociedad civil debe renovarse constantemente, pues las personas se cansan luego de liderar organizaciones durante 15 o 20 años.

Creo que, actualmente, el movimiento está dando señales de agotamiento. Si hoy no mantenemos su vigor, pronostico que la repuesta al sida comenzará a descender en los próximos dos o tres años. Y esto me preocupa, porque todavía hay muchos problemas que resolver en la respuesta mundial al VIH. Así y todo, los desafíos serán mucho mayores si no hay una fuerza motriz que impulse el avance.

A mi entender, es sumamente importante que los donantes, el ONUSIDA y todos los que realmente aspiren a resolver la crisis del sida comprendan que la sociedad civil no es una mera ramificación de la respuesta al VIH. Debe comprenderse que la sociedad civil es un factor absolutamente central e integral de la respuesta.



Daouda Diouf

Daouda Diouf trabaja para Enda Santé, en Senegal. La organización ha expandido su foco inicial, originalmente centrado en los hombres gay y en los profesionales del sexo, para ocuparse de brindar asesoramiento a un amplio espectro de personas que viven con el VIH y capacitar sobre prevención y medidas contra la discriminación. Tiene activistas en dieciocho países de África occidental y central.

La sociedad civil fue la que marchó a la vanguardia cuando hubo que convencer a la población, los gobiernos y los encargados de tomar decisiones de que estábamos ante una epidemia de VIH de características muy específicas. Fue la sociedad civil la que puso de relieve los aspectos de la epidemia más lesivos para la comunidad de tal forma que pudiésemos aconsejar a los líderes: «Es aquí donde hay que centrar la mayor parte de los esfuerzos y de los recursos».

La sociedad civil también es la encargada de monitorear la buena gobernanza y la transparencia. No sólo para vigilar la gestión pública y el correcto manejo de los fondos, sino también para verificar que se estén utilizando estrategias adecuadas en respuesta a las necesidades de las personas afectadas por el VIH, que dichas estrategias den cabida a las personas con el VIH y a los grupos marginados, y que los derechos humanos sean un componente clave de la respuesta.

Somos nosotros los que traemos a un primer plano la experiencia de la gente, porque el VIH tiene que ver con las personas y con su vida

cotidiana, con las familias y la comunidad. Para que una respuesta sea eficaz, es fundamental que satisfaga las necesidades de la experiencia comunitaria.

En muchos países donde se ha logrado una prestación eficiente de tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH, el éxito se debió a la participación de la sociedad civil, que ayudó a descentralizar dichos servicios, acercarlos a la población y llevarlos al nivel de la comunidad.

Muchas veces, la gran lucha de las organizaciones de la sociedad civil ha sido la reducción del estigma y la discriminación. Por ejemplo, gracias a la labor de la sociedad civil, hoy en muchos países se está poniendo en el centro de la respuesta a grupos marginados, como la población que vive con el VIH y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a quienes se considera actores clave en el proceso de cambio. Hay muchos ejemplos concretos en África, particularmente allí donde la sociedad civil ha tenido una actuación importante.

En mi organización, tratamos de fortalecer a los grupos comunitarios y a los sectores marginados para que tengan mayor acceso a los servicios y sus derechos sean respetados. En África occidental, el estigma sigue representando una barrera muy poderosa que impide el acceso universal a los servicios relacionados con el VIH.

La dimensión de los derechos humanos sigue siendo ínfima en las estrategias de muchos países. Creo que mientras los derechos humanos no estén en el centro de la respuesta, seguirá habiendo barreras considerables que obstruyan el acceso a los servicios de atención y de tratamiento.

18

La voz de los que no tienen voz

**Hay voces que han dado forma
al movimiento del sida.
A la hora de plantear y resolver cuestiones
relevantes para la respuesta al sida, se han
hecho oír personas que viven con el VIH,
activistas, laureados con el Nobel,
políticos, presidentes y comunidades.
Dar voz a las personas sin voz es,
de por sí, un factor de cambio.**

La voz de los que no tienen voz

La prevención del VIH

El problema de la infección por el VIH afecta a cada integrante de la sociedad en su conjunto, sin excepción. Por esta misma razón, todos —y especialmente nuestros hijos— debemos tener más información sobre el VIH/sida. Estar prevenidos es estar mejor armados para la contienda.

Maria Kiseleva

La abstinencia, la fidelidad y el uso correcto y constante del preservativo son las únicas formas de llegar eficazmente a todos cuando se habla de la prevención del VIH. Creo que la exhortación a la abstinencia, por sí sola, no resuelve la epidemia de sida.

Ashley Judd

Espera para iniciarte, sé fiel a una sola pareja o usa preservativo.

Kumar Sangakkara

Las personas que viven con el VIH tienen derecho a una buena vida seropositiva, y a una vida sexual saludable.

Javier Hourcade Bellocq

Basta de conformismo. Si hemos reducido la prevalencia del VIH, pues entonces trabajemos para mantener bajos los índices.

Robert Joseph Mettle-Nunoo

El sida ocupa gran parte de nuestra conciencia, por todo lo que ha llegado a representar. Pareciera ser el modelo de todas las catástrofes que las poblaciones privilegiadas creen tener por delante.

Susan Sontag

Sé inteligente. Protégete. Defiende la igualdad de derechos para todos.

Michael Ballack

Necesitamos que los hombres y las mujeres se sienten a dialogar con franqueza y transparencia sobre el sexo. Eso ayudaría a ofrecer una respuesta inmediata en la respuesta al sida. Pero la falta de comunicación es un terrible problema.

Emma Thompson

Las mujeres y el VIH

Asumamos la responsabilidad de nuestra propia vida. Esto sólo es posible superando barreras internas. Muchas mujeres sufrimos porque nos discriminamos a nosotras mismas; algunas se consideran marginadas y ven de ese modo a sus hijos. Es un callejón sin salida. Yo trato de que esto cambie.

Indira

Si en África la sexualidad de las mujeres no fuese violenta, si las mujeres supieran decir que no, si no se vieran expuestas al ataque depredador de los hombres, o a una conducta depredadora en sentido general, habría una enfermedad llamada sida en África, pero no una pandemia.

Stephen Lewis

Si no tienes el mismo acceso a la educación que los hombres, estás en riesgo con respecto al VIH. También estás en riesgo si no tienes el mismo acceso a los recursos. Y lo estás si no puedes expresar tu opinión en la vida social, política y económica de tu comunidad. Pero si a ti, como mujer, se te niega la misma justicia que se les da a los hombres, estás en un riesgo incuestionable.

Marina Mahathir

El matrimonio es el principal factor de riesgo en la transmisión del VIH a la mujer.

Hakima Himmich

Sólo podremos mejorar la prevención del VIH en la comunidad transexual de América latina cuando los servicios de salud respeten a las mujeres transexuales y acepten su identidad.

Marcela Romero

A menudo las mujeres saben que están corriendo riesgos, pero no pueden elegir. A la hora de negociar el uso del preservativo, los hombres y las mujeres no somos iguales.

Maha Aon

Una de las principales dificultades a las que me enfrento como mujer seropositiva, desde aproximadamente 1998, es lograr mi objetivo de casarme y tener hijos en un país como Bolivia, que niega la existencia de la epidemia de sida, donde es difícil que las mujeres seropositivas hablen sobre su realidad y donde se nos considera indignas del matrimonio.

Gracia Violeta Ross

Evitar la transmisión maternoinfantil

Podemos evitar que las madres mueran y que sus bebés se infecten por el VIH. Por eso, propongo que erradiquemos la transmisión maternoinfantil del virus antes de 2015.

Michel Sidibé

Liberia se compromete a eliminar prácticamente la transmisión maternoinfantil del VIH. Creo que Liberia puede lograr que no nazcan más bebés infectados por el virus.

Ellen Johnson Sirleaf

Quiero reiterar, desde el máximo nivel del gobierno, el compromiso de combatir enérgicamente el VIH y el sida en Ghana, brindar los recursos necesarios, llevar la transmisión maternoinfantil a cero, evitar que niños inocentes nazcan infectados y seguir esforzándonos sin tregua para reducir la estigmatización de las personas afectadas e infectadas.

John Dramani Mahama

¿No es una tremenda injusticia que miles de niños sigan naciendo con el VIH, cuando existe el tratamiento y podría evitarse por completo?

Carla Bruni-Sarkozy

El estigma y la discriminación

Vivo soñando con un mundo donde, junto con la enfermedad, desaparezcan también los miedos y la discriminación.

Dominic D'Souza

Ha sido injusto y desafortunado que la infección del VIH fuese vista como una enfermedad deshonrosa, que se haya hecho escarnio de las personas seropositivas y que se equiparase el sida a la muerte segura. Me consta que la esperanza y la dignidad son increíblemente poderosas en aquellos cuya vida cambió a causa del sida.

Naomi Watts

El VIH ataca nuestro cuerpo; el estigma y la discriminación atacan nuestra alma y nuestra mente. Con los tratamientos que hoy existen, es posible curar las heridas del cuerpo, pero las heridas del alma y del espíritu tardan décadas en borrarse y, a veces, no se cierran jamás.

Tarik

Las personas tenemos valor como seres humanos, pase lo que pase, sea cual fuere la enfermedad que nos toque padecer. Cada persona tiene su propio valor, así que no hay por qué desalentarse. ¡Ármense de fortaleza y levanten el ánimo! Digo estas palabras no sólo a los pacientes, sino a todos... Cada uno define si su posición es alta o baja. Pero todos necesitamos saber que podemos considerarnos personas dignas.

Aung San Suu Kyi

No es peligroso acercarnos a las personas seropositivas; podemos estrecharles la mano y darles un abrazo, y ¡sabe Dios cuánto lo necesitan...!

Diana, Princess of Wales

Hoy nos vemos ante verdaderos problemas sociales porque a las personas transexuales nos cuesta mucho vivir una existencia normal; en muchos casos, ocultamos nuestra elección de vida. Muchas familias echan a la calle a sus hijos transexuales sin darles otra opción de supervivencia más que el trabajo sexual.

Suzy Q and Tanoa

Mis amigos que viven con el VIH, al igual que todos nosotros, deberían tener la oportunidad de vivir una existencia digna y plena.

Yao Ming

El estigma y la discriminación envenenan el alma de la gente y la conducen a olvidar la virtud humana del humanitarismo.

Thomas Cai

La respuesta al sida es, en verdad, la respuesta a la clase de sociedad y a la clase de valores en los cuales quisiéramos que se basara nuestra vida. El estigma del sida nos ha hecho volver a la Edad Media.

Mohamed ElBaradei

La voz de los que no tienen voz

La esperanza

Sueño con una vida sin VIH/sida; sueño con el bebé que hoy ha nacido y lo imagino viviendo toda su existencia sin temor al VIH.

Amira Herdoiza

Vivir el día de hoy, valorar a los que amo, hacer planes y vencer el temor al futuro incierto... Es lo que hoy procuro aprender.

Sergei Fedorov

Cada día trae consigo un millar de cuestiones acuciantes. Pero hay sólo unas pocas que, cuando estemos retirados, queremos sentarnos a debatir con nuestros hijos. Nuestro país será recordado por su lucha constante contra el sida en el mundo. Nadie se arrepentirá de su papel en esta lucha.

George W. Bush

Queremos ser artistas, maestros, médicos... queremos casarnos y tener hijos.

Keren Dunaway-Gonzalez

La epidemia mundial de VIH/sida es una crisis sin precedentes, y como tal exige respuestas sin precedentes. En particular, requiere solidaridad entre las personas que gozan de buena salud y las que están enfermas, entre ricos y pobres y, sobre todo, entre los países más ricos y los más pobres. Ya tenemos 30 millones de huérfanos. ¿Cuántos más necesitamos para despertar de una vez?

Kofi Annan

Todos somos seropositivos.

Diamanda Galás

En general, «cero» significa «nada». Pero en lo que respecta al sida, «cero» significa «todo». Llevar a cero las infecciones, la discriminación y las muertes relacionadas con el sida debe ser el objetivo de todos nosotros, incluida China.

James Chau

Aunque el camino que tenemos por delante sea largo, vamos por la senda correcta para llegar a un mundo sin sida. Esta meta se alcanzará siguiendo un modelo de investigación: investigación clínica básica y permanente, con inversión pública y privada, con intervención del sector de salud pública y, muy especialmente, con la participación de aquellos que viven con el VIH y con sida.

Françoise Barré-Sinoussi

Mi esperanza es poder acercarnos al día en que eliminemos esta enfermedad de la faz de la Tierra.

Barack Obama

He aprendido más sobre el amor, la abnegación y la comprensión humana de la gente que conocí en esta gran aventura en torno al sida, que en el mundo despiadado y competitivo en que he pasado el resto de mi vida.

Anthony Perkins

Creo firmemente que, en un mundo donde no hay una vacuna contra el sida, la información es el único remedio que podemos aplicar para combatir el virus.

Elena Pinchuck

La movilización comunitaria

Poner el pecho y admitir que la enfermedad está entre nosotros no es cuestión de orgullo. Es cuestión de ser realista. Es entonces cuando empieza la lucha.

Zackie Achmat

Las personas que viven con el VIH siguen sufriendo a merced de los enemigos de la humanidad; nuestra guerra contra la exclusión y la negación depende de nuestro activismo y de nuestro compromiso por asegurar una participación eficaz en la respuesta al VIH/sida. Debemos ocupar nuestro espacio; la naturaleza aborrece el vacío, y debemos demostrar que el destino está en nuestras manos.

Nawel

El acceso universal a la prevención del VIH/sida es el objetivo por el cual lucho en pos de la igualdad; es mi forma de contribuir a ello.

Fernando Muñoz

Soy de la opinión de que nada mejorará hasta que no nos organicemos.

Sunil Pant

Si queremos revertir esta pandemia, los sudafricanos debemos comprender realmente qué es el virus y cómo se transmite, saber que gracias al tratamiento no es una sentencia de muerte, y poner fin a los miedos y el estigma que sufren los que viven con el VIH.

Jimmie Early Perry

El activismo en torno al sida

La epidemia del VIH es complicada, en especial por la actitud de la sociedad hacia las personas seropositivas, que a menudo son vistas como peligrosas e indignas de tratamiento. La labor de los medios es decir a la gente la verdad sobre la enfermedad y ayudar a que la gente común cambie su postura hacia los que viven con el VIH o el sida.

Vladimir Pozner

No todos los hombres, mujeres y niños pueden luchar contra esta enfermedad en pie de igualdad. Desafortunadamente, el acceso a la prevención, los controles y el tratamiento es imposible para muchos.

Princesa Estefanía de Mónaco

Podemos y debemos proclamar el valor de la vida, con la convicción de que ello generará resultados impresionantes e inspiradores en los que sufren pobreza extrema, y, por supuesto, en nosotros y en nuestros hijos.

Jeffrey Sachs

No hemos sabido tomar seriamente el VIH y el sida. Ese fracaso traiciona nuestra lucha por la justicia social y nuestra esperanza en la sociedad.

Nelson Mandela

Debemos dejar de culpabilizar a las víctimas, y de buscar justificaciones para abandonarlos a su suerte. En esto, estamos juntos.

Amartya Sen

Creo que el sida es el problema más importante al que nos enfrentamos, porque la forma en que tratamos a los desafortunados refleja quiénes somos como personas.

Alicia Keys

Cuando en Kioto cerramos los ojos al calentamiento global, cuando en África somos irresponsablemente lentos en nuestra respuesta al sida, cuando no avanzamos ni estamos a la altura de nuestra retórica y de nuestros parámetros, estamos dando un lastimoso mensaje de falsedad e hipocresía.

John F. Kerry

El tratamiento del VIH

Hemos podido romper la trayectoria de la epidemia de sida. Pero todavía nos queda mucho por andar. Todos deben tener los mismos derechos que tú y yo. Derecho a la educación, derecho a elegir, derecho a vivir una existencia sana y feliz, derecho a no ser estigmatizado...

Toumani Diabaté

La supervivencia de miles de personas depende de nuestro comportamiento. Todos estamos en respuesta al sida.

Comlan Houessou

He perdido al 99,9% de mis amigos a causa del sida. ¿Por qué yo sobreviví y ellos no? Es muy simple: tuve acceso a los antirretrovíricos.

Loon Gangte

Es curioso, pero el único momento en que pienso en el VIH es cuando tengo que tomar los medicamentos, dos veces al día.

Earvin «Magic» Johnson

Lo sorprendente es la merma entre los miembros de CRN+ debida a muertes relacionadas con la falta de observancia del tratamiento; esto significa que debemos seguir prestando atención a los factores psicosociales subyacentes que han conducido a esta situación.

Yolanda Simon

El acceso al tratamiento es una cuestión básica de derechos humanos. La gente no debería morirse de sida.

Annie Lennox

Recomiendo las mismas terapias para todos los seres humanos que tienen el VIH. No hay razón alguna para creer que la respuesta fisiológica al tratamiento varía según la clase social, la cultura, la etnia o la nacionalidad.

Paul Farmer

Debemos rechazar categóricamente cualquier intento de «normalizar» el sida o de tratar esta epidemia como si fuera un problema médico más.

Peter Piot

19

Los recursos invertidos

La respuesta al sida es una responsabilidad compartida. Las inversiones en torno al VIH han aumentado de millones a miles de millones. Sin embargo, los recursos disponibles para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo comienzan a disminuir, aun cuando los resultados demuestran la rentabilidad de la inversión y pese a que la demanda no deja de aumentar.

Los recursos invertidos

La inversión en torno al sida

«Asegurar que los recursos obtenidos para la respuesta mundial al VIH/sida sean sustanciales, constantes y orientados hacia el logro de resultados». Este fue el compromiso que adoptaron los líderes en el 2001, cuando firmaron la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/Sida, en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

Desde entonces, la inversión anual en torno al sida ha crecido rápidamente, de 500 millones de dólares en 1996 a casi 1.600 millones a fines de 2009. Con todo, según ciertos indicios la inversión anual ha disminuido en el 2010. Las inversiones han sido una responsabilidad compartida: casi la mitad de los recursos destinados a la respuesta al sida han provenido de países de ingresos bajos y medios, y la otra mitad, de donantes.

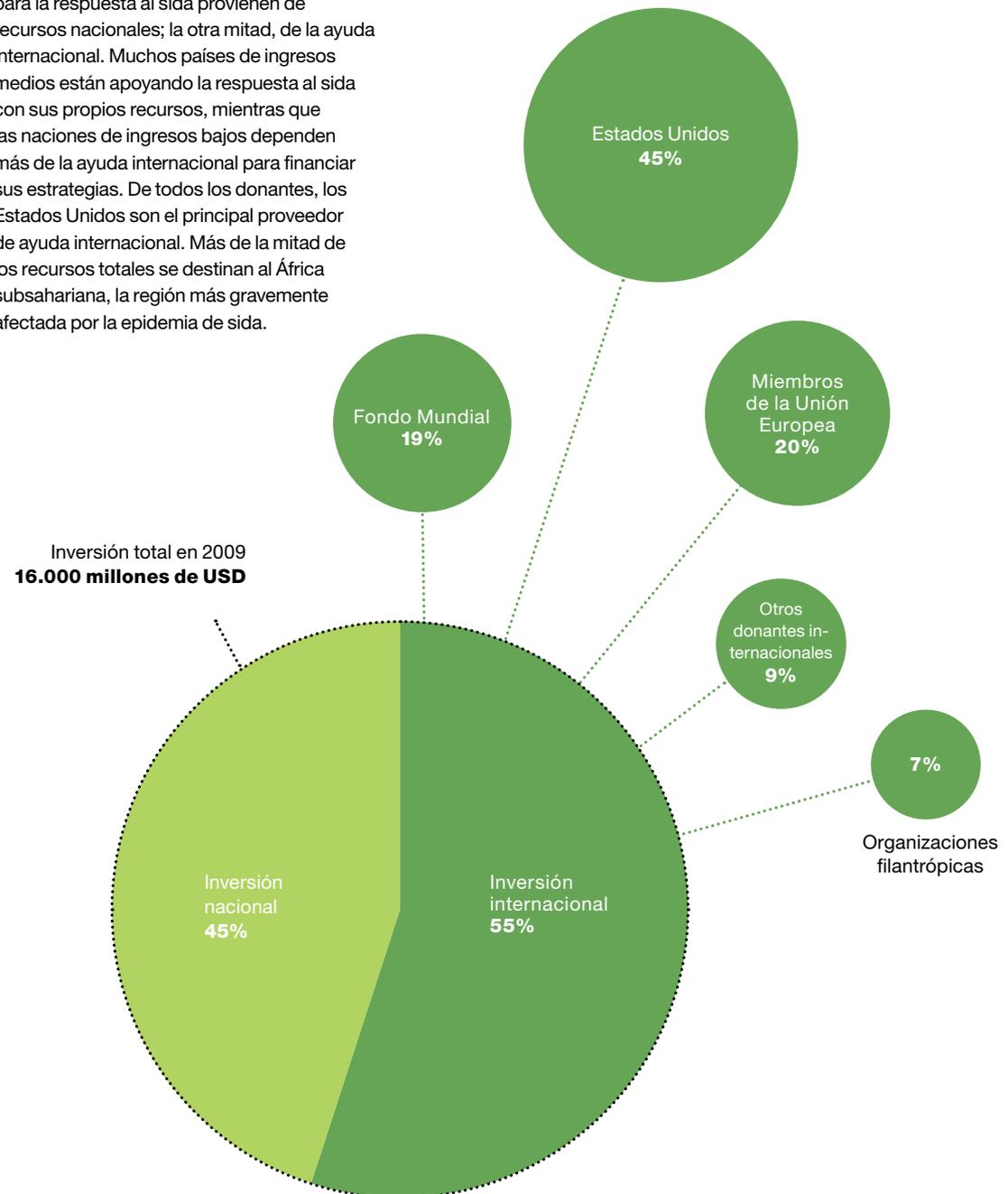
Las inversiones rinden frutos: hemos podido romper la trayectoria de la epidemia de sida. Hoy en día son menos las personas que contraen el VIH. Menos personas están muriendo de causas relacionadas con el sida.

La lenta recuperación económica prevista para el 2011 ha impuesto presiones a los donantes y a los países de ingresos bajos y medios, que repercutieron en las inversiones destinadas a la respuesta al sida. Aun cuando estas crezcan, los recursos disponibles siempre serán inferiores a las necesidades reales. A finales del 2010, alrededor de nueve millones de personas aún esperaban su tratamiento para el VIH correspondiente al año en curso, y en 2009 unos 2,6 millones de personas carecieron de protección adecuada contra la infección.

A medida que la infección por el VIH vaya reconociéndose como una enfermedad crónica, y no como una emergencia médica, habrá que atender más necesidades con menos recursos; por ende, será necesario incrementar la rentabilidad de la inversión, mejorar la eficiencia, reducir medidas repetitivas, bajar los costos unitarios, fijar prioridades y asegurar una participación equitativa en la inversión.

La inversión en torno al sida: una responsabilidad compartida

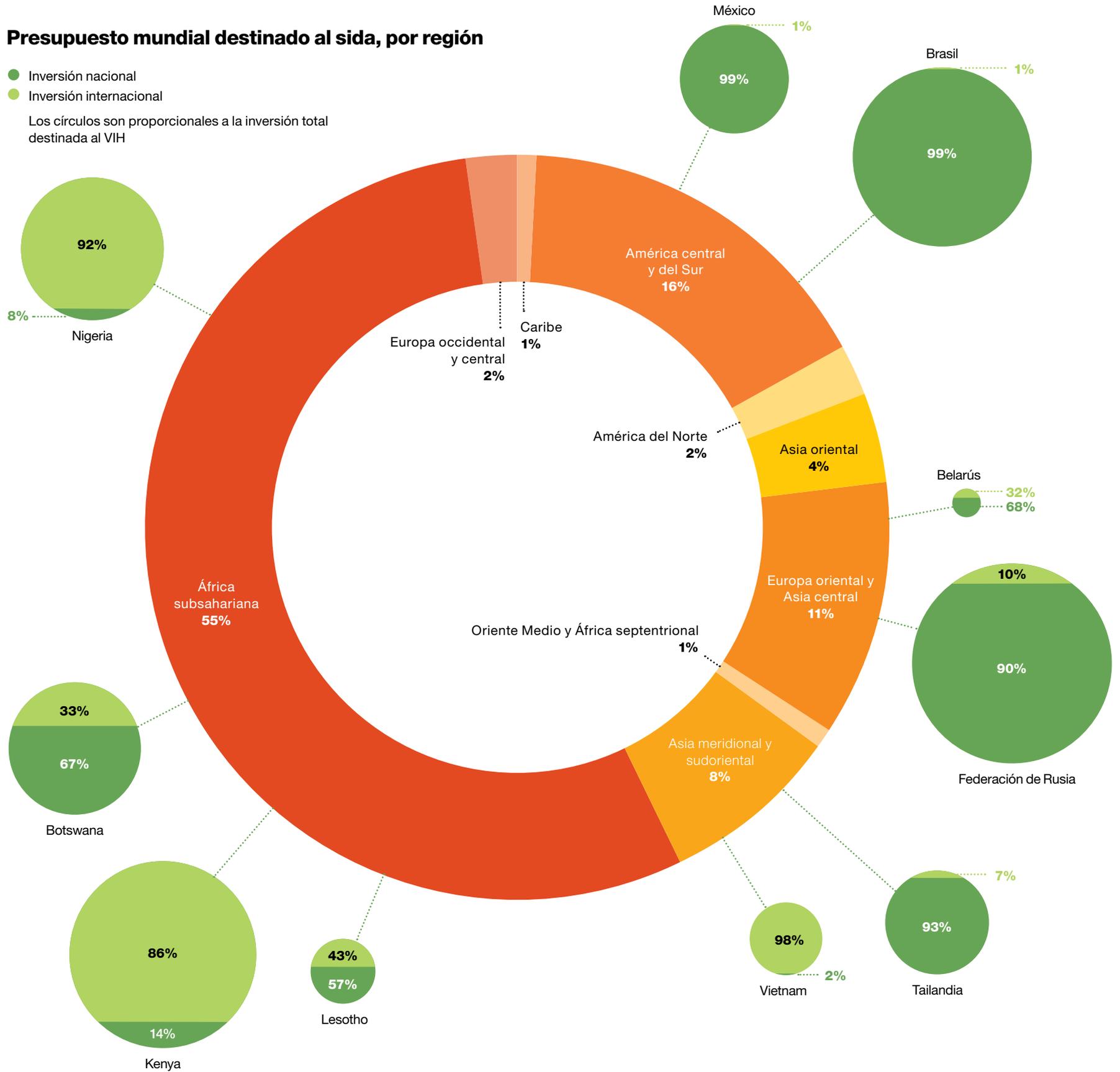
La financiación de la respuesta al sida es una responsabilidad compartida. Casi la mitad de todos los recursos disponibles para la respuesta al sida provienen de recursos nacionales; la otra mitad, de la ayuda internacional. Muchos países de ingresos medios están apoyando la respuesta al sida con sus propios recursos, mientras que las naciones de ingresos bajos dependen más de la ayuda internacional para financiar sus estrategias. De todos los donantes, los Estados Unidos son el principal proveedor de ayuda internacional. Más de la mitad de los recursos totales se destinan al África subsahariana, la región más gravemente afectada por la epidemia de sida.



Presupuesto mundial destinado al sida, por región

- Inversión nacional
- Inversión internacional

Los círculos son proporcionales a la inversión total destinada al VIH



Los recursos invertidos

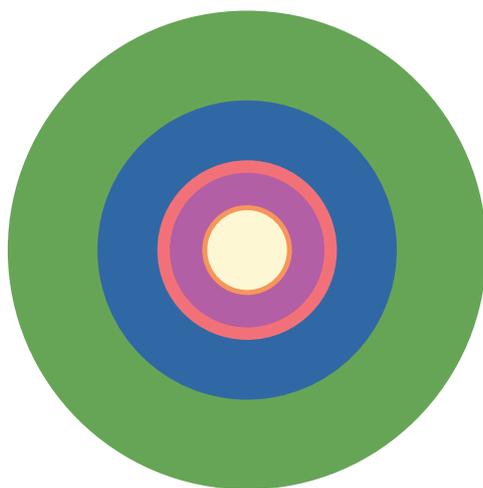
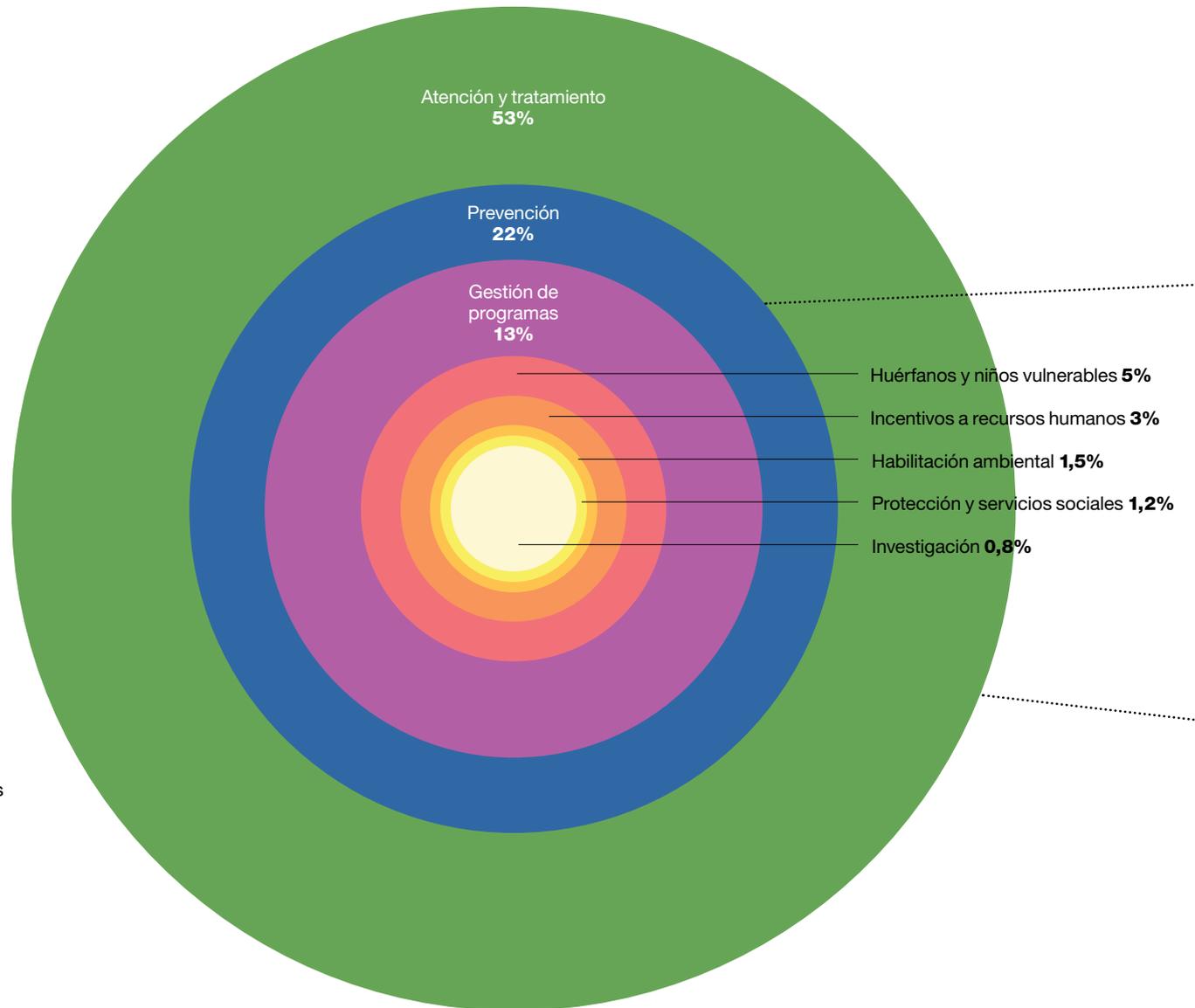
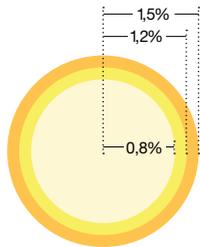
¿Adónde va el dinero?

Más de la mitad de los recursos disponibles se destinan a programas de tratamiento. Estas inversiones son la tabla de salvación de seis millones de personas que reciben tratamiento del VIH en países de ingresos bajos y medios. Casi la cuarta parte de los recursos disponibles financian actividades de prevención del VIH.

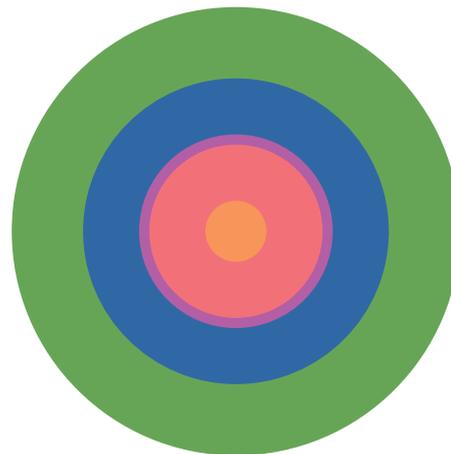
Los gráficos muestran datos sobre inversiones correspondientes a 90 países de ingresos bajos y medios. Los esquemas de inversión varían en cada país.

- Atención y tratamiento
- Prevención
- Gestión de programas
- Huérfanos y niños vulnerables
- Incentivos destinados a recursos humanos
- Entorno favorable
- Protección social y servicios sociales
- Investigación

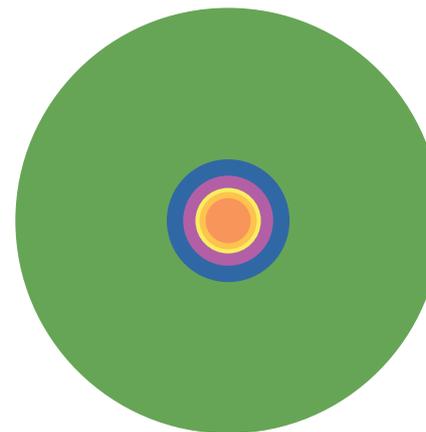
Los círculos son concéntricos, y los valores porcentuales se miden desde el centro.



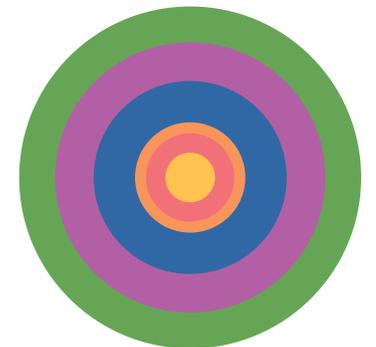
Federación de Rusia



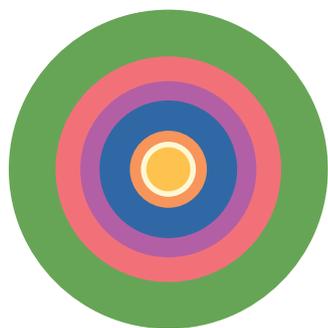
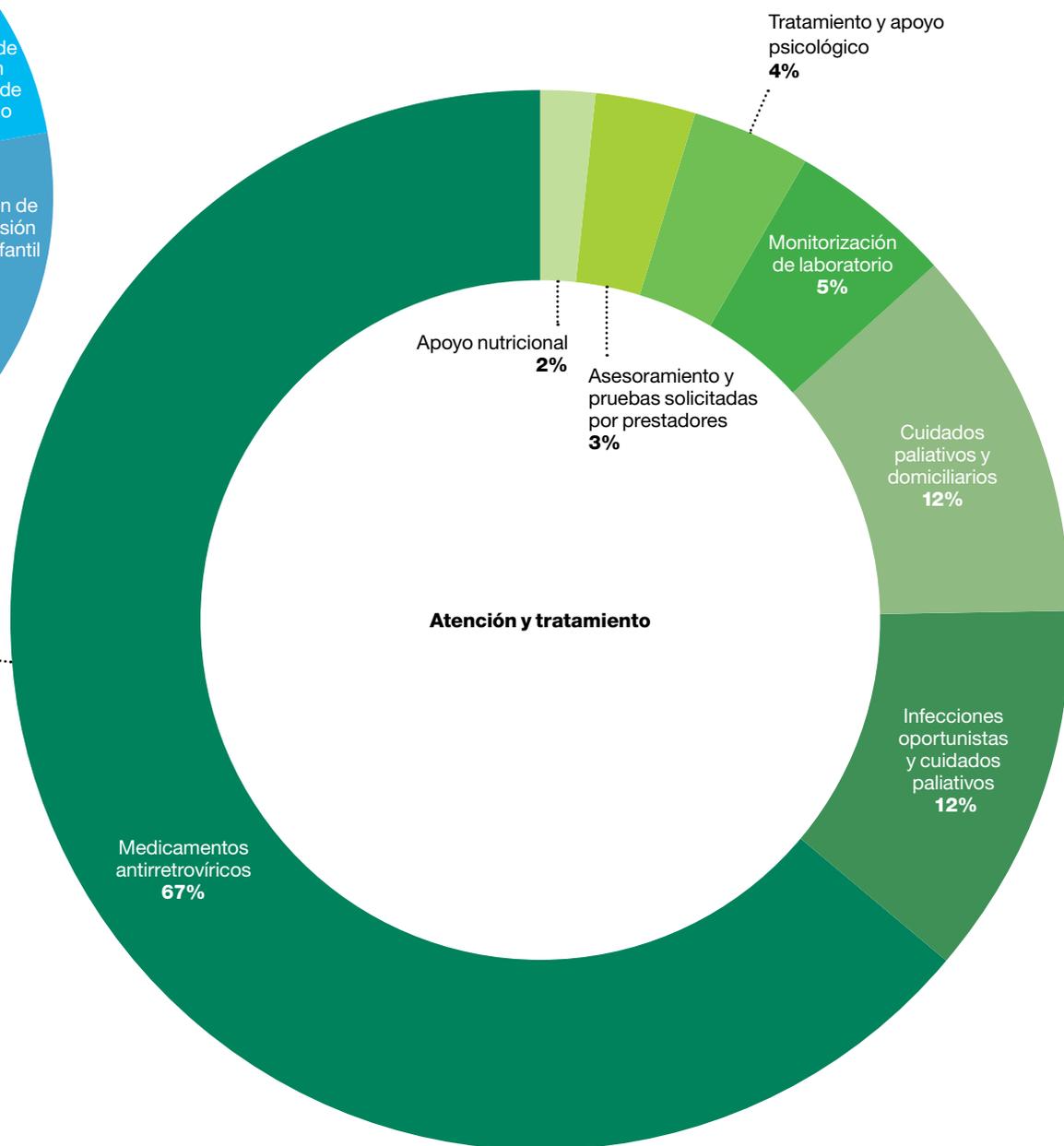
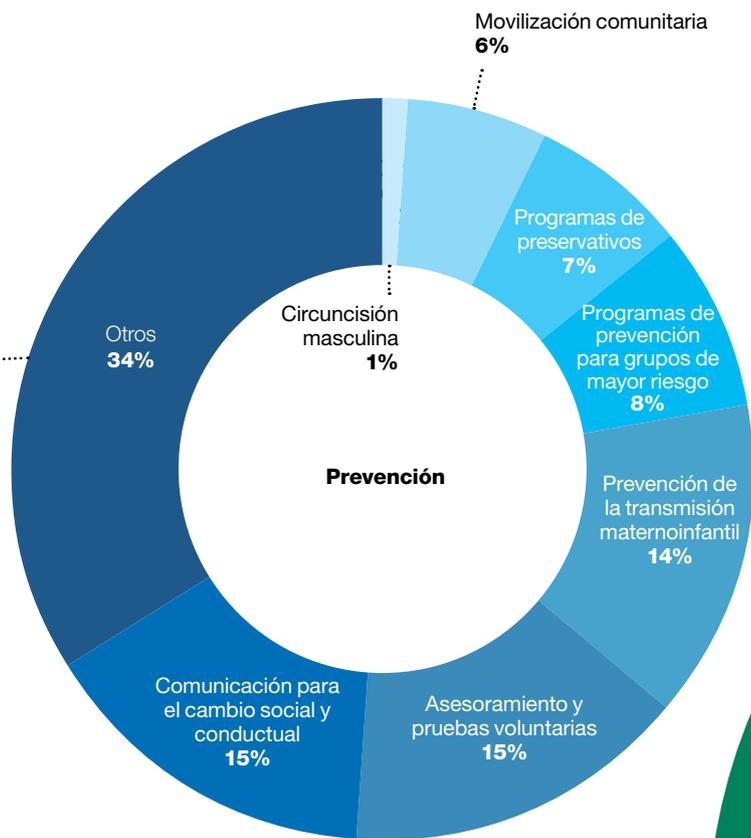
Kenya



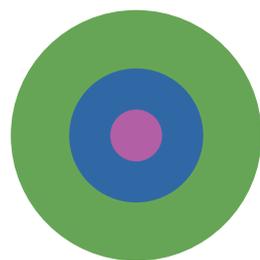
Brasil



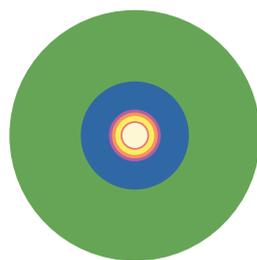
Nigeria



Botswana



México



Tailandia



Vietnam



Lesotho



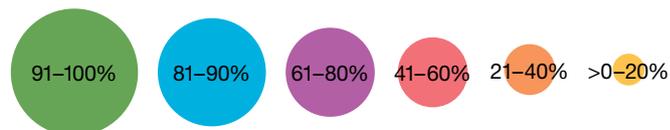
Belarús

Los recursos invertidos

¿Quién paga el tratamiento del sida?

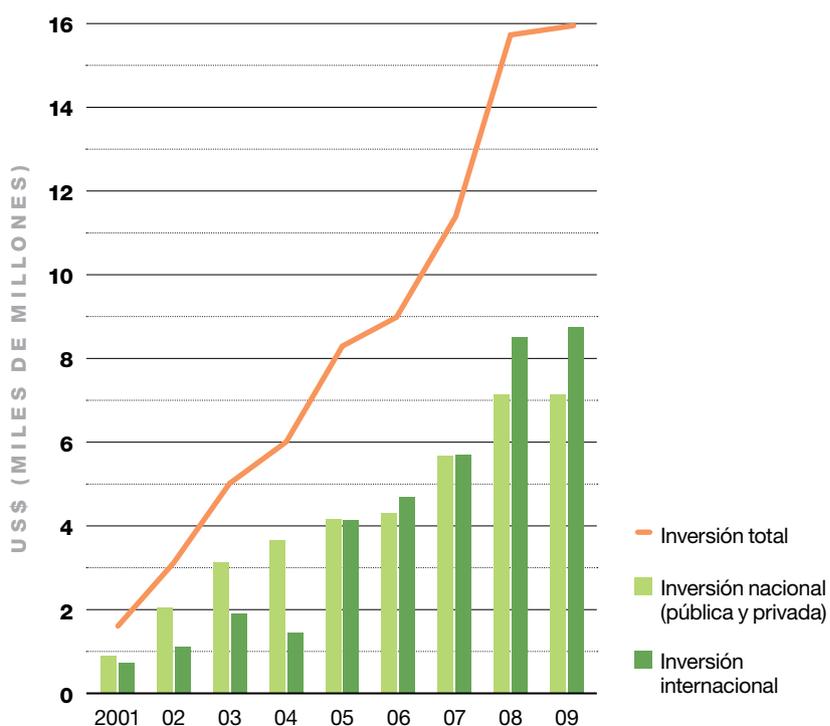
Los donantes internacionales proveen la vasta mayoría de los recursos para el tratamiento del VIH en África subsahariana. Cuando los donantes reducen sus inversiones, los programas más gravemente afectados son los destinados al tratamiento. La mayor parte de esta inversión se destina a regímenes terapéuticos de primera línea, mucho menos costosos que los de segunda línea. La India produce más del 80% de los medicamentos genéricos proporcionados al continente africano. Esta doble dependencia —de los fondos externos para pagar los tratamientos, y de un único país como proveedor de los medicamentos— puede hacer que el «acceso continuo al tratamiento» se convierta en un gran factor de riesgo para la respuesta mundial al sida. Por eso, el ONUSIDA exhorta a adoptar el programa Tratamiento 2.0, que propone un nuevo rumbo para la comunidad mundial: reducir costos, difundir regímenes de tratamiento más eficaces y sensatos, proveer herramientas diagnósticas de uso sencillo y brindar tratamiento a todos aquellos que lo necesiten.

Porcentaje de la inversión internacional en la respuesta al sida por país

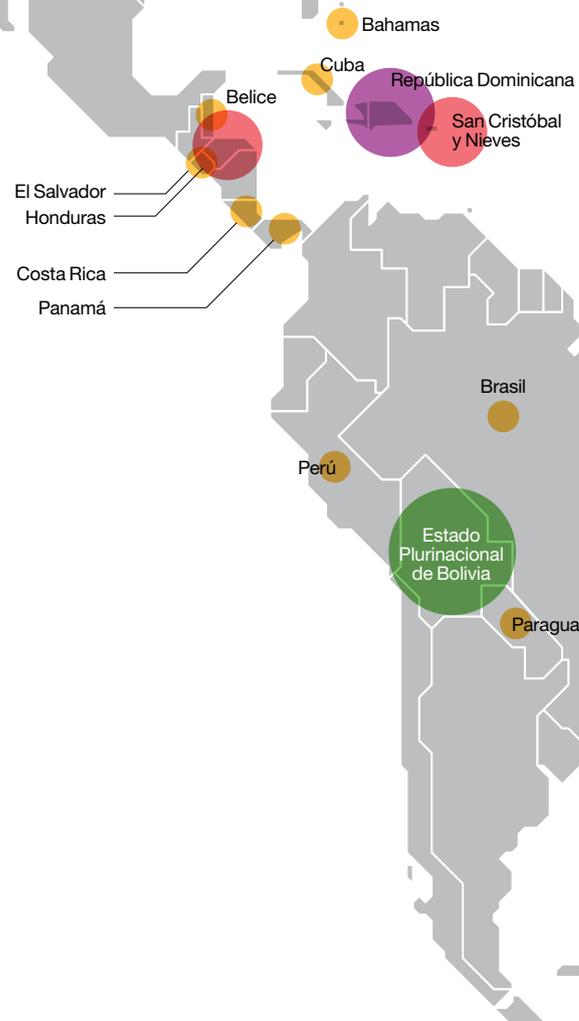


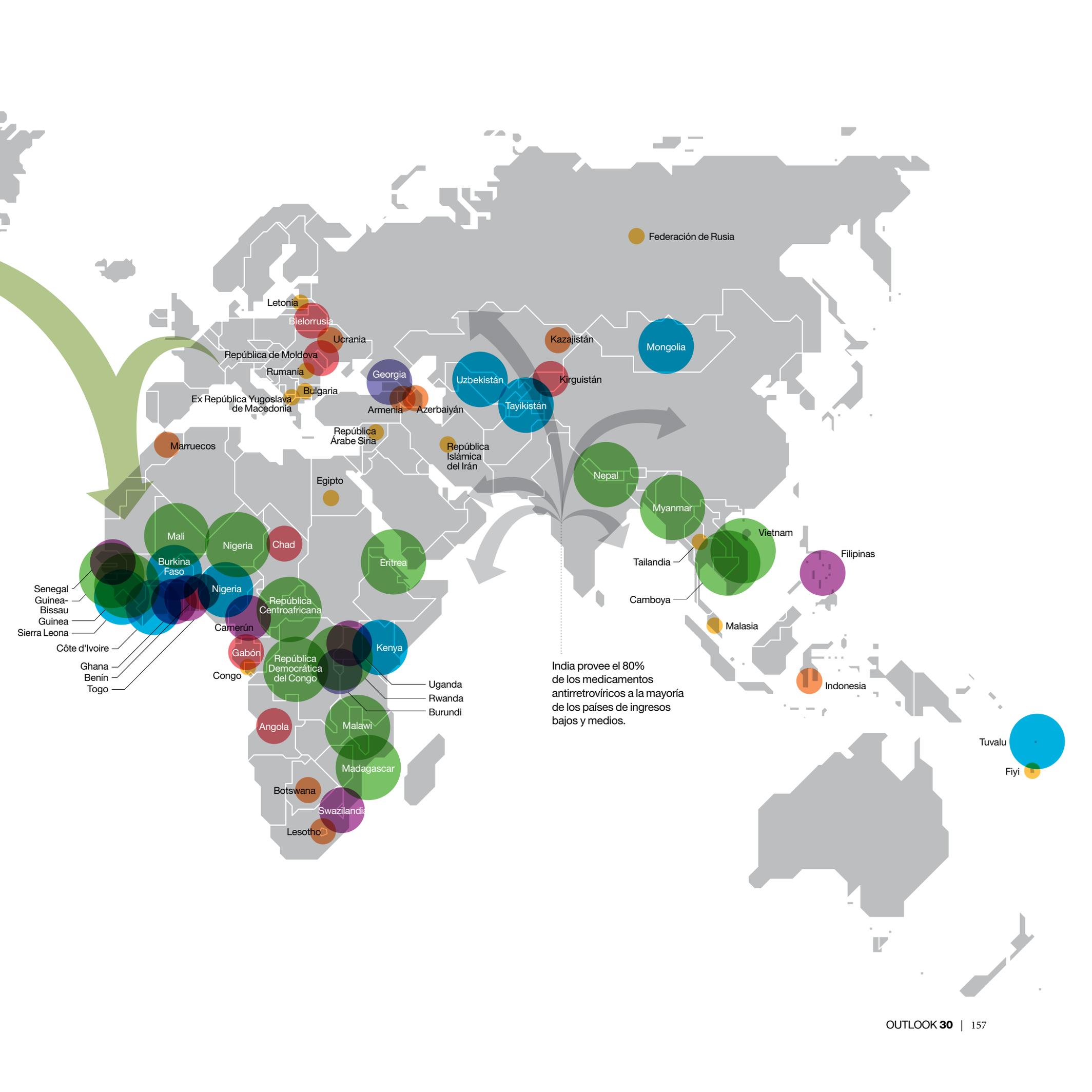
La inversión en la respuesta al sida están disminuyendo

Durante la crisis económica, disminuyeron los recursos totales disponibles para la respuesta al sida.



A finales del 2009, los Estados Unidos y el Fondo Mundial, de forma conjunta, proporcionaron tratamiento a casi 4,7 millones de personas.





20

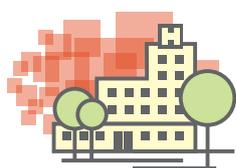
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

**El sida y los Objetivos de Desarrollo del Milenio
tienen una relación recíproca.**

**Por un lado, la respuesta al sida es fundamental
para que puedan lograrse todos los Objetivos de
Desarrollo del Milenio. Por el otro, las gestiones
orientadas a cumplir los ODM serán cruciales
para alcanzar la meta del acceso universal a
la prevención, tratamiento, atención y apoyo
relacionados con el VIH.**

De qué manera la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio apoya la respuesta al sida

1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre

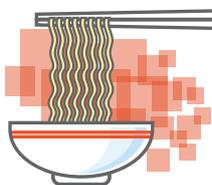


- El acceso de hombres y mujeres al empleo reduce la vulnerabilidad a la infección por el VIH.
- La seguridad alimentaria de cada hogar permite a los niños y niñas seguir asistiendo a la

escuela, ya que los padres no necesitan enviarlos a trabajar para incrementar los ingresos familiares.

- Una nutrición adecuada ayuda a mantener y cumplir el tratamiento para el sida.
- El acceso a la alimentación es fundamental para las personas que viven con el VIH, ya que tienen mayores requerimientos calóricos (10-30% en adultos, 50-100% en niños).
- La falta de opciones para generar ingresos estables puede aumentar la necesidad de salir a trabajar a la calle, con el consiguiente incremento en el riesgo de exposición al VIH.
- La reducción de la pobreza conduce a que menos mujeres deban dedicarse al trabajo sexual como medio de supervivencia.
- El acceso al microcrédito y el desarrollo de aptitudes laborales contribuyen a que la población que vive con el VIH mejore su posibilidad de generar ingresos.

2 Lograr la enseñanza primaria universal



- La enseñanza primaria universal permite que los niños huérfanos a causa del sida continúen asistiendo a la escuela.
- La provisión de almuerzos escolares asegura que los niños

vulnerables reciban una nutrición básica.

- La distribución de libros y de uniformes gratuitos reduce la discriminación y el estigma.
- El acceso a escuelas seguras protege a las niñas del abuso y la explotación.



- La facilitación de transporte escolar seguro reduce el riesgo de que los niños sufran situaciones de violencia y de explotación sexuales en el trayecto.

3 Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer



- Las mujeres empoderadas están más capacitadas para negociar prácticas sexuales más seguras.
- El acceso de la mujer al empleo reduce la vulnerabilidad al VIH

en mujeres y niños.

- La igualdad de derechos sucesorios protege a las mujeres que han enviudado y a los niños que han quedado huérfanos a causa del sida.
- La erradicación de la violencia de género reduce la vulnerabilidad de las mujeres al VIH.



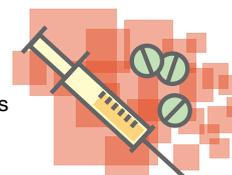
4 Reducir la mortalidad infantil



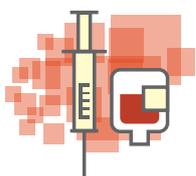
- La mejora de los tratamientos y de la atención a los niños que viven con el VIH permitirá que estos tengan una vida más sana.
- La mejora de las condiciones neonatales y de la atención primaria aumenta el índice de supervivencia de los niños que nacen con el VIH.

■ Una nutrición más adecuada ayuda a sobrevivir y a crecer a los niños que viven con el VIH.

- La inmunización incrementa la supervivencia de los niños que viven con VIH.



5 Mejorar la salud materna



- Mejores sistemas de salud permiten brindar atención a las mujeres durante el embarazo, detectar precozmente el VIH y asegurar que cada parto se lleve a cabo en condiciones seguras.

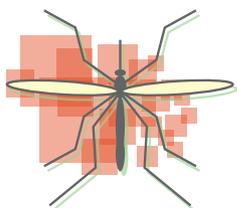
- Los servicios de salud reproductiva permiten a las mujeres y a los hombres que viven con el VIH planificar sus familias y evitar embarazos no deseados.

- La integración del VIH en la atención prenatal ayuda a evitar la transmisión maternoinfantil del VIH.

- La mejora de la atención materna protege a las mujeres que viven con el VIH y a sus hijos.

- El acceso continuo al tratamiento en las madres que viven con el VIH aumenta la supervivencia de sus hijos y reduce el riesgo de orfandad.

6 Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades



- El tratamiento de la TB reduce significativamente las muertes relacionadas con el sida.

- La prevención de la TB disminuye el peso de la atención médica en torno al sida.

- La recomendación de hacerse la prueba del VIH a todas las

personas que padecen TB facilita el acceso al tratamiento del VIH y a la atención médica.

- La prevención de la malaria reduce la mortalidad maternoinfantil en las personas que viven con el VIH.

7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente



- El acceso a agua potable y a sistemas de higiene ayuda a inculcar métodos seguros de alimentación para lactantes en los padres que viven con el VIH.

- Las viviendas seguras, con

instalaciones sanitarias adecuadas, ayudan a reducir las infecciones oportunistas en las personas que viven con el VIH.

- La reducción de la violencia y el acceso a servicios

básicos de asistencia social, salud pública y seguridad ayudan a disminuir la vulnerabilidad y los riesgos relacionados con el VIH en las mujeres, niñas y niños que viven en zonas precarias.



8 Fomentar una alianza mundial para el desarrollo



- Las asociaciones entre el sector público y privado ayudan a desarrollar nuevos medicamentos y herramientas de diagnóstico para la prevención y el tratamiento del VIH.

- La cobertura médica universal permite brindar tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH de forma sostenible y económica.

- La participación del sector privado ayuda a brindar un acceso continuo a elementos de prevención y a medicamentos que prolongan la vida.



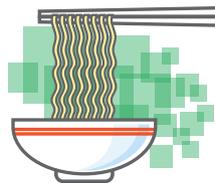
De qué manera la respuesta al sida apoya la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre



- El acceso al tratamiento conduce a adultos más sanos, capaces de proveer económicamente a sus familias y de integrar la base de recursos humanos de su país.
- Los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH reducen la vulnerabilidad a la pobreza.
- La reducción de la orfandad causada por el sida se traduce en menos niños vulnerables a la pobreza extrema y al hambre.
- La prevención de la infección por el VIH permite reducir la carga general sobre los sistemas de salud y disminuir los costos de salud a largo plazo.
- Los programas de protección social alivian el peso de la pobreza sobre las personas y familias afectadas por el sida.

2 Lograr la enseñanza primaria universal



- La educación sexual ayuda a las niñas y niños a prepararse para la edad adulta.
- Los programas de prevención y tratamiento del VIH para docentes protegen los recursos humanos y ayudan al funcionamiento escolar.
- Los programas de salud escolares ayudan a los adolescentes a informarse sobre salud sexual y reproductiva.
- Los niños aprenden importantes conocimientos para la vida adulta y obtienen apoyo social en el entorno escolar.



3 Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer



- El VIH ofrece una oportunidad temática para debatir sobre temas complejos como la violencia, la salud y los derechos sexuales, y las relaciones entre personas del mismo sexo.
- Las mujeres marginadas encuentran un canal de expresión al participar en programas sobre el sida. Con estos recursos, están más facultadas para reclamar sus derechos.
- El acceso a la profilaxis posterior a la exposición reduce el riesgo de VIH en mujeres y niños que han sido objeto de abuso sexual.
- Las investigaciones y los avances en métodos de prevención del VIH iniciados y gestionados por mujeres hablan en favor del empoderamiento de la población femenina.

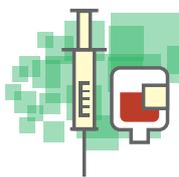


4 Reducir la mortalidad infantil



- Prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH conduce a que nazcan menos bebés con el virus, lo cual a su vez reduce la mortalidad infantil.
- El acceso a medicamentos pediátricos para el VIH reduce la mortalidad infantil.
- La detección precoz del VIH en niños conduce a una mayor eficacia en el tratamiento y el cuidado infantiles.
- El tratamiento profiláctico administrado a los niños que viven con el VIH detiene las infecciones oportunistas y reduce el índice de mortalidad infantil.
- La adopción de prácticas seguras de alimentación con los lactantes reduce el riesgo de transmisión a bebés y disminuye la mortalidad infantil relacionada con la nutrición.

5 Mejorar la salud materna

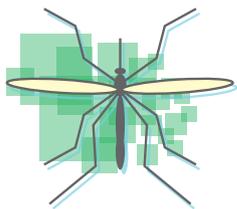


- La detección precoz del VIH en mujeres embarazadas ayuda a prevenir el VIH en sus hijos.
- El VIH es la principal causa de muertes maternas en África subsahariana. Prevenir el VIH en mujeres

en edad reproductiva previene complicaciones relacionadas con el VIH durante la gestación.

- La mejora de los sistemas de salud permite cubrir todas las necesidades sanitarias de las mujeres embarazadas.
- La administración de terapia antirretrovírica en mujeres embarazadas que viven con el VIH reduce el índice de mortandad materna y previene el VIH en sus hijos.

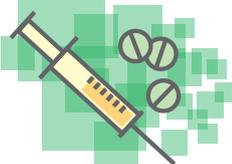
6 Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades



- Al controlarse las nuevas infecciones por el VIH, se ayuda a reducir los nuevos casos de TB.
- El control de TB en las personas que viven con el VIH incrementa la detección de casos y reduce el número de

muerteras a causa de la tuberculosis.

- El tratamiento precoz del VIH reduce significativamente la incidencia de la TB y la mortalidad por esta causa.
- El tratamiento de la TB latente en las personas que viven con el VIH (terapia preventiva con isoniacida) previene el desarrollo activo de la tuberculosis y las muertes por esta causa.
- La terapia antirretrovírica ayuda a reducir la malaria en mujeres embarazadas al mejorar su sistema inmunológico.
- La respuesta al sida ha ayudado a fortalecer los sistemas de salud.



7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente



- La prevención del VIH en la población inmigrante y los residentes de zonas precarias ha mejorado su calidad de vida.
- La implementación de buenos programas de prevención del

VIH permite atender cuestiones de violencia e igualdad de género, y brindar aptitudes vitales a mujeres y niños.

- La respuesta al sida ha fortalecido los servicios de salud dirigidos a las personas que viven en zonas precarias.
- La respuesta al sida ha ayudado a crear sistemas ecológicos para la eliminación de los residuos hospitalarios.
- La eliminación segura de residuos hospitalarios evita que las personas y niños que buscan ropa y comida en la basura entren en contacto con materiales contaminados.
- Los programas de agujas y jeringas seguras, y de reducción del daño dirigidos a las personas que se inyectan drogas, minimizan los riesgos ambientales.



8 Fomentar una alianza mundial para el desarrollo



- La ampliación del acceso al tratamiento ha generado nuevos modelos de asociación entre el sector público y el privado.
- La coparticipación de donantes públicos y privados en la provisión de fondos para la respuesta al

sida ha demostrado que la inversión en salud es una responsabilidad compartida.

- El activismo relacionado con el sida ha promovido la comprensión global de que el acceso a la atención sanitaria y a los medicamentos es un bien público.
- Las innovaciones farmacológicas y en materia de vacunación han abierto nuevas rutas para otro tipo de asociaciones en el sector de salud.
- La cooperación Sur-Sur ha ayudado a mejorar el acceso a medicamentos que prolongan la vida y a elementos de prevención.



21

El estigma y la discriminación

La estigmatización es producto del silencio, el rechazo y la marginación. Conduce a situaciones discriminatorias y a un sinfín de resultados perniciosos. El estigma y la discriminación son conductas hondamente arraigadas, y representan un obstáculo concreto no sólo para el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, sino también para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La palabra estigma proviene del término griego (στίγμα), que significa «marca» o «signo»

El estigma es un proceso que daña la personalidad de un individuo ante los ojos de los demás. Se produce cuando una persona o una comunidad expresan severo repudio social hacia otra persona o grupo y los hacen sentir indeseables y excluidos.

El estigma relacionado con el VIH suele sumarse a algún estigma anterior referido a grupos marginados o vulnerables, como la gente que se inyecta drogas, la población en condición de pobreza, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo y las minorías étnicas. A menudo deriva de normas sociales preexistentes, como las que regulan la sexualidad, el matrimonio y los estereotipos de género.

De manera inversa, a las personas que viven con el VIH se las puede asociar implícitamente con una conducta estigmatizada. La estigmatización es producto del silencio, el rechazo y la marginación. Conduce a situaciones discriminatorias y a toda clase de resultados perniciosos.

Cuando entra en acción el estigma, lo que se obtiene es discriminación

La discriminación es la distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecta a una persona, por lo general (pero no necesariamente) en virtud de una característica personal inherente o de la pertenencia percibida a un grupo determinado —en el caso del sida, la condición confirmada o

presunta de VIH-positivo— independientemente de que tales medidas sean justificadas o no.

El espectro entre la culpa y la inocencia

En torno al sida, siempre hay un espectro que va de la culpa a la inocencia. En muchas culturas, todavía se piensa que los profesionales del sexo o los consumidores de drogas inyectables que contraen la infección por el VIH son «culpables». En el otro extremo del gradiente, las esposas monógamas que contraen el VIH de sus esposos suelen considerarse «inocentes», mientras que las «víctimas» por antonomasia son los bebés que se infectan por el VIH durante la gestación, el parto o la lactancia materna.

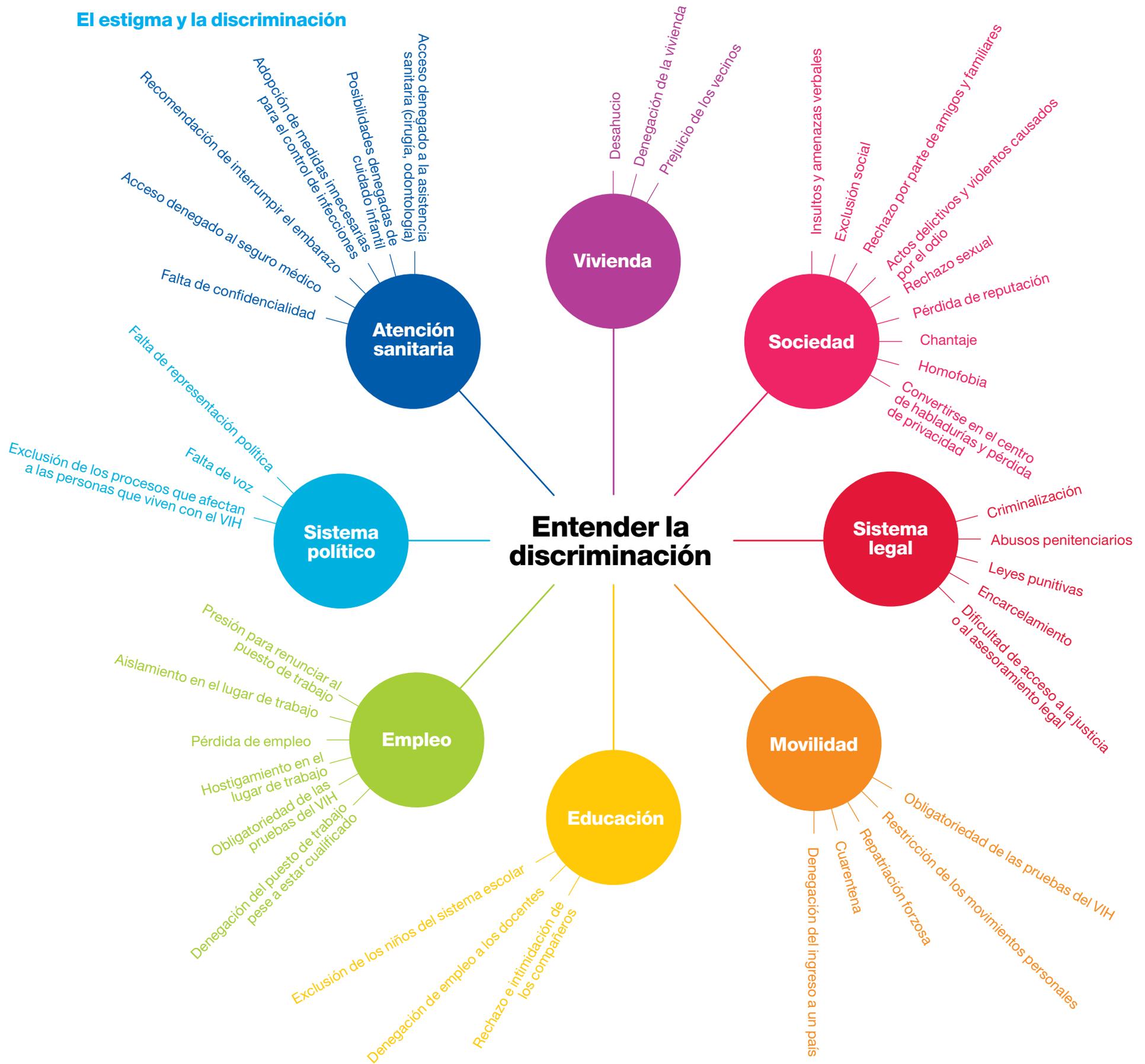
Objetivo cero

El estigma y la discriminación son conductas hondamente arraigadas, y representan obstáculos muy reales y concretos, no sólo para el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, sino también para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El objetivo del ONUSIDA en este sentido se sostiene en tres aspiraciones: reducir a cero las nuevas infecciones por el VIH, reducir a cero la discriminación y reducir a cero las muertes relacionadas con el sida.

Revelación de la trayectoria del estigma



El estigma y la discriminación



El cine chino se centra en el estigma en China

Un niño chino con uniforme escolar solloza entre los arbustos. El motivo de sus lágrimas es la discriminación que padece por vivir con el VIH. La cámara hace un primer plano de su rostro... Es una de las escenas de *Juntos*, un documental de reciente estreno.

Esta conmovedora actuación muestra hasta qué punto el arte imita la vida. El actor Hu Zetao, de doce años, sufre en carne propia lo que siente su personaje: él mismo contrajo el virus por transmisión maternoinfantil. Hu cuenta que, en la vida real, padece una discriminación constante. Cuando su padre volvió a casarse, su madrastra se negó a utilizar los mismos palillos y tazones que él. El joven actor es una de las tres personas que viven con el VIH y que intervienen en este nuevo film testimonial.

El testimonio documenta el rodaje de una película de ficción, *A Tale of Magic* (Un cuento de magia), dirigida por el aclamado director Gu Changwei y ambientada en una aldea china gravemente afectada por el VIH. Para rodar la película, el director convocó a personas que vivían con el VIH: no sólo a actores del elenco, sino también a colaboradores del equipo de filmación. Pasó muchas horas en línea, en sesiones de chat, buscando personas con el VIH que quisieran participar en el filme.

—Costó muchísimo... En determinado momento, pensé que nadie querría mostrar la cara, y que tendría que filmar a los actores con máscaras o con las facciones desdibujadas —confiesa Changwei.

Después de entrevistar a 30 personas, los productores encontraron a seis que vivían con el VIH, y, queriendo sumarse a esta experiencia, estaban en condiciones de abandonar sus respectivos trabajos estables.



Hu Zetao en una escena del documental Juntos.

Finalmente, tres aceptaron mostrarse al público. Además de Hu Zetao, las otras dos personas identificadas con el VIH son la señora Liu y el señor Xia. La señora Liu trabaja en una escuela de primaria y brinda asesoramiento a personas seropositivas; el señor Xia, por su parte, vive en un templo y también ha sufrido discriminación por su condición seropositiva.

El documental sobre la película del cineasta Changwei tardó casi dos años en rodarse. Fue dirigido por otro realizador chino, Zhao Liang, quien señala haber sido testigo de una verdadera transformación durante el proceso de creación de la película.

—El cambio fue impresionante. Al término de la película, los miembros del equipo habían adquirido una nueva comprensión, pudieron abandonar sus miedos y se sintieron felices de estar en contacto con personas que viven con el VIH —refiere el cineasta.

El documental se estrenó en Beijing el 1 de diciembre de 2010, Día Mundial del Sida. También se exhibió en el 61º Festival Internacional de Cine de Berlín, en febrero de 2011.

La experiencia ha sido beneficiosa para Hu Zetao. Cuando terminó el rodaje y regresó a su hogar, Hu contó al director que ya no comía separado de su familia.

—Nuestra experiencia aquí lo dice todo —expresó un miembro seronegativo del equipo—. En este lugar hay muchas celebridades juntas y un director famoso... y todos hemos convivido juntos. Esto nos muestra que no hay por qué temer al sida.

—Cuando comenzamos a trabajar juntos, nos fuimos conociendo poco a poco —comenta Zhang Ziyi, actriz—. Lo que cambió para mí es que olvidé quién era quién. Todos pasamos a ser colaboradores. Ojalá la sociedad fuese como nuestro equipo de filmación... y pudiera abrazar y aceptar a las personas que viven con el VIH en un marco de apoyo y de afecto mutuo.

22

La opinión social

**Con pluma, papel y puntos de vista acertados,
la opinión social ha impulsado una respuesta
positiva al sida.**

La respuesta al sida en Sudáfrica: el punto de vista de Zapiro

La respuesta de Sudáfrica a la epidemia de sida fue evolucionando con los años, sostenida en un fuerte movimiento de la sociedad civil, un régimen con libertad de prensa, un sistema judicial solidario, una constitución progresista, un buen liderazgo comunitario y, sobre todo, en el valor y la fortaleza de los sudafricanos que reclamaron medidas.

Los progresos ante la epidemia se ganaron a fuerza de una dura contienda. A finales del 2009, casi un millón de personas tenían acceso al tratamiento, en comparación con las 30.000 que recibían asistencia médica en 2004. El número de habitantes que han contraído la infección por el VIH ha descendido en más de un 35% en los últimos diez años. También parecen ir aminorando los índices de infección por el VIH entre los jóvenes sudafricanos. Los estudios nacionales de prevalencia del VIH muestran que el número de jóvenes que contraen la infección ha descendido en más de un 25%.

Los nuevos líderes sudafricanos se han trazado metas ambiciosas con el objetivo de lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Para ello, han adoptado un enfoque del sida fundamentado en pruebas y han incrementado la inversión interna enfocada en la respuesta al sida.

Así y todo, no ha sido fácil. En los últimos 20 años, Sudáfrica ha debido superar muchos obstáculos y situaciones complejas: el final del *apartheid* y la rápida propagación de la epidemia

de sida; el conformismo y la negación, el alto coste de los medicamentos, la multiplicación del estigma y la discriminación, la existencia de normas sociales y culturales contraproducentes, la violencia sufrida por la población femenina, la volubilidad del liderazgo político y el hecho de que la sociedad empezara a aceptar como algo normal las muertes causadas por el sida.

Zapiro, seudónimo de Jonathan Shapiro, es un laureado artista de historietas y activista que ha seguido de cerca la respuesta de su país al sida, dando voz a las personas silenciadas. En 1992, creó un cómic educativo sobre el sida enfocado en la prevención del VIH titulado *Roxy—life, love and sex in the nineties* (Roxy: la vida, el amor y el sexo en los noventa). Poco después, se centró en el tratamiento del VIH, fuertemente influido por la labor de activistas y organizaciones de la sociedad civil.

Las historietas de Zapiro narran los acontecimientos tal como se produjeron.

—Hasta los cómics más graciosos que hice expresaban mi conmoción ante ciertas políticas catastróficas y el trato insensible que se brindaba a las personas que vivían con el VIH y morían de sida. La gestión del presidente Zuma, concretamente la del ministro de salud, Aaron Motsoaledi, ha hecho grandes avances y ha sabido aprovechar los consejos de valientes activistas que, hasta no hace mucho, eran demonizados por la sociedad. Hoy en día, hago muchos menos cómics centrados en el tema del sida —cuenta.



1997



1997



1998



1999



1999



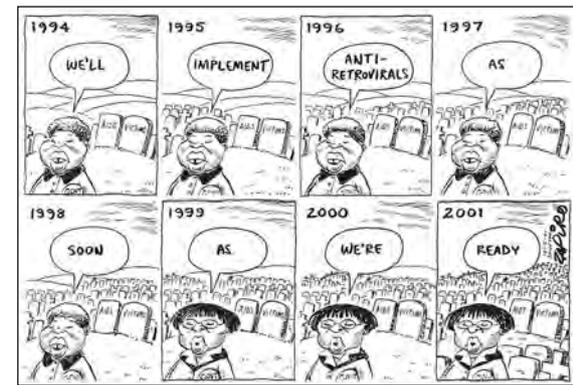
2000



2000



2001



2001



2002

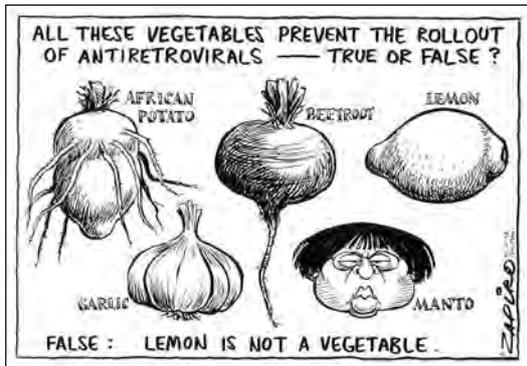


2002



2003

La opinión social



2004



2005



2005



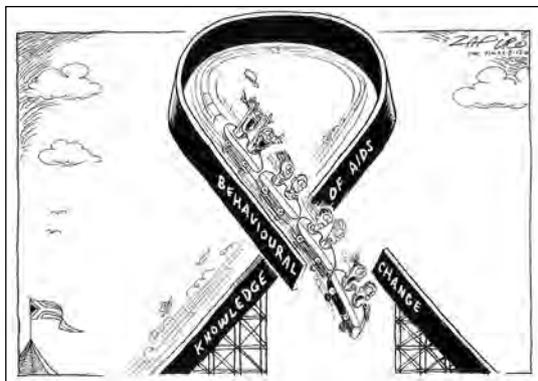
2006



2006



2009



2010



2010



2010

Hechos: Sudáfrica

5.600.000

Personas que viven con el VIH

3.300.000

Mujeres que viven con el VIH

1.900.000

Huérfanos

1.000.000

Personas en tratamiento del VIH

340.000

Nuevos casos de personas que han contraído el VIH

310.000

Muertes relacionadas con el sida

23

El sida y los medios gay

Antes de que existieran los mensajes de texto a través del móvil, internet, Facebook y Twitter, la principal fuente de información para muchas personas eran las revistas y boletines, en donde hallaban la oportunidad de conectarse con gente afín.

Para la comunidad lesbiana, gay, bisexual y transexual (LGBT), las publicaciones de temática gay y lesbiana han sido muchas veces el salvoconducto que los mantuvo informados y conectados entre sí. Aún hoy, pese a la disponibilidad de miles de recursos LGBT en línea, las revistas siguen cumpliendo una importante función.

El sida y los medios gay

Para entender el papel de los medios de orientación lesbiana, gay, bisexual y transexual (LGBT), OUTLOOK entrevista a cuatro editores que comentan el tratamiento brindado por los medios LGBT a la homofobia, la temática en torno al VIH y los derechos civiles.

OutWeek en la ciudad de Nueva York: una revista pionera en el periodismo gay

Entrevista a Gabriel Rotello, fundador y coeditor responsable



Durante dos años, entre 1989 y 1991, OutWeek brindó información y opiniones valiosas a la comunidad gay, lesbiana y bisexual de la ciudad de Nueva York. La revista salió a la calle en una época de rápida expansión de la epidemia del VIH, cuando aún no existía un firme compromiso político

hacia el tratamiento de esta enfermedad. OutWeek contribuyó a movilizar a muchos interesados en torno al movimiento del sida, y desempeñó un papel no menos importante como defensora del acceso a los servicios en torno al VIH y de los derechos civiles. En su apogeo, OutWeek llegó a tener una tirada semanal de 40.000 ejemplares y, aunque la revista incluía noticias mayormente referidas a Nueva York, tenía suscriptores en todo el país.

¿Cómo surgió la idea de publicar la revista OutWeek?

OutWeek se fundó sobre una premisa muy sencilla: en esa época nadie estaba informando sobre el VIH. La epidemia ya había afectado a miles de personas en la ciudad de Nueva York, pero nadie escribía sobre el problema. Yo era miembro del grupo activista ACT UP y sentía que, salvo raras excepciones en los diarios locales, las noticias sobre el VIH eran insuficientes y, a menudo, de tono improductivo. Entendí que había que hacer algo al respecto. Después de mucho investigar cómo publicar una revista, a fuerza de correr y de movilizar influencias en busca de apoyo, decidí fundar OutWeek.

No soy periodista; tampoco lo eran muchos de los redactores y voluntarios que formaron el equipo inicial; más que nada, todos éramos miembros de ACT UP. Con todo, fue fácil reunir un sorprendente capital de talento y creatividad, pues éramos jóvenes y nos enfurecía por igual lo que estaba sucediendo. En este sentido, es interesante

resaltar que muchos de los redactores de OutWeek llegaron a ser periodistas sumamente influyentes.

¿Qué esperabas lograr con la revista?

OutWeek se planteó como un espacio de periodismo activista. No queríamos limitarnos a publicar noticias; en verdad, nos propusimos crear noticias, y por eso adoptamos posiciones muy firmes sobre diversas cuestiones que, a nuestro entender, eran relevantes para la epidemia. Algunos de nuestros artículos fueron comentados por la prensa nacional; por ejemplo, las notas de investigación o las que desenmascaraban a funcionarios públicos que ocultaban su homosexualidad. OutWeek fue una voz rotunda reclamando acciones con respecto al VIH. Ahora que miro atrás, veo que nuestra labor fue decisiva para aumentar la cobertura periodística sobre el VIH en Norteamérica y romper la conjura de silencio que parecía reinar en la prensa.

¿De qué manera la epidemia del VIH definió, modeló y marcó el rumbo de la revista? ¿Se ocupó OutWeek, además, de otros temas relacionados con la comunidad gay, lesbiana y bisexual?

El VIH afectó absolutamente a nuestra revista; de hecho, OutWeek se fundó precisamente por esta causa. A título personal, la muerte de mi compañero a causa del sida fue el catalizador que me llevó a comprometerme, y la razón por la cual decidí sumarme a ACT UP. Pero más allá del VIH, OutWeek se ocupó de todas las cuestiones que importaban en esa época. Recibimos críticas de algunos activistas de la respuesta al VIH, justamente por publicar información más amplia sobre la temática LGBT y no limitarnos al sida. Pero el primer número se dedicó al VIH, y la cobertura de este tema fue muy extensa y amplia. Además, en muchos casos es imposible separar el VIH de la violencia contra los homosexuales o de la homofobia, por citar dos ejemplos.

¿Habría hoy un público interesado en OutWeek?

Sí, creo que sí. La transmisión del VIH sigue siendo muy alta en la población gay; por eso, aún es necesario el activismo en torno a la prevención del virus y a otras cuestiones afines. Pero tampoco se puede repetir el clima de entonces. En los Estados Unidos, el VIH ha pasado a segundo plano, no sólo por la terapia antirretrovírica sino también por la aparición de otros temas, como el matrimonio entre personas del mismo sexo y la presencia gay en las fuerzas armadas. Si hoy publicáramos OutWeek, creo que sería posible generar noticias de forma regular, enfocando el debate sobre cuestiones clave que afectan a la comunidad LGTB.



OutWeek

Precio por ejemplar: 1 USD
Número de ejemplares: 106
outweek.net

Odin Iz Nas en Ucrania: uno de nosotros

Entrevista a Stanislav Naumenko, editor



Odin Iz Nas (Uno de nosotros) tiene un enorme mandato que cumplir: es la única revista dirigida a la comunidad LGBT de Ucrania, y una de las primeras publicaciones de su tipo en Europa oriental. La revista procura informar a la comunidad LGBT de Ucrania con noticias actualizadas y relevantes, y con notas sobre derechos humanos, salud sexual, cultura popular y temas relacionados con el VIH, en un atractivo formato que busca captar a lectores jóvenes y adultos por igual. De venta en puestos de diarios y tiendas de revistas de toda Ucrania, así como en Moscú y San Petersburgo, *Odin Iz Nas* supo resistir en un clima político y social desfavorable, donde la homofobia y la discriminación reinaron durante mucho tiempo sin ser cuestionadas. En este trasfondo, el equipo editorial de la revista continúa dedicado a informar y conectar a la comunidad LGTB de su país.

¿Cómo fueron los inicios de *Odin Iz Nas*? La idea de crear una publicación homosexual comenzó a plantearse a comienzos de 1990; cinco años después, el primer redactor jefe, Leonid Nefedovich, y el editor responsable, Aleksandr Fesenko, dieron forma a la idea de la revista. El primer número se publicó en diciembre de 1996. En aquella época, la comunidad gay de Ucrania estaba bastante dispersa, por lo cual la revista supuso para muchos homosexuales un espacio de pertenencia. Comprar en un kiosco *Odin Iz Nas* era casi como salir del armario para cualquier hombre gay ucraniano que comenzara a creer en sí mismo. La revista también pretendía forjar un futuro mejor para la comunidad LGBT.

¿Cómo fueron los inicios de *Odin Iz Nas*?

¿Podrías contarnos algunos de los hitos y de las dificultades que han tenido desde la publicación de *Odin Iz Nas*? En 2001, la revista recibió el premio «Superviviente» otorgado por la Federación Sueca por los Derechos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales. En verdad, han sido quince años ininterrumpidos de lucha por la supervivencia; desde que comenzamos, hemos bregado por seguir publicando la revista contra todos los obstáculos. Algo que nos ha costado mucho es financiar la publicación, considerando que las grandes empresas de Ucrania todavía no están dispuestas a colocar anuncios en una publicación, y que los negocios con esta

tendencia son todavía escasos.

En el 2003, Ucrania promulgó una nueva ley de censura que restringió el contenido erótico de la revista; esa decisión alejó a algunos de nuestros lectores. Sin embargo, gracias al talento y al trabajo denodado de los editores, la revista ha renovado su concepto y ha atraído a nuevos lectores jóvenes de la comunidad gay y lesbiana. En diciembre de 2010, el redactor jefe fue premiado por la Alianza Internacional contra el VIH/sida de Ucrania; el galardón reconoció la importante influencia de *Odin Iz Nas* en la respuesta nacional a la epidemia del VIH.

¿En qué situación se encuentra actualmente el movimiento por los derechos civiles de la comunidad LGTB en Ucrania, y cuáles son los principales problemas que hoy afectan al país y a la región?

Pese a la despenalización de la homosexualidad en Ucrania, en 1991, las actitudes públicas hacia esta orientación sexual siguen siendo muy negativas. La postura antihomosexual de la Iglesia Ortodoxa y las declaraciones homofóbicas de algunos políticos conservadores contribuyen a difundir una imagen negativa de las personas gay. Para contrarrestar esa situación, nuestra revista ha implementado junto con otras organizaciones ucranianas de la comunidad LGBT varias campañas en defensa de nuestros derechos. En el 2002, me postulé a un cargo parlamentario representando al partido político RADUGA (Arco iris), que abiertamente apoya los derechos de las personas gay y promueve un amplio debate de estas cuestiones en la televisión y la prensa. La desigualdad económica de Ucrania también ha polarizado la opinión pública en torno a los derechos de los homosexuales. Y aunque los activistas LGBT de este país trabajan mucho y están bien organizados, aún son pocos, de modo que la influencia de las organizaciones LGBT en el escenario político sigue siendo mínima en Ucrania.

¿De qué manera la epidemia del VIH afectó o marcó el rumbo de *Odin Iz Nas*?

La revista se ha ocupado del VIH desde sus comienzos. En cada número, hemos publicado materiales sobre la prevención del virus, hemos hablado de prácticas sexuales más seguras o de cómo vivir positivamente con el VIH, y hemos incluido entrevistas a hombres gay seropositivos. En los últimos seis años, estas publicaciones han sido apoyadas por la Alianza Internacional contra el VIH/sida de Ucrania. Este apoyo nos ha permitido mejorar la calidad de las publicaciones relacionadas con el VIH y, en general, ha sido beneficioso para la revista. En el futuro, esperamos seguir ocupándonos del VIH ampliamente, y continuar nuestra labor promoviendo la prevención del virus.

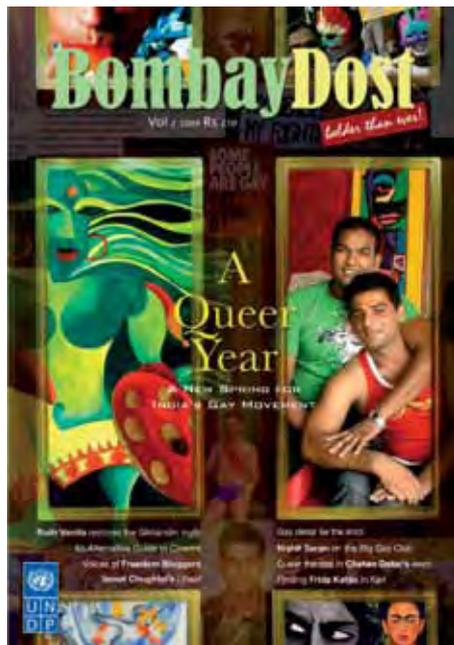


Odin Iz Nas

Precio por ejemplar: 15 grivnas (aprox. 12 USD)

Número de ejemplares: 68

El sida y los medios gay



Bombay Dost

Precio por ejemplar: 150 rupias (aprox. 3 USD)
Número de ejemplares: 3 desde el nuevo diseño, en 2009.
bombaydost.co.in

Bombay Dost en la India: el amigo de muchos

Entrevista a Nitin Karani, coeditor



Cuando, hace más de veinte años, salió a la venta en la India la primera revista para gays, lesbianas y bisexuales, tuvo que enfrentarse a los obstáculos habituales de toda nueva publicación: desde contratar buenos redactores y editores hasta formar una base financiera para respaldar la impresión. Pero el *Bombay Dost* (El amigo de Bombay) tenía un escollo adicional, del que, probablemente, estuviesen exentas revistas similares de otras partes del mundo: definirse como publicación gay en una sociedad y en una cultura donde no existía el concepto de la homosexualidad. El *Bombay Dost*, que empezó siendo un boletín por suscripción postal y hoy es una revista digital publicada en línea y ampliamente distribuida en las principales ciudades indias, sigue tendiendo vínculos con la vida y la información de la comunidad gay.

¿Cómo cobró vida Bombay Dost?

En 1990, un grupo de hombres autodefinidos como homosexuales, liderados por Ashok Row Kavi, decidimos crear un sencillo boletín bilingüe, en hindi e inglés, donde hablar sobre la problemática gay, lugares de reunión, información sobre enfermedades de transmisión sexual y tópicos semejantes. Con una tirada de 600 ejemplares, conseguimos una dirección postal en un centro comercial donde recibir el correo de lectores. Al cabo de un mes, un miembro del grupo acudió a esta dirección para descubrir que había llegado correspondencia de todas partes del país, no ya sólo de las ciudades más importantes, sino también de la región septentrional, de Cachemira y del Punjab. En ese momento, el grupo comprendió que había una gran comunidad de personas esperando conectarse y escapar del aislamiento que sentían. Es importante comprender que el *Bombay Dost* no empezó de cero, sino incluso de menos que cero. Inicialmente, tuvo que adoptar un papel educativo, porque «ser homosexual» no era un concepto que formase parte de la sociedad india.

¿Qué esperaban lograr cuando comenzaron con la revista?

Que *Bombay Dost* ayudase a crear un movimiento LGBT más amplio y, básicamente, conectara entre sí a las personas que se identificaban como homosexuales. Hoy podrá parecer una idea sencilla, pero en aquella época percibimos nuestra

tarea como una movilización comunitaria en pos de la supervivencia. La revista también ayudó a muchas otras personas gay de la India a unirse y a formar sus propias organizaciones de base en cada comunidad.

¿De qué forma el VIH influyó inicialmente en la revista, y cómo lo hace hoy?

Cuando comenzamos con la publicación, la prioridad editorial para nosotros era el surgimiento del VIH, pero nos dimos cuenta de que muy pocas personas interesadas en la revista buscaban información sobre el virus y otras infecciones de transmisión sexual. La realidad era que muchos hombres buscaban formas de contactarse y entablar encuentros. A partir de esta realidad, y con la necesidad de hablar más sobre el VIH, formamos el Trust Humsafar, una organización comunitaria enfocada en la problemática de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Esta decisión nos permitió incrementar nuestra labor en el área de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

En la actualidad, aunque la revista de tanto en tanto se ocupa de cuestiones referidas al VIH, entre ellas, la importancia de protegerse y de negociar prácticas sexuales más seguras, la mayoría de nuestros lectores espera encontrar relatos sobre cultura popular. Ha habido una transición innegable, casi una saturación diría, con respecto a la conciencia del VIH; muchas personas directamente no quieren leer nada más sobre el virus. Así y todo, y pese a esta realidad, la revista aspira a promover un estilo de vida saludable.

¿Con qué dificultades se encontraron a la hora de publicar la revista?

El principal desafío fue y sigue siendo la financiación. A causa de la falta de apoyo publicitario y de la escasez de fondos en general, tuvimos que interrumpir la publicación en el 2002. Pero en 2009 la revista volvió a salir a la luz, con un nuevo diseño y una línea totalmente actualizada. Ahora abordamos más temas de cultura y entretenimiento, pero seguimos incluyendo noticias políticas y artículos de interés para la comunidad gay, como los derechos civiles y el matrimonio entre personas del mismo género.

El equipo que produce el *Bombay Dost* está formado íntegramente por voluntarios; todos tenemos otra ocupación de jornada completa. Aquí estamos por vocación, porque creemos en lo que la revista representa, y porque, pese a los escollos, seguimos enamorados de la idea del *Bombay Dost*.

Fuera del clóset en Nicaragua: abrir las puertas a la diversidad sexual

Entrevista a Hazel Fonseca, editora y directora ejecutiva de la Fundación Xochiquetzal



Fuera del clóset, publicada desde 1993, es la revista de la ONG Fundación Xochiquetzal. Se trata de la única publicación en toda Nicaragua dedicada a temas sobre la comunidad LGBT, las cuestiones de género, el VIH y la salud sexual y reproductiva. La revista ha cosechado una amplia red de lectores en todo el país y en la región, por sus notas especiales y su posición explícita sobre el sexo y la libertad sexual. Fue la primera publicación de Nicaragua que retrató abiertamente a una persona que vivía con el VIH, en 2003. Desde entonces, ha procurado dar un rostro humano a la epidemia del VIH en este país.

¿Qué significa "Fuera del clóset", el título de la revista, y qué temas incluyen en sus números?

El título no sólo se limita al acto de confesar la orientación sexual... Representa la necesidad de crear una mayor aceptación y un diálogo más amplio sobre la sexualidad en todos los aspectos de la vida, pública y privada. Desde el punto de vista editorial, enfocamos la sexualidad y otros temas afines desde un prisma neutral y científico, sin los prejuicios y las ideas preconcebidas que suelen acompañar las ideologías tradicionales sobre la sexualidad en Nicaragua.

Fuera del clóset también aspira a cambiar las ideas sobre el placer y la identidad sexual. Todo esto lo argumentamos a través de artículos científicos, investigaciones, encuestas, entrevistas y selecciones de poesía, pintura y fotografía, concebidas como expresiones de la comunidad LGTB.

¿Cuáles son las dificultades que hoy afronta la comunidad LGTB?

Los problemas son interminables, partiendo del simple hecho de vivir en América latina. Pese a que Nicaragua fue pionera en la región, al nombrar un defensor público para la diversidad sexual a cargo de proteger los derechos de la

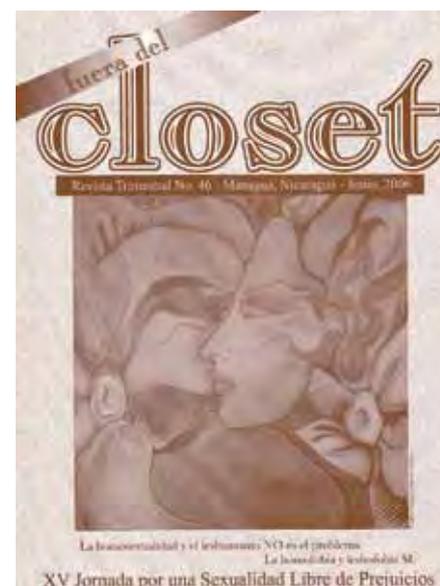
comunidad LGTB, seguimos necesitando que las demás carteras del gobierno concedan un tratamiento respetuoso a nuestro sector, y que se creen servicios de salud específicos para la comunidad LGTB. Tanto en Nicaragua como en los demás países de América central, nuestra comunidad vive en un permanente estado de violación de los derechos humanos.

¿Los medios masivos de comunicación tratan temas relacionados con la comunidad LGTB en Nicaragua?

En nuestro país, los medios no se ocupan de los movimientos por el derecho a la diversidad sexual ni de las cuestiones que afectan a los grupos LGTB. Uno de los principales diarios de Managua ha publicado algunos artículos donde expone en líneas generales la situación de los gays y lesbianas. La Fundación y otros grupos de la sociedad civil se han asociado con los medios para brindar asesoramiento terminológico y responder todas las solicitudes de información en torno a la sexualidad. A grandes rasgos, los medios de prensa nicaragüenses no son muy respetuosos con las personas que tienen una identidad sexual diferente.

¿De qué manera *Fuera del clóset* ha apoyado la respuesta al sida en su país?

La Fundación, a través de nuestra revista, fue la primera organización de Nicaragua que planteó la cuestión de las pruebas del VIH con un enfoque basado en los derechos civiles. También hemos publicado estudios sobre la prevalencia del VIH en poblaciones de mayor riesgo, así como artículos sobre los avances en el tratamiento. En general, *Fuera del clóset* ha contribuido a humanizar la epidemia demostrando que nadie es inmune al VIH y que las personas que viven con el virus pueden tener una existencia fructífera y significativa. En cada una de las iniciativas de *Fuera del clóset*, intentamos comunicar experiencias personales relacionadas con el VIH y con la diversidad sexual.



Fuera del Closet

Precio por ejemplar: gratis

Número de ejemplares: 60 (publicación trimestral)

fundacionxochiquetzal.org

24

La Ley y «los otros»

Una de las lecciones que aprendimos en estos treinta años fue que la exclusión sólo sirve para expandir la epidemia del VIH.

Muchos países tienen leyes o políticas que inhiben la respuesta al VIH: a menudo castigan, en vez de proteger, a las personas más vulnerables al virus, al estigma y a la discriminación o a los actos delictivos causados por el odio.

Los hombres pagan a Anna por sus servicios sexuales. Tiene 25 años y lleva a cabo su trabajo de forma clandestina. Esto la empuja a la marginación social y la expone a un mayor riesgo de violencia.

Jean vive en la calle y se inyecta drogas. No tiene acceso a servicios de salud ni a un techo seguro, y cada día es una lucha por la supervivencia.

George es camionero, y disfruta del sexo consentido con hombres. Cuando su comunidad se enteró, fue físicamente agredido y excluido como un paria social.

Anna, Jean y George (nombres ficticios) viven en sociedades que penalizan sus comportamientos. Esta situación se traduce en un mayor riesgo de exposición al VIH y los señala como una «amenaza moral» frente a las comunidades mayoritarias en que viven. Son «los otros».

Estas personas sufren un doble ultraje a sus derechos humanos y a su participación social: por un lado, la violación implícita causada por el estigma y los prejuicios; por el otro, la violación explícita que impone la ley. Aunque cada uno de ellos tiene mayor riesgo de contraer el VIH, son los que menos oportunidades tienen de acceder a información sobre el virus o de ser atendidos por los servicios públicos de salud.

Una de las lecciones que aprendimos en estos treinta años fue que la exclusión sólo sirve para expandir la epidemia del VIH. La intolerancia y la propensión al juicio moral conspiran contra el respeto a los demás y privan a las personas de su dignidad inherente.

La visión global

Muchos países tienen leyes o políticas que inhiben la respuesta al VIH; a menudo castigan, en vez de proteger, a las personas más vulnerables al virus, al estigma y a la discriminación o a los actos delictivos causados por el odio.

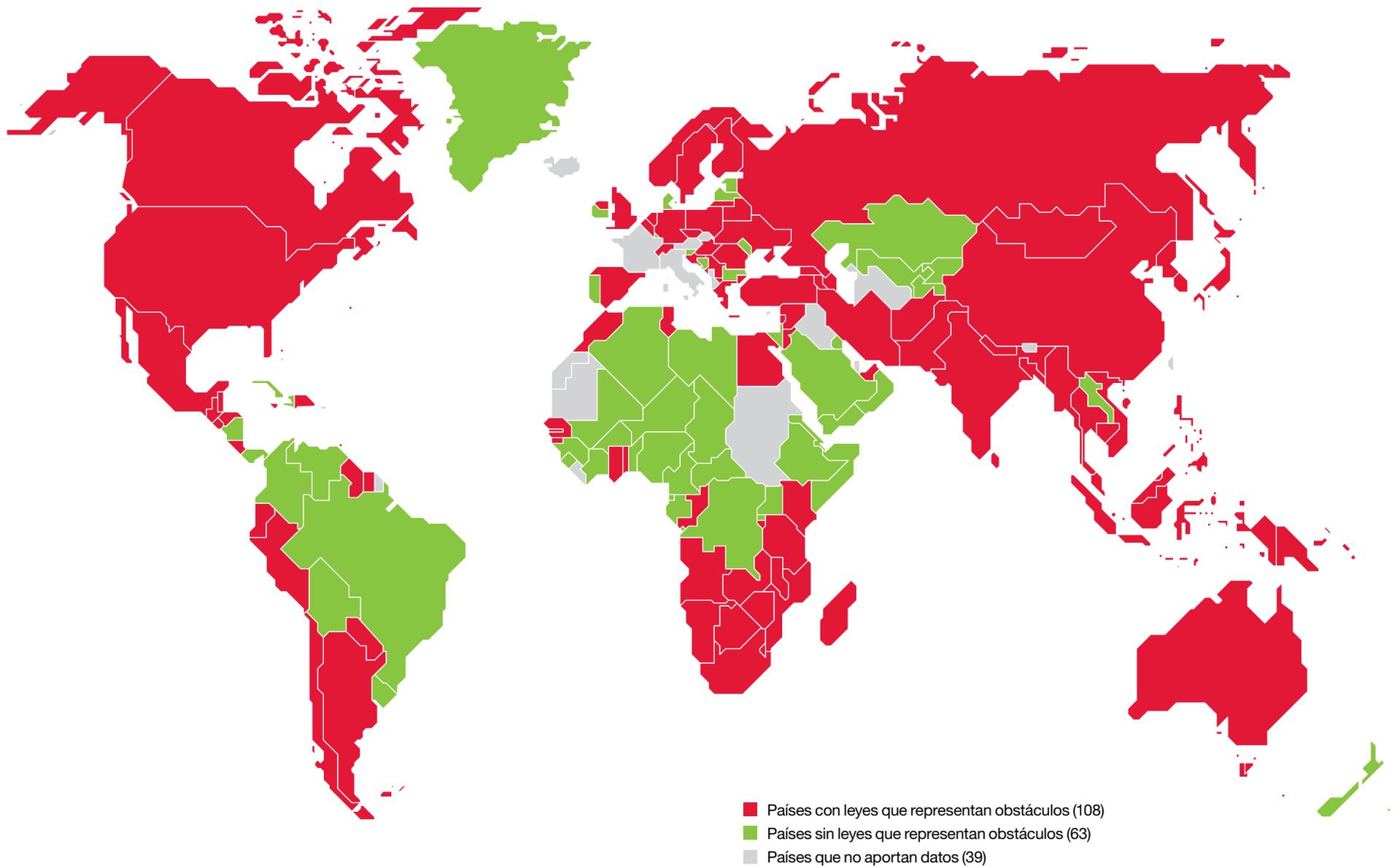
En el 2010, 106 países informaron tener leyes, reglamentaciones o políticas que obstaculizaban el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH a grupos poblacionales vulnerables. Más de cien países, regiones y territorios penalizan algún aspecto del trabajo sexual. Las relaciones homosexuales consentidas entre adultos son penalizadas en setenta y nueve países, en seis de los cuales son castigadas con la pena de muerte.

Justicia y moralidad

Según informa el Relator Especial de las Naciones Unidas, Anand Grover, en su informe 2010 para el Consejo de los Derechos Humanos, los países justifican la penalización de ciertos actos argumentando que esta medida permite proteger la decencia y la moral pública, o resguardar la salud del resto de la población.

El señor Grover explica que la penalización de las relaciones homosexuales consentidas entre adultos (junto con la orientación sexual y la identidad de género), el trabajo sexual y la transmisión del VIH tiene una repercusión negativa en la salud de las personas, aunque las leyes en torno a estas prácticas no estén en vigor o sean aplicadas en raras ocasiones. La legislación impide acceder a la salud pública a aquellos que incurren en comportamientos de riesgo; en algunos casos, porque el miedo a la persecución los disuade de acudir a los servicios médicos; en otros casos, porque el temor a ser juzgados los empuja a vivir en la clandestinidad, alejándolos de las campañas de difusión y apoyo.

Países con leyes, reglamentaciones o políticas que obstaculizan el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH a grupos poblacionales vulnerables.



Fuente: Informes sobre el Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) presentados por los países en el 2010

HECHOS

Aunque ello no ocasione ningún beneficio a la salud pública, 49 países, territorios o entidades imponen alguna forma de restricción al ingreso, la permanencia o la residencia de personas que viven con el VIH, sobre la base de su condición seropositiva.

HECHOS

Las relaciones homosexuales consentidas entre adultos son penalizadas en 79 países, en seis de los cuales son castigadas con la pena de muerte.

El Relator Especial informa que «el derecho penal en torno a la conducta homosexual consentida, la orientación sexual y la identidad de género a menudo viola diversos derechos humanos, entre ellos, el derecho a la salud». Asimismo sostiene que la penalización de determinados tipos de comportamiento priva a las personas de su dignidad y puede reducir su autoestima. Esta privación de recursos se traduce en un menor acceso a los servicios de salud, y, por consiguiente, un menor acceso a la prevención y el tratamiento del VIH.

La ley puede ser un instrumento no menos poderoso para proteger —en vez de perseguir— a las personas vulnerables: por ejemplo, garantizando la igualdad de derechos sucesorios a las mujeres y niñas, o protegiendo de la discriminación a los que viven con el VIH. Investigaciones llevadas a cabo en Kerala, India, han demostrado que las mujeres dueñas de propiedades sufren de menor violencia conyugal y están mejor facultadas para negociar prácticas sexuales más seguras, lo cual reduce potencialmente su vulnerabilidad frente al VIH. El informe también ha establecido que la precarización del derecho a la propiedad agrava el impacto del VIH.

El ONUSIDA reclama leyes protectoras y medidas que aseguren que todas las personas necesitadas se beneficien de programas del VIH y tengan acceso a la justicia, independientemente de su estado de salud, género, orientación sexual, y de su situación con respecto al consumo de drogas o al trabajo sexual.

Violación de derechos

Además de marginar a la gente, la legislación que prohíbe algunos de los comportamientos asociados a un mayor riesgo de exposición al VIH también transgrede los derechos de las personas.

Alrededor de 160 países han suscrito el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que estipula que las instalaciones, los bienes y los servicios sanitarios deben ser accesibles

para todos, especialmente para los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna. Estos países se han comprometido a adoptar medidas para proteger a los grupos vulnerables y marginados, a fin de resguardar su derecho a la salud.

Sin embargo, en distintos lugares del mundo se cometen violaciones a estos derechos. Maclean Kamyá, profesional del sexo y activista de los derechos humanos en Uganda, explica por qué, en su opinión, no existe el acceso universal a los servicios de salud.

—Cuando visitamos centros de salud, algunos trabajadores sanitarios nos dicen: «Pero tú te dedicas al trabajo sexual, y darte a ti la medicación antirretrovírica sería un desperdicio... ¿Por qué razón habríamos de darte el tratamiento? Más vale que lo destinemos a alguien que realmente lo necesite». Es una absoluta discriminación —opina en una entrevista con IPS África (International Press Service).

Cuando la exposición y la transmisión son penalizadas

En algunas partes del mundo, están surgiendo leyes preocupantes, que penalizan la exposición o la transmisión del VIH; esta tendencia regresiva anula los avances hacia un enfoque del VIH basado en los derechos humanos.

Semejante penalización no ha demostrado proporcionar ningún avance a la salud pública; por otro lado, estas leyes tampoco han tenido ningún efecto significativo en la conducta sexual ni en la reducción de los comportamientos de riesgo. Los expertos que trabajan en la respuesta al VIH coinciden en que la penalización es contraproducente para la salud pública, ya que desalienta a las personas a hacerse la prueba del VIH y afecta desproporcionadamente a las personas vulnerables.

A modo de ejemplo, una mujer que acude a un centro de salud sexual y reproductiva podría enterarse de que es seropositiva antes de saber si su esposo lo es, aunque lo cierto es que la propia consulta la expondría a ser sancionada legalmente por haber introducido el VIH en el matrimonio. Esto es lo que ha observado en Swazilandia Siphwe Hlope, quien además de vivir con el VIH ha fundado el grupo de apoyo «Suazis para una Vida Positiva».

—La gente cree que la enfermedad se origina en la mujer. ¿Por qué? Porque las mujeres son las primeras que se someten a las pruebas cuando acuden al hospital para dar a luz.

En 2009, en una convención de juristas celebrada en Sudáfrica, Edwin Cameron, juez de la Corte Constitucional de Sudáfrica, destacó que la «penalización es radicalmente incompatible con una estrategia de salud pública que busque alentar a las personas a averiguar su condición serológica con respecto al VIH».

La herencia del pasado

Muchos países están modificando leyes anacrónicas que discriminan a la población por su orientación sexual. En un juicio histórico conocido como la «Coalición Nacional para la Igualdad Gay y Lesbiana contra el Ministerio de Justicia y otros», el Tribunal Constitucional de Sudáfrica revocó tres leyes distintas sobre sodomía, recalando el derecho de todas las personas a la dignidad y a la igualdad, y concluyendo que la discriminación basada en la orientación sexual estaba prohibida por la Constitución sudafricana.

En 2010, en la República de Fiji se abolió una ley que penalizaba los actos sexuales entre personas del mismo sexo. En 2009, el Tribunal Superior de Delhi declaró inconstitucional el artículo 377 del Código Penal de la India. El Naz Foundation Trust

—organización no gubernamental india que ganó el juicio— alegó que al penalizar el sexo consentido y privado entre personas del mismo sexo, el artículo 377 perpetuaba las creencias negativas y discriminatorias hacia las prácticas homosexuales, instando a las actividades clandestinas y socavando las gestiones orientadas a la prevención del VIH.

El moralismo legal supone una amenaza para las respuestas justas y efectivas

En 2009, Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas, explicó claramente qué hacía falta para dar una respuesta justa y efectiva al VIH: —Las respuestas exitosas al sida no castigan a las personas; las protegen. [...] Debemos cerciorarnos de que las respuestas al sida se fundamenten en pruebas, no en ideologías, y que lleguen a las personas más afectadas y necesitadas.

—Exhorto a todos los países a eliminar las leyes, prácticas y políticas punitivas que atentan contra la respuesta al sida —dijo el señor Ban.

El moralismo legal impuesto por un Estado que se vale de su poder para imponer a la sociedad una moral colectiva genera el riesgo de dañar gravemente a las personas más vulnerables y marginadas, al no preservar sus derechos humanos.

En junio de 2010, se creó la Comisión Mundial sobre el Sida y la Legislación, con el objeto de elaborar recomendaciones viables, fundamentadas en pruebas y basadas en los derechos humanos, orientadas a dar respuestas efectivas al VIH, que promuevan y protejan los derechos de las personas que viven con el VIH y que son más vulnerables frente al virus.

Según la Comisión, «la verdadera constatación de una sociedad humanitaria se encuentra en su compromiso de proteger los derechos de las minorías».

Para hacer realidad la visión del ONUSIDA de reducir la discriminación a cero, el Programa Conjunto ha trazado una meta de cara al 2015: reducir a la mitad el número de países con leyes y prácticas punitivas en torno a la transmisión del virus, el trabajo sexual, el consumo de drogas o la homosexualidad, que atentan contra una respuesta efectiva al VIH.

25

Los preservativos y la prevención

Los preservativos son una parte esencial del cambio revolucionario hacia la prevención. Otros elementos fundamentales son el acceso a la información sobre el VIH, el acceso al tratamiento, las medidas para la reducción del daño, la postergación de la iniciación sexual, la fidelidad, la reducción en el número de parejas sexuales y de relaciones simultáneas, la garantía de los derechos humanos y la eliminación del estigma.

Los preservativos y la prevención



El preservativo de látex masculino —utilizado de forma correcta y sistemática— es la tecnología más eficaz actualmente disponible para reducir la transmisión sexual del VIH. Dado que en el mundo actual contraen el VIH más de siete mil personas por día, el ONUSIDA promueve el uso de preservativos masculinos y femeninos, además de otros métodos de prevención del VIH científicamente demostrados.

Introducción

Los programas eficaces de preservativos están destinados a la población general y a las personas con mayor riesgo de exposición al VIH, entre ellas, profesionales del sexo y sus clientes, personas que se inyectan drogas y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La población tiende a hacer un mayor uso del preservativo cuando lo obtiene de forma gratuita o lo adquiere a un precio altamente subvencionado. En 2009, los gobiernos donantes distribuyeron a los países en desarrollo 2.700 millones de preservativos masculinos y 29 millones de preservativos femeninos.

En los últimos años, los programas de prevención del VIH han mostrado resultados sustentados en mediciones objetivas. Entre el 2000 y 2008, por ejemplo, el índice de nuevas infecciones por el VIH descendió más del 25% en la población entre 15 y 24 años en 15 de los países más afectados de África subsahariana. Los descensos recientes en la incidencia del VIH se relacionan con importantes cambios de comportamiento; por ejemplo, el uso más frecuente de preservativos, la postergación del inicio sexual y la reducción en el número de parejas sexuales.

Sin embargo, la utilización del preservativo sigue siendo baja en muchas regiones. Según un reciente análisis de 23 países con datos comparables, sólo usaron preservativo el 28% de los hombres adultos y el 24% de las mujeres adultas con más de una pareja sexual en los 12 meses anteriores.

En escala mundial, el índice anual de nuevas infecciones por el VIH sigue superando la tasa de tratamientos eficaces. Se estima que por cada dos personas que contraen el virus, sólo una inicia la terapia antirretrovírica.

Entrevista a Aine Collier

¿Sabías que los condones han estado presentes en la vida, los amoríos y las cartas de la gente en todas las épocas? Aine Collier, autora de *The Humble Little Condom: A History*, recordó con **OUTLOOK** algunos momentos memorables de la historia del preservativo, desde el antiguo Egipto hasta nuestros días. Aine Collier es profesora asociada de Lengua Inglesa en la Universidad de Maryland.

¿Cuál es el origen de la palabra «condón» (en inglés, *condom*)?

Desconocemos su etimología. Hasta no hace muchas décadas, circulaba la leyenda de que el rey Carlos II de Inglaterra, con ánimo de proteger a sus ejércitos de las enfermedades, solicitó a su médico, el doctor Condom, que ideara algo para prevenir las infecciones. Aunque en ningún registro aparece documentada la existencia de un médico de ese nombre, se sabe que al menos algunos de los soldados de Carlos II practicaban el sexo seguro. De hecho, uno de los condones más antiguos que se han encontrado en estado intacto perteneció a un oficial del ejército real.

El origen probable del término remite al latín medieval: *condos* significa «preservación» y «receptáculo»; *conduma* significa «techado como una casa», y *cum dum* es la vaina con que se enfunda una espada, o el estuche impermeable en que se guardaban los emblemas de un regimiento militar.

¿Cuáles son las denominaciones más creativas del preservativo que has encontrado?

Forro, funda, *camisinha*, caucho, paracaídas, guante del amor, capuchita, profiláctico, globito,

goma, gomita, piloto, látex, cosito, poncho, jebe, gorrito... El humilde condón debe de haber tenido más eufemismos a lo largo de la historia que ningún otro objeto de uso cotidiano. Pero posiblemente los más ingeniosos hayan sido los franceses, a fines del siglo XIX. Los parisinos podían elegir entre le porc-épic (el puerco espín), le conquerant (el conquistador), le corcorico (el quiquiriquí) o *le sainte-nitouche* (la mosquita muerta).

Antes de que los preservativos empezaran a producirse de forma masiva en el siglo XX, ¿la gente los fabricaba en forma casera?

Antes del siglo XX, efectivamente, los condones se hacían de forma artesanal. Hablamos de una industria doméstica, ya que la mayoría de los fabricantes de condones utilizaban materias primas de sus cocinas. En 1824, se halló esta «receta» impresa en tamaño afiche, probablemente distribuida por un nutrido grupo de defensores del control de la natalidad en algunas de las principales ciudades de los Estados Unidos:

Los condones comunes se hacen con tripa de cordero remojada en agua durante varias horas; se vuelve la tripa de adentro hacia afuera y se la macera nuevamente en una solución débil alcalina que deberá renovarse cada doce horas; luego se raspa con cuidado para eliminar la membrana mucosa, dejando sólo la capa peritoneal y muscular; se la expone a vapores de azufre, se lava con agua y jabón y se deja secar inflada, tras lo cual se corta en tiras de 17 a 20 centímetros, que se cierran por un extremo con un cordón.

¿Y los colores tradicionales de los cordones? Azul y rosa, para complacer el gusto femenino.

Los preservativos y la prevención

Un recorrido por la ruta del condón Compilado por Aine Collier y el ONUSIDA

1350-1200 a. C.

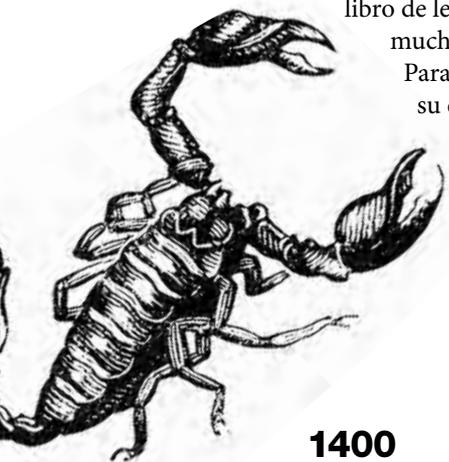
En la duodécima dinastía del antiguo Egipto, los hombres se cubren el glande con un condón hecho de vejigas o tripas de animales. Esos preservativos, que sólo cubren la cabeza del pene, se inspiran en los taparrabos tradicionales que usan los obreros. Las mujeres utilizan pesarios, versión antigua del preservativo femenino.



200 d. C.

La historia del rey Minos, narrada en un libro de leyendas griegas, describe los muchos amoríos del monarca.

Para vengarse de su infidelidad, su esposa lo maldice haciendo que el semen del rey se infeste de serpientes y escorpiones. De modo que el rey utiliza condón... ¡para proteger a sus amantes de las alimañas!



1400

Los chinos de la clase adinerada que contratan servicios de trabajadoras sexuales utilizan *yin-chia* —condones hechos de seda, cordero y tripa— como medida de higiene y para el control de la natalidad. Los japoneses usan *kawagata* (literalmente, «funda para el pene»), primero como método de anticoncepción y, después, para prevenir enfermedades.



1550

El anatomista italiano Gabriele Fallopius, descubridor de las trompas de Falopio, recluta a mil hombres para poner a prueba su «nuevo» invento: un condón

de lino embebido en una solución de lejía. Espera que sirva para prevenir el contagio de la sífilis, una epidemia mortal en esa época. Falopio declara que los condones son un gran éxito tras ver que ninguno de sus voluntarios ha contraído la infección.

1655

En la corte real de Luis XIV, se consagra como lectura de moda la novela *L'Escole des Filles*, conocida en español como *La filosofía de las damas*. Es el primer libro que hace mención al preservativo.



1666

La Comisión de Natalidad de Inglaterra atribuyó al uso de «condones» la reciente disminución de la tasa de fertilidad del país.

1708

El primer poema dedicado al preservativo, *Almonds for Parrots* (Almendras para los loros), parodia la «feliz invención» que «sacia la Fuego de Venus preservando la Llama del Deseo del Amor». Se desconoce la identidad de su autor.



1750

El aventurero y legendario seductor veneciano Giacomo Casanova utiliza preservativos para no dejar embarazadas a sus amantes. Los llama «capotes ingleses».

1783

The Classical Dictionary of the Vulgar Tongue o Diccionario clásico de la lengua vulgar, publicado en Inglaterra, define el preservativo como «*cundum*, tripa seca de cordero usada por los hombres en el acto del coito para prevenir las infecciones venéreas. Su invención se atribuye a un tal Coronel Cundum». Es la primera vez que la palabra aparece en un diccionario.

1837

El inventor norteamericano Charles Goodyear descubre la vulcanización del caucho, proceso que permite convertir el caucho natural en un material elástico y durable. Goodyear acuña el término *rubber*, «caucho» para describir a los preservativos hechos a partir de esta sustancia. El eufemismo se instala en el lenguaje hasta el día de hoy.



1860

Durante la guerra civil de los Estados Unidos, a los soldados confederados y a los de la Unión se les permite adquirir preservativos a empresas que operan por correo.



1873

Los Estados Unidos promulgan la Ley Comstock, una disposición federal que prohíbe el envío de materiales «obscenos, lascivos o lujuriosos» por correo, incluidos métodos de anticoncepción.

1912

El químico alemán Julius Fromm desarrolla una nueva técnica mejorada para producir condones por inmersión, que permite fabricar preservativos más delgados y sin costura. Fromm patenta su invento en 1916.



1914 – 1918

Durante la primera guerra mundial, los Estados Unidos son el único país que no provee condones a sus soldados en Europa ni fomenta su utilización. Los índices de sífilis y de otras enfermedades de transmisión sexual son muy elevados entre los soldados norteamericanos.

1920

Por accidente, unos investigadores descubren el látex, caucho suspendido en agua, mientras buscan un método para producir guantes quirúrgicos de fino espesor. Frederick Killian, un fabricante de condones de Ohio, es el primero que emplea el nuevo material.

1926

Frederick Killian crea la primera línea industrial para la producción de condones. Los preservativos de látex tienen mejor recepción que los de caucho entre los consumidores: son más resistentes, más finos y tienen una fecha de caducidad más prolongada.

1930 – 1931

En la Conferencia de Lambeth de 1930, la Comunión Anglicana admite el control de la natalidad en parejas casadas. La Iglesia Católica Romana responde con la encíclica *Casti Connubii*, donde establece su oposición a todos los métodos de control de la natalidad.



1939 – 1945

Durante la segunda guerra mundial, el gobierno de los Estados Unidos promueve activamente la utilización del preservativo en sus soldados por medio de pósters, películas y conferencias. Los países asiáticos y europeos de ambos ejes también proveen preservativos a sus combatientes.

1957

El fabricante británico Durex presenta el condón lubricado.



1955 – 1965

En los Estados Unidos, el 42% de la población en edad reproductiva usa preservativos para el control de la natalidad.

1965

El presidente norteamericano Lyndon B. Johnson anuncia que su país apoyará la promoción de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo. Así comienza la exportación de preservativos fabricados en los Estados Unidos en concepto de ayuda al exterior.

1970

Italia e Irlanda revocan leyes que prohíben el uso de métodos anticonceptivos. Hasta ese momento, los preservativos eran objeto de contrabando: los funcionarios de aduana de Irlanda confiscaban millones de preservativos que entraban ilegalmente desde Gran Bretaña, y los italianos bien informados los hacían traer de Francia.



1980

Con la propagación de la epidemia de sida en los años ochenta, se lanzan campañas para promover el uso de preservativos en toda Europa y en América del Norte, pese a la oposición de figuras políticas y religiosas. La Swiss AISD Foundation (Fundación Suiza del Sida) produce su propia marca de preservativos, *Hot Rubbers*, destinada a hombres homosexuales.

1988

Charles Everett Koop, Director General de Sanidad de los Estados Unidos durante el mandato del presidente Ronald Reagan, adopta la medida sin precedentes de enviar por correo a todos los hogares del país el folleto *Comprender el sida*. Activistas religiosos, ofuscados porque el material recomienda el uso del preservativo, solicitan la renuncia de Koop.

1991

El Consejo Británico de Seguridad insta a la primera Semana Nacional del Preservativo. Su eslogan: «Ponte algo ceñido, seguro y sensual».



1993

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos aprueba un preservativo femenino hecho de poliuretano.

1994

Joycelyn Elders, Directora General de Sanidad de los Estados Unidos, agita la polémica al declarar ante las Naciones Unidas, con ocasión del Día Mundial del Sida, que su país no está aprovechando el medio de comunicación más poderoso, la televisión, para educar a las personas sobre el sida. «Nuestro país, en realidad, aún no se ha comprometido», declara.

2005

Pese a que en los EE. UU. se gastan millones de dólares en educar a la población sobre prácticas sexuales seguras, hasta el 2005 no pueden verse por televisión anuncios de preservativos antes de las once de la noche.



2006

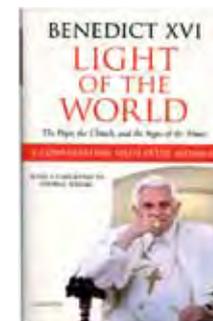
Las Filipinas, último bastión de Asia contra el preservativo, finalmente legaliza su uso. Las ventas de preservativos superan todos los cálculos.

2009

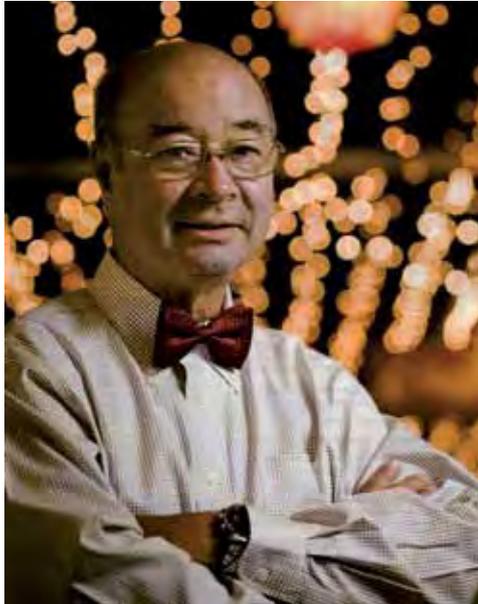
Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, los gobiernos donantes distribuyen 2.700 millones de preservativos masculinos y 29 millones de preservativos femeninos a los países de ingresos bajos y medios.

2010

En un libro titulado *Luz del Mundo. El Papa, la Iglesia y los signos de los tiempos. Una conversación con Peter Seewald*, Benedicto XVI parece ablandar la posición del Vaticano con respecto al preservativo. Cuando el entrevistador le pregunta si la Iglesia Católica en principio no se opone a la utilización del preservativo, el Papa responde: «El Vaticano, desde luego, no lo considera una solución real ni moral, pero, en ciertos casos, con ánimo de reducir el riesgo de infección, puede contemplarse un primer paso en una dirección distinta, una manera más humana de vivir la sexualidad».



El «Rey del Condón» Mechai Viravaidya



El activista y líder de opinión Mechai Viravaidya es el más prominente defensor del sexo seguro y de la planificación familiar en Tailandia. Junto al gobierno tailandés y a su arraigada organización ciudadana, la Asociación para el desarrollo de la Población y la Comunidad (PDA), el señor Viravaidya —a quien todos llaman, afectuosamente, el «Señor Condón»— puso en marcha con éxito un movimiento que permitió reducir la tasa de natalidad de su país mediante la distribución comunitaria de anticonceptivos orales y de preservativos. Entre 1974, cuando se fundó la PDA, y el 2000, el crecimiento demográfico de Tailandia cayó del 3,3% al 0,5%.

Después de ocuparse eficazmente de las necesidades inmediatas del país en materia de planificación familiar, el señor Viravaidya y la PDA se enfocaron en otros problemas relacionados con la salud y el desarrollo, como la educación sobre el VIH y su prevención. Como ministro tailandés a comienzos de los noventa, Viravaidya fue el principal arquitecto del Plan Nacional de Respuesta al Sida, que, en ese momento, representó la respuesta nacional más completa a la epidemia de todo el continente asiático.

En reconocimiento a su labor precursora en la prevención del VIH y la planificación familiar, en 2007 la organización PDA fue galardonada con el Premio Gates a la Salud Mundial, conferido por la Fundación Bill y Melinda Gates. En los últimos 30 años, el señor Viravaidya ha recibido otras distinciones, como el Premio Ramón Magsaysay (1994), el Premio de Población de las Naciones Unidas (1997) y el Premio Príncipe Mahidol (2009). En el 2010, el señor Viravaidya fue designado miembro de la Comisión de Alto Nivel sobre la Prevención del VIH de ONUSIDA

OUTLOOK habló con el señor Viravaidya sobre su emprendimiento social, «Coles y Condones», el compromiso de la juventud con la prevención del VIH, y otros temas.

Entrevista al «Rey del Condón»

¿Qué estrategias utilizó en los años setenta para distribuir el preservativo ampliamente en todo el territorio de su país?

Nos cercioramos de que hubiera preservativos en cada aldea y en cada tienda. Repartimos condones en la vía pública. Organizamos campeonatos de inflado de preservativos para más de doscientos 250.000 maestros de escuelas rurales. Inflamos preservativos y los usamos como globos y testigos en carreras de relevos. Entregamos condones en las paradas de autobús, en estaciones, en puestos de peaje... Con nuestra campaña de distribución llegamos a toda clase de actos, salvo a los funerales.

Quisiera destacar que, hasta ese momento, los preservativos eran un símbolo de planificación familiar, pero distaban de ser el principal método anticonceptivo utilizado por la gente. Con una amplia ventaja, el método más usado era la píldora, seguida del dispositivo intrauterino (DIU) y de la esterilización. Los preservativos se utilizaban esporádicamente, como segunda opción. Y sin embargo, fueron muy importantes porque nos permitieron hacer que la población pensara en la planificación familiar y hablara de anticoncepción.

¿A los tailandeses les fue fácil adoptar el preservativo o se mostraron reacios a las campañas?

Nos llevó bastante tiempo... Pero decidimos recurrir al humor en nuestro enfoque. Presentamos el preservativo como algo divertido, distendido, fácil de conseguir en cualquier lugar. Por ejemplo, decíamos: «Si tus intenciones son limpias, el preservativo que utilices también lo será. Al igual que una pelota de tenis, está hecho de caucho de los árboles. Si una pelota de tenis no te causa pudor, ¿cómo podrías avergonzarte de un preservativo, que tiene mucho menos caucho?».

¿Qué políticas recomendó al gobierno de Tailandia en los noventa para disminuir la tasa de nuevas infecciones por el VIH?

Cuando asumí la titularidad del Ministerio de Turismo, Información y Comunicaciones, en 1991, dije al Primer Ministro que necesitábamos poner el sida en el centro de todos nuestros programas. Ninguna otra cosa sería útil si no

lográbamos detener la epidemia de sida. Le dije que el sida no era un problema de salud, sino una cuestión social y de desarrollo, y que debíamos dar cabida a todas las personas que pudieran promover un cambio de actitud y de comportamiento.

Es más, pedí al Primer Ministro que él mismo presidiese el Plan Nacional de Respuesta al Sida. Todas las instituciones debían involucrarse en esta contienda, tanto en el ámbito religioso como en los negocios y la educación. Por eso, pedimos a cada empresa que nos ayudara a capacitar a sus empleados sobre la prevención del VIH. Incluso llegamos a plantearles: «El personal muerto no trabaja, y los clientes muertos no compran». Así conseguimos que todo el país nos apoyara.

¿Puede hablarnos sobre su cadena de restaurantes «Coles y condones»? ¿Qué obstáculos y triunfos ha cosechado desde su lanzamiento?

Nadie puede vivir eternamente de la generosidad ajena. Hasta los grandes imperios declinan. Necesitábamos recursos para apoyar las actividades de nuestra organización, y sabíamos que debíamos generarlos por nuestros propios medios. Así que, hace treinta y cinco años, iniciamos un emprendimiento social cuyas ganancias se destinarían a fines benéficos, como la planificación familiar, el sida, la educación, el medio ambiente, la igualdad de género, los derechos humanos, la lucha contra la pobreza... Generamos una base financiera independiente y, hasta el día de hoy, el 70% de todos nuestros gastos de funcionamiento son cubiertos con nuestras propias actividades sociales.

«Coles y condones» figura en todas las guías de turismo. Atendemos a 300 comensales por noche. No cerramos jamás. Asimismo, los restaurantes son lugares donde la gente se siente a gusto en un entorno temático sobre el preservativo... Fíjate aquí los hay en cada rincón: tenemos preservativos de Tiger Woods, preservativos de Papá Noel... Aprovechamos cada posibilidad para divulgarlos en todos sus formatos.

Tenemos 17 restaurantes en Tailandia, dos en Japón y uno en Inglaterra. Y nos gustaría contar con más recursos para expandir el negocio.

¿A qué edad es conveniente que los jóvenes adquieran conocimientos sobre el preservativo y las relaciones sexuales seguras?

Los niños pueden conocer la existencia del preservativo desde los cuatro o cinco años, como si fueran globos, para que su primera impresión sea ligera y divertida. En nuestro restaurante, los

niños pueden inflar preservativos y jugar con estos globos, como diversión. Mis propios nietos, que tienen cinco años, son jóvenes embajadores del condón.

El preservativo debe ser el mejor amigo de las jovencitas, como remedio de salvación. Hay otras cosas que deberían darnos miedo, como las armas, los tanques, los aviones de guerra... pero ¡cómo temer a un preservativo! Mis nietos los regalan todo el tiempo. Cuando, el año pasado, Bill Gates estuvo aquí, le regalé condones.

¿Cómo podemos conseguir que más jóvenes participen en este movimiento revolucionario por la prevención del VIH?

Los jóvenes son quienes mejor pueden explicarse unos a otros las formas de prevención del VIH. Así que trabajamos con muchas organizaciones juveniles; en particular, los consejos estudiantiles de todas las escuelas de Tailandia. Les pedimos que organicen actividades de capacitación y les asignamos un presupuesto. De esa forma, los jóvenes nos ayudan a promover la planificación familiar, las relaciones sexuales seguras y la prevención del VIH. Hoy en día, contamos con preservativos juveniles de atractivos colores, diseñados por y para ellos.

Algunos argumentan que se exagera la eficacia del preservativo como método de prevención del VIH. ¿De qué manera refuta estas críticas?

Sabemos la verdad. ¿Para qué molestarnos por lo que dice esta gente? Si tuvieran más conocimientos sobre investigación en el tema, no dirían semejante barbaridad. A excepción de la abstinencia total, el preservativo es la mejor defensa que en este momento poseemos contra el VIH.

Este mes de junio, los líderes del mundo tendrán oportunidad de congregarse en la Reunión de Alto Nivel sobre el Sida, en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas. ¿Qué mensaje quisiera transmitirles sobre el estado mundial de la epidemia de sida?

¡Hagan más! Un líder no es líder si no hace nada por evitar que la gente muera. Cada primer ministro, cada presidente del mundo debería liderar el movimiento para evitar nuevas infecciones por el VIH. Pues lo cierto es que han muerto más personas a causa de este virus que soldados de ambos bandos durante la segunda guerra mundial. El VIH es un problema prioritario, y tenemos que resolverlo.

Todos los líderes del mundo deberían comprometerse... o ir pensando en renunciar.

Un líder no es líder si no hace nada por evitar que la gente muera.

26

El sexo y las drogas

Las personas que se inyectan drogas, los profesionales del sexo y las personas que contratan servicios sexuales son algunos de los grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de infección por el VIH. Sólo el 32% de los consumidores de drogas inyectables tienen acceso a servicios de prevención, cifra que asciende al 47% en el caso de los profesionales del sexo. Esto significa que muchas personas no saben cómo protegerse del elevado riesgo que genera su comportamiento con respecto al VIH.

Allí donde se han implementado servicios amplios para los profesionales del sexo y los consumidores de drogas inyectables, se ha comprobado que son menos las personas que contraen la infección. Pero, ¿qué se entiende por «servicios amplios»?

Paquete de servicios amplios en torno al VIH para las personas que se inyectan drogas

Programas de agujas y jeringas estériles
Según los expertos, el acceso a programas de agujas y jeringas estériles permite reducir visiblemente la transmisión del VIH; en algunos casos, la disminución se sitúa entre el 33% y el 42%.

Terapia de sustitución de opiáceos y otros tratamientos para la dependencia a las drogas
La terapia de sustitución de opiáceos es muy eficaz para reducir el uso de drogas inyectables que exponen a los usuarios a un mayor riesgo de contraer el VIH. También se ha demostrado que mejora el acceso y la observancia del tratamiento del VIH, y, por lo tanto, reduce la mortalidad a causa del sida.

Asesoramiento y pruebas del VIH
En el caso de las personas que se inyectan drogas, facilitar su acceso al asesoramiento sobre el VIH y a las pruebas de detección del virus las ayuda a estar informadas sobre su condición serológica, sobre el VIH y sobre las formas de prevención, y les permite recibir tratamiento y atención en relación con el virus.

Tratamiento del VIH
Los consumidores de drogas inyectables tienen menos acceso al tratamiento del VIH que las personas que no se inyectan. Se ha demostrado que las personas que se inyectan drogas pueden seguir eficazmente el tratamiento y beneficiarse de la terapia antirretrovírica.

Atención sanitaria, incluida la salud sexual
Al permitir que los consumidores de drogas inyectables tengan acceso a servicios médicos generales, es posible atender sus otras necesidades de salud, y ayudarlos a prevenir y a tratar infecciones de transmisión sexual. Acceder a una correcta nutrición, buenas instalaciones sanitarias y agua potable también es fundamental para tener una vida saludable.

Productos básicos para la prevención del VIH
La transmisión sexual del VIH se reduce en las personas que se inyectan drogas y en sus parejas sexuales cuando se facilita su acceso a los preservativos. El preservativo, utilizado de forma correcta y sistemática, reduce en un 90% el riesgo de contraer el VIH.

Información, educación y comunicación
Es necesario que las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales reciban información sobre el VIH y sobre sus métodos de prevención.

Vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C
Cuando los programas del VIH destinados a usuarios de drogas inyectables incluyen planes de vacunación contra la hepatitis C, ayudan a prevenir la diseminación de otros virus de transmisión sanguínea.

El VIH y la tuberculosis
Las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH tienen el sistema inmunológico debilitado; por lo tanto, están expuestas a un mayor riesgo de contraer tuberculosis, una enfermedad potencialmente mortal. El paquete de servicios amplios en torno al VIH para las personas que se inyectan drogas también debe incluir la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.

«Aun en lugares donde se han implementado servicios, como en Nepal, estos no siempre están disponibles. A veces consigo agujas estériles, pero otras no. Particularmente, los días festivos.»

«Lo más gracioso es que, en nuestro país, el Ministerio de Sanidad distribuye agujas y jeringas, pero después el Ministerio del Interior viene y nos arresta por tener agujas encima.»

«Estoy contento de tener acceso al tratamiento con metadona, pero no hay un centro sanitario donde pueda solicitar atención por otras infecciones y enfermedades relacionadas. Muchos consumidores de droga ni siquiera pueden acceder a la metadona.»

«Como consumidor de drogas, mi sociedad me ha abandonado por completo. Hasta un perro callejero tiene más valor y dignidad que un ser humano que consume drogas. Continuamente soy discriminado por los servicios de salud.»



Bijay Pandey
Líder de una organización de Nepal para consumidores de drogas



Jamil Ahmed
Consumidor de drogas y miembro de Procheshta, un grupo de autoayuda de Bangladesh

Paquete de servicios amplios en torno al VIH para los profesionales del sexo

Cambio social

Es necesario adoptar iniciativas para eliminar las barreras estructurales; entre ellas, las políticas, leyes y prácticas instituidas que impiden a los profesionales del sexo acceder a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. El acceso al empleo permite que las personas tengan otros medios de subsistencia fuera del trabajo sexual.

Erradicar la discriminación

Hacen falta programas y políticas que tiendan a eliminar la violencia, el maltrato y la discriminación contra las personas que se dedican al trabajo sexual.

Información, educación y comunicación

La información sobre el VIH destinada a los profesionales del sexo y a sus clientes ayuda a evitar la transmisión del virus.

Productos básicos en la prevención del VIH

El acceso a preservativos femeninos y masculinos de alta calidad, y lubricantes de base acuosa para los profesionales del sexo reduce la transmisión sexual del VIH. El preservativo, utilizado de forma correcta y sistemática, reduce en un 90% el riesgo de contraer el VIH.

Asesoramiento y pruebas del VIH

Es fundamental asegurar que los profesionales del sexo tengan acceso al asesoramiento sobre el VIH y a las pruebas de detección del virus, todo ello acompañado del tratamiento, apoyo social y atención para aquellos profesionales del sexo que resulten ser seropositivos.

Atención primaria de la salud

Todos los profesionales del sexo deben tener acceso a una atención primaria de salud de alta calidad, que incluya el tratamiento de la tuberculosis y servicios de salud sexual y reproductiva, con especial hincapié en las infecciones de transmisión sexual. Una atención prenatal eficaz debe incluir prestaciones para evitar la transmisión maternoinfantil del VIH. Acceder a una correcta nutrición, buenas instalaciones sanitarias y agua potable también es fundamental para tener una vida saludable.

Reducción de la dependencia del alcohol y las drogas

El acceso a programas de reducción de los daños relacionados con el alcohol y las drogas, que incluyan jeringas y agujas estériles y terapia de sustitución de opiáceos para los profesionales del sexo que además se inyectan drogas, disminuye los comportamientos de riesgo asociados a la infección por el VIH.

Protección social

Los servicios de bienestar social, como los mecanismos de apoyo social a hogares vulnerables, reducen las probabilidades de que las personas se introduzcan en el trabajo sexual y adopten otros comportamientos que incrementan el riesgo de infección por el VIH.

Fuentes: OMS, UNODC y ONUSIDA

«Si una mujer es víctima de malos tratos en la calle, intervienen la gente y la policía. Pero si se trata de una profesional del sexo, nadie se acerca a defenderla, ni los transeúntes ni las fuerzas de seguridad.»»



Elena

Profesional del sexo de Ucrania

«Los trabajadores sanitarios a menudo violan la confidencialidad revelando tu situación de salud o, directamente, rehúsan brindarte atención médica si sospechan que eres profesional del sexo.»»

«La tarea más importante para protegernos del VIH es cambiar la conducta sexual y la actitud de los clientes varones, que deben aprender a utilizar preservativos en sus encuentros sexuales, a fin de evitar la transmisión del VIH.»»



Rehena Akhtar

Profesional del sexo de Bangladesh

«Muchos profesionales del sexo estamos expuestos a la violencia física en las calles. Cuando presentamos denuncias, por lo general son ignoradas por la naturaleza de nuestro trabajo.»»



Miriam Edwards

Profesional del sexo que ha creado en Guyana una alianza caribeña de profesionales del sexo

27

El acceso universal

Hace una década, había una división muy profunda y tajante entre los que tenían y no tenían acceso al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Hoy, esa brecha se está cerrando. Y lo que alguna vez fue un sueño, está haciéndose realidad en muchos países del mundo gracias a las ambiciosas metas trazadas con respecto al acceso universal.

Tras la meta del acceso universal

En años recientes, los países, asociados y comunidades han reconocido la necesidad de atender los complejos desafíos de desarrollo inherentes a la respuesta a la epidemia de VIH. En 2005, el Grupo de los Ocho países más industrializados (G8) acordó el primer compromiso de lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH:

«Tras la meta de una primera generación libre de sida en África, reduciendo significativamente las infecciones por el VIH y colaborando con la OMS, el ONUSIDA y otros organismos internacionales, trabajaremos para desarrollar e implementar un paquete destinado a la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH, acercándose lo máximo posible al objetivo de brindar acceso universal al tratamiento a todas las personas que lo necesiten, de hoy al 2010».

Lograr la meta del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH significa cerrar la brecha entre aquellos que reciben atención médica y los que no tienen acceso a ella, asegurando la disponibilidad de servicios más equitativos, accesibles y completos en relación con el VIH. Con posterioridad, dicho compromiso fue refrendado por los gobiernos, en la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2006. Dadas las diferencias sustanciales que caracterizan la epidemia de VIH a lo largo y a ancho del mundo, se han establecido prioridades con respecto a la naturaleza de la epidemia, considerando el nivel de prevalencia del VIH en cada región específica y si la epidemia es generalizada o se concentra en personas con un mayor riesgo de contraer la infección, como los consumidores de drogas inyectables o los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Se han logrado avances significativos hacia la meta del acceso universal en todo el mundo.

- Más de la mitad de las mujeres embarazadas seropositivas en países de ingresos bajos y medios han recibido medicamentos antirretrovíricos para impedir la transmisión materno-infantil del VIH. Estos programas han contribuido notablemente a disminuir el número de recién nacidos infectados por el VIH y a reducir de manera visible la mortalidad en niños menores de 15 años.
- Desde 2004, el acceso al tratamiento ha aumentado trece veces. A finales de 2010, más de seis millones de personas accedían a la terapia antirretrovírica como medida para prolongar su vida, en comparación con los 5,2 millones que lo hacían a finales de 2009.
- A raíz de este incremento en el acceso al tratamiento y a los servicios de atención y apoyo para las personas seropositivas, la mortalidad anual relacionada con el sida ha disminuido de manera sostenida, desde el máximo de 2,1 millones alcanzado en 2004 a los 1,8 millones estimados durante el 2009.
- También ha habido mejoras en los programas destinados a prevenir la transmisión sexual. Once países, incluidos Botswana, la India y Sudáfrica, informaron que el 75% o más de los hombres o las mujeres utilizaron preservativo en su última relación sexual de riesgo.

Ficha descriptiva

UCRANIA ::::::::::::::::::::



SEGURIDAD HEMATOLÓGICA
No se informan datos



LOGROS DESTACADOS

El 87% de las personas que se inyectan drogas informaron haber usado material estéril la última vez que se inyectaron.

La proporción de personas que comenzaron a inyectarse drogas en los últimos dos años y que adquirieron la infección por el VIH (y que, por tanto, tienen más probabilidades de representar contagio reciente antes que infección contraída con anterioridad) disminuyó de un máximo del 30% en 2004, al 11% en 2008.

El 88% de los profesionales del sexo informaron haber usado preservativo con su último cliente.



Muertes relacionadas con el sida: ascendieron de 13.000 en 2001 a 24.000 en 2009.

Número de nuevas infecciones por el VIH (ascendente o descendente): ascendente.

Estimación de acceso al tratamiento: 10%*



PRINCIPALES DESAFÍOS:

Se cree que entre el 39% y el 50% de las personas que se inyectan drogas viven con el VIH.

El 58% de los profesionales del sexo están participando en programas de prevención del VIH.

En el último curso académico, el 59% de las escuelas proporcionaron educación sobre el VIH basada en competencias esenciales para la vida.

CAMBOYA ::::::::::::::::::::



SEGURIDAD HEMATOLÓGICA
100%



LOGROS DESTACADOS

El 96% de los profesionales del sexo informaron haber usado preservativo con su último cliente en 2007. En el 2009, el porcentaje aumentó al 99%.

El 86% de los hombres informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron sexo anal con una pareja sexual masculina en 2009.



Muertes relacionadas con el sida: disminuyeron de 7.400 en 2001 a 3.100 en 2009.

Número de nuevas infecciones por el VIH (ascendente o descendente): descendente.

Estimación de acceso al tratamiento: 94%*



PRINCIPALES DESAFÍOS:

Porcentaje de escuelas que brindaron educación sobre el VIH basada en competencias esenciales para la vida en el último curso académico: 26% en 2007 y 34% en 2009.

El 42% de las mujeres embarazadas se hicieron la prueba del VIH en 2009.

El 45% de los recién nacidos de mujeres seropositivas reciben tratamiento para evitar la transmisión maternoinfantil.

COSTA RICA ::::::::::::::::::::



SEGURIDAD HEMATOLÓGICA
100%



LOGROS DESTACADOS

En los últimos dos años, no se ha registrado ningún caso de transmisión maternoinfantil del VIH.

El 100% de las personas que viven con el VIH y padecen tuberculosis reciben tratamiento para ambas infecciones.

El 100% de las escuelas brindaron educación sobre el VIH basada en competencias esenciales para la vida en el último curso académico.

El porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que tienen acceso a programas de prevención del VIH creció del 26% en 2007 al 64% en 2009.



Muertes relacionadas con el sida: ascendieron de menos de 100 en 2001, a menos de 500 en 2009.

Número de nuevas infecciones por el VIH (ascendente o descendente): ascendente.

Estimación de acceso al tratamiento: 68%*



PRINCIPALES DESAFÍOS:

El porcentaje de profesionales del sexo que informaron haber usado preservativo con su último cliente disminuyó del 92% en 2007 al 89% en 2009.

El 49% de los profesionales del sexo se hicieron la prueba del VIH en los últimos doce meses.

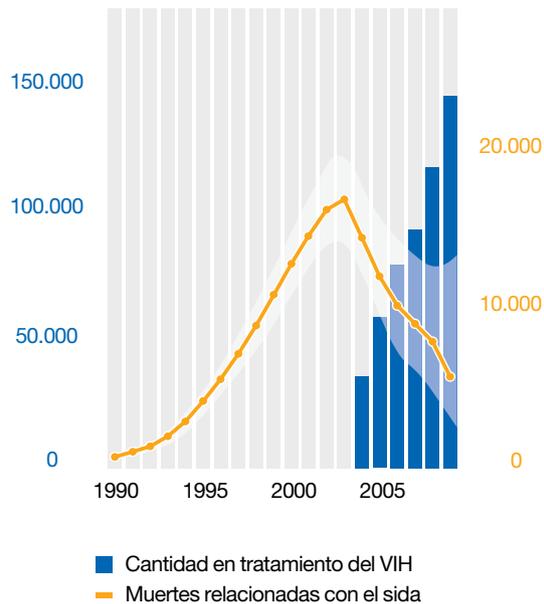
Fuentes: Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de Sida 2010.

* Fuente: OMS: Hacia el acceso universal. Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados de 2010.

El acceso universal

Tratamiento y atención

Expansión de la terapia antirretrovírica para hacer frente a la mortalidad causada por el sida



BOTSWANA: BREVE ESTUDIO

Perspectiva de la epidemia del VIH

Botswana sigue padeciendo una de las epidemias de VIH más graves del África subsahariana: en 2009, 320.000 personas vivían con el virus, sobre una población inferior a los dos millones de habitantes. En el 2000, la esperanza de vida de Botswana era de 50 años para ambos sexos a causa de la epidemia. Desde entonces, ha ido aumentando, pero sigue siendo baja: 55,5 años en el 2010. El VIH es el problema social más grave de Botswana y su principal desafío en materia de salud pública.

La respuesta

Botswana ha recibido reconocimiento internacional por sus resultados en la respuesta nacional a la epidemia del VIH. El país ha mejorado su respuesta a partir de incrementar la prevención del virus, ampliar sus programas de tratamiento y atención para la población general, y expandir el acceso a programas para evitar la transmisión vertical en madres embarazadas seropositivas.

Entrevista a Sheila Tlou

Sheila Tlou ha sido miembro del Parlamento y Ministra de Sanidad de Botswana. Desde 1985, ha desempeñado un papel fundamental en la respuesta de su país a la epidemia. La doctora Tlou actualmente es directora del Equipo de Apoyo Regional del ONUSIDA para África meridional y oriental.



¿Qué resultados recientes ha obtenido Botswana en su respuesta al sida?

Se han destinado considerables recursos internos y esfuerzos con miras a lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para toda la población seropositiva de Botswana. Como éxito destacable, hemos logrado una de las tasas más elevadas del mundo de acceso a la terapia antirretrovírica y a los programas para evitar la transmisión maternoinfantil del VIH. En Botswana, la cobertura de la terapia antirretrovírica supera el 90%, y en todos los centros sanitarios del país se brindan servicios para evitar la transmisión vertical del VIH, como parte de las prestaciones de salud maternoinfantil.

¿Cuáles son las principales barreras que dificultan el acceso universal en Botswana?

La estigmatización sigue siendo un grave obstáculo. Los hospitales y clínicas brindan servicios para impedir la transmisión vertical del VIH al 93% de las madres embarazadas que viven con el VIH, pero el otro 7% no puede acceder a estas prestaciones, mayormente a causa del estigma, dificultades de transporte y de cuestiones relacionadas con la desigualdad de género. Por ejemplo, si una mujer quiere ir a la clínica para hacerse la prueba del VIH o recibir tratamiento, pero su esposo no se lo permite, queda excluida de dicho servicio.

También quiero decir que los grupos de población clave no son el foco principal de los programas de difusión, debido al estigma y a la penalización tanto del trabajo sexual como de la homosexualidad. La policía no hostiga a los profesionales del sexo, y en verdad existe cierto grado de tolerancia, pero estos grupos, en especial, no disponen de servicios públicos. Algunas ONG proveen prestaciones a profesionales del sexo, pero no a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El gobierno afirma que, en los puntos de prestación de servicios relacionados con el VIH, se atiende a cualquier persona, sin averiguar su orientación sexual ni preguntarle si se dedica al trabajo sexual; las autoridades insisten en que todos tienen los mismos derechos a la atención sanitaria. Sin embargo, estos grupos de población clave necesitan disponer de programas específicos, lo cual aún no se ha logrado.

¿Qué nuevas medidas debería adoptar Botswana para contrarrestar la epidemia de sida?

Ante todo, Botswana necesita asegurar que todos los refugiados tengan acceso a prestaciones relacionadas con el VIH. Al margen de que la implementación sea casi universal, ni siquiera los refugiados que están oficialmente asentados en Botswana tienen acceso a servicios amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

Lo siguiente sería revisar las leyes que penalizan los comportamientos sexuales y tener mayor acceso a grupos de población clave, como los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Ellos, como cualquier otro ciudadano de Botswana, tienen derecho a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

En tercer lugar, Botswana necesita fortalecer el componente de salud sexual y reproductiva en sus programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH. En este momento, ocurre lo siguiente: cuando una mujer acude a una clínica para solicitar un método de anticoncepción después de haber estado inscrita en un programa para prevenir la transmisión vertical del VIH y de haber tenido un bebé seronegativo, el único método de control de la natalidad que se le ofrece es el preservativo. Debemos reorientar a los profesionales de la salud para que permitan a estas mujeres, como a cualquier otra, utilizar cualquier método de anticoncepción, a fin de evitar embarazos no deseados.

AVANCES HACIA EL ACCESO UNIVERSAL EN BOTSWANA



28

La tuberculosis y el VIH

La tuberculosis (TB) es la principal causa de enfermedad y muerte en la población que vive con el VIH. En 2009, 400.000 personas seropositivas murieron de tuberculosis.

Pero la TB puede curarse.

En África subsahariana, la mayoría de la población que vive con el VIH también padece TB. Los estudios han mostrado que, para el 2015, podría reducirse a la mitad el número de muertes por tuberculosis en personas seropositivas, con la sencilla medida de extender los actuales servicios preventivos y terapéuticos contra la TB.

La tuberculosis y el VIH





Thobani Ncapai

Thobani Ncapai vive en Khayelitsha, cerca de Ciudad del Cabo, en Sudáfrica. Tiene un hijo de 16 años apasionado por las matemáticas y la contabilidad.

En 1998, a Thobani le diagnosticaron tuberculosis, y al mismo tiempo se enteró de que era seropositivo. Cuando empezó el tratamiento de la TB, una enfermera de la clínica lo alentó a solicitar atención médica para el VIH. Con su ayuda y el apoyo de su familia y de su comunidad, en 2001 Thobani fue una de las primeras personas de Khayelitsha que comenzó la terapia antirretrovírica.

Hoy, diez años después, tiene un contrato de investigación con la Universidad de Ciudad del Cabo, es un activo miembro de su comunidad, sigue recibiendo tratamiento de primera línea contra el VIH y señala:

—Soy feliz y disfruto de la vida como cualquier otra persona.

La tuberculosis y el VIH



El tornado de la tuberculosis Lucica Ditiu en movimiento

—Era tan pobre y, sin embargo, era capaz de tanto en un lugar donde, a falta de almohadas, ponían un trozo de madera bajo las sábanas... —Lucica Ditiu cuenta la historia de una enfermera que conoció en una remota aldea de Albania—. Quería que su planilla de tratamiento de la TB fuese impecable. Como no tenía computadora, recortaba letras y nombres del periódico. ¡Qué increíble...! No hay nada más importante que las personas...

En enero de 2011, Lucica —como se hace llamar— asumió las riendas de la Estrategia Alto a la Tuberculosis, una alianza formada por más de 1.600 organizaciones internacionales, países y donantes, creada para poner freno a esta enfermedad.

La nueva Secretaria Ejecutiva quiere aliviar la tarea de las enfermeras de Albania, de la sociedad civil en toda África, y de todos los que, en cada rincón del orbe, necesitan información, diagnóstico, tratamiento y apoyo en relación con la tuberculosis.

En el mundo hay unos 2.000 millones de personas —un tercio de la población mundial— infectadas con el bacilo de la tuberculosis, el causante de la TB; esto significa que uno de cada diez padecerá tuberculosis activa en el transcurso de su vida. El riesgo de TB es aún mayor en las personas seropositivas. La tuberculosis es la principal causa de enfermedad y muerte en la población que vive con el VIH. En 2009, 400.000 personas seropositivas murieron de tuberculosis.

—Debemos prestar atención a la tuberculosis —señala Lee Reichman, director ejecutivo del Instituto Mundial de Tuberculosis perteneciente a la Escuela de Medicina de Nueva Jersey. Y cree que Lucica es la persona ideal para lograrlo.

—Soy un tornado... Me gusta levantar cosas en el aire y echarlas a rodar... La mayoría de las veces, caen en el lugar correcto —se describe a sí misma Lucica. Últimamente, ella y los acontecimientos no paran de girar a toda velocidad.

Adicta a la conectividad, a las cuatro de la mañana ya suele estar enviando mensajes de correo electrónico. —Es un placer leer sus mensajes —cuenta el doctor Reichman—, y más aún los que no son del ámbito estrictamente profesional. Siempre tiene tiempo para entretener a todos y hacer una labor espectacular.

Tras dejar en la escuela a su hijo de ocho años, se lanza como una tromba a sus actividades, de reunión en reunión, para mejorar la labor conjunta dentro y fuera de la comunidad de la TB.

Su decisión de estudiar Medicina tuvo algo de fortuito: ganó un concurso en la Facultad de Medicina en Rumania al que se había apuntado sólo para mostrarles a sus padres que podía ganar. Pero le gustó.

—Me encanta la gente, y soy feliz brindando ayuda.

Su dedicación a la tuberculosis comenzó en un hospital donde su trabajo consistía en analizar datos y pasar el tiempo junto a personas con TB, aparentemente sanas.

—Estaban todas aisladas en una misma sala, sin prácticamente nada que hacer —recuerda. El origen del tratamiento de breve bajo observación directa (DOTS, por sus siglas en inglés) para la TB puede resultar contradictorio, porque en realidad el ciclo tarda seis meses o más en completarse. La gente sometida al tratamiento en general comienza a sentirse bien al cabo de unas pocas semanas. La dificultad consiste en asegurar que las personas terminen el tratamiento, pues si lo abandonan a medias pueden desarrollar TB multirresistente o, peor aún, TB extremadamente resistente, y ambas son contagiosas.

Cuando se le pregunta sobre el tratamiento DOTS responde:

La tuberculosis es la principal causa de enfermedad y muerte en personas seropositivas. En 2009, 400.000 personas seropositivas murieron de tuberculosis.

CINCO COSAS QUE HAY QUE SABER SOBRE LUCICA DITIU

- 1. ES ADICTA AL TRABAJO.**
- 2. LE ENCANTAN LA ROPA Y LOS ZAPATOS.**
- 3. LE GUSTA LA IGLESIA, PERO NO ASISTE TAN A MENUDO COMO QUISIERA.**
- 4. RECIBIÓ COMENTARIOS MUY POSITIVOS CUANDO, DURANTE UNA REUNIÓN DE LA JUNTA DEL FONDO MUNDIAL, ENVIÓ INFORMES A TRAVÉS DE UN BLOG, Y PIENSA VOLVER A HACERLO.**
- 5. TIENE UN CERDO ROSA Y UN CONEJO ROSA EN SU ESCRITORIO, Y AMBOS HACEN RUIDO. A VECES, LOS LLEVA A LAS REUNIONES Y LOS USA DE TEMPORIZADOR.**

—Es complicado, pero en pocas palabras, no me gusta perder.

Incansable, empezó a organizar sesiones de educación sanitaria para personas con tuberculosis a fin de mejorar sus probabilidades de terminar el tratamiento domiciliario, después del alta hospitalaria.

Finalmente, tras conseguir una asignación del fondo de ayuda para Rumania, ella y un equipo de asistentes y voluntarios escribieron a mano 20.000 postales de seguimiento. En el anverso, se veía un interruptor eléctrico a punto de ser apagado, y al dorso, en letra manuscrita: «Por favor, no lo cortes».

—Aunque nadie lo crea, escribimos cada postal a mano, y así comenzamos con la tuberculosis —relata con entusiasmo.

Jean-Pierre Zellweger, especialista suizo en tuberculosis, conoce a Lucica desde hace más de 20 años. Elogia su entusiasmo y su espíritu competitivo para cambiar la situación en Rumania.

—Recuerda que viene de un país con los peores índices epidemiológicos de toda Europa. En aquellos días, en Rumania se vivía una pesadilla —cuenta—. Y en realidad, hay que atribuirle a ella, en gran medida, que las cosas hayan cambiado.

En los últimos 30 años, más de 40 millones de personas han podido curarse de tuberculosis. Si se extiende el acceso, podrían beneficiarse cinco millones más. Es algo en lo cual Lucica trabaja a su modo, mientras señala una postal de Marilyn Monroe que dice: «El éxito es una cuestión de formato». Cree rotundamente en la esencia y el estilo.

A principios de su carrera, en Rumania, para poder llegar a fin de mes, entre guardia y guardia hospitalaria trabajaba para una revista de moda.

—A la gente siempre le sorprendía que una médica quisiera entrevistarla —recuerda. Si la tuberculosis no hubiera captado su atención, cree que hoy estaría al frente de una de esas revistas de moda que tanto le agradan.

—Me subo a un avión, y mientras todo el resto de la comitiva se pone a leer informes técnicos, yo abro mi *Marie Claire* —relata entusiasmada—. Soy una apasionada de la moda.

Hoy lleva puesto lo más sobrio de su guardarropa: un vestido negro y verde de cuello alto que recuerda la moda de los sesenta y pulseras en ambas muñecas. Bajo el cabello, castaño y desordenado, asoman dos pendientes de oro inesperadamente discretos. Sacude la cabeza y se ríe, señalando las ondas rebeldes:

—Ya lo sé, ya lo sé... Podría escribir un libro entero sobre peluqueros. Te gastas una fortuna en estilistas, ¡y todo para que el peinado te quede así...!

Aunque es difícil no reparar en sus uñas, de color verde manzana, lo que más atrae la atención son sus inconfundibles anillos. Lleva uno en cada dedo, incluidos los pulgares.

—Una vez, tuve que presentarme a una entrevista de trabajo, y mis amigos me dijeron: «Lucica, ¿no sería mejor bajar el tono...? Yo que tú, me quitaría esos anillos». Me miré los dedos desnudos y pensé: «¡Qué jod...!», y me los puse de vuelta.

Su naturaleza competitiva asoma cuando se le pregunta su enfoque sobre la tuberculosis.

—La TB es más inteligente que nosotros —sentencia, midiendo a su oponente—. Nos engaña, valiéndose de nuestra propia estupidez. Ha sido más lista, y ha tenido más suerte...

Cree que la «suerte» de la TB ha sido que la guardásemos en un armario y nos olvidáramos de ella. Pero Lucica piensa sacarla de su escondite.

Alasdair Reid, asesor sobre VIH/TB del ONUSIDA, opina que ya es buena hora.

—El VIH se relaciona con el sexo, entre otras cosas, y como todos sabemos, «¡El sexo vende!». Pero la TB tiene que ver con los esputos, los pulmones y la pobreza, y cuesta mucho más captar la atención de la gente. La Estrategia Alto a la Tuberculosis necesita presentar un perfil público y político de la TB mucho más visible, como cuestión de importancia global para todos.

Sobre la integración con la respuesta al sida, opina que la TB ya no puede tratarse de forma aislada.

—Te diré cuál es el problema. Durante mucho tiempo, la respuesta al sida ha estado dominada por la comunidad médica, y se ha implementado de manera vertical.

Cree que, por esa causa, ha tardado en crearse una fuerte sociedad civil de personas infectadas y afectadas por la TB. Tampoco han ayudado el estigma y la discriminación.

—No se ha avanzado en el empoderamiento de las personas que padecen tuberculosis —afirma—. No tienen conciencia de sus deberes, responsabilidades y derechos como pacientes. En la TB se ha observado la tendencia contraria a lo que ocurre en el caso de la respuesta al sida, y cree que sería posible fusionar ambos escenarios.

Lucica también señala que las estructuras mundiales, como el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, no necesariamente han alentado esta integración. Espera que aun dentro de su organismo, la Organización Mundial de la Salud, donde opera la Estrategia Alto a la Tuberculosis, exista una cooperación y una labor conjunta más estrecha. Dice que hay que pasar de la «construcción de reinos» a la «fusión de reinos».

Es una suerte que a los buenos médicos les guste la transparencia, pues ella no se siente cómoda ante la falta de sinceridad.

—Espero poder poner sobre la mesa cuestiones como la franqueza, la claridad, la rendición de cuentas y la inclusión. En un trabajo asociativo, las partes deben confiar mutuamente. —Dice que este es uno de sus sueños en la Estrategia Alto a la Tuberculosis.

—A Lucica no le asusta cuestionar el orden establecido, empujar los límites y decir lo que piensa —comenta el doctor Reid.

Su amigo, el doctor Zellweger, está seguro de que ella logrará cambiar las cosas.

—Lo único que le digo es que está trabajando en un campo fascinante, y que no deje que la distraigan cuestiones de menor importancia. Hay algo decisivo que debemos hacer.

Mientras se marcha de su oficina, cuenta que en sus épocas de reportera siempre buscaba ese titular capaz de hacer que la revista se vendiera. Hoy, se pregunta cuál será el titular que promueva su nueva lucha, y como un torbellino, se pierde por las escaleras.

Línea cronológica del VIH y la TB



1982 La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares (la «Unión») auspician el primer Día Mundial de la Tuberculosis, en el centenario de la fecha en que Robert Koch descubrió el bacilo que lleva su nombre, causante de la TB. El descubrimiento del doctor Koch abrió el camino para el diagnóstico y la curación de la enfermedad.

1988 La OMS y la Unión recomiendan un enfoque conjunto para poner freno a la TB y al VIH.

2005 Malawi utiliza un modelo de administración de la terapia antirretrovírica basado en el modelo de TB que incorpora los principios del tratamiento DOTS. A las personas con TB se les da acceso a la prueba del VIH y, si dan positivo, se les da prioridad para recibir terapia antirretrovírica. Durante el año, el 47% de las personas registradas con TB aceptan hacerse la prueba del VIH, de las cuales, el 69% dan positivo y, de estas últimas, el 92% inician el tratamiento para el VIH.

2003 Se calcula que un 3% de las personas afectadas con tuberculosis se hacen la prueba del VIH.

2004 Mundialmente, la tasa de nuevos contagios de TB alcanza un pico de 143 (promedio entre 136 y 151) casos por cada 100,000 habitantes.

1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998

1983 Se presentan en Haití los primeros informes sobre la relación entre la TB y el VIH en personas con sida.



1986 Se elaboran los primeros informes sobre la elevada prevalencia del VIH en personas con TB en el continente africano, en Zaire (República Democrática del Congo). Luego se confirman otros casos en toda África subsahariana.



1995 Los datos revelan que las personas seropositivas que padecen TB activa tienen cargas virales más elevadas y mueren antes que las que no tienen tuberculosis.

1997 Surgen nuevas preocupaciones en la respuesta a la tuberculosis. Sobre un total de 35 países encuestados, los investigadores descubren que las tasas de TB multirresistente superan el 2% en un tercio de dichas naciones. Los índices más elevados provienen de los países de la ex Unión Soviética (incluidos los países bálticos), Argentina, India y China.

1990-2004 El número de casos de TB se estabiliza o disminuye sostenidamente en la mayor parte del mundo, salvo en África. En África subsahariana, crece drásticamente el índice de nuevos casos de TB, de la mano de la epidemia de sida, en especial allí donde la prevalencia del VIH en adultos supera el 5%.



2010 La OMS aprueba un nuevo método de detección de TB que no requiere técnicos de laboratorio cualificados. Con este nuevo método se pueden diagnosticar casos de TB y de TB multiresistente en menos de dos horas. El costo de cada máquina asciende a 17.000 USD, y el cartucho necesario para cada prueba cuesta 17 dólares.

2006 La OMS convoca una reunión urgente para analizar las consecuencias de un brote mortal de TB extremadamente resistente en personas que viven con el VIH en Sudáfrica. La TB extremadamente resistente no responde a los medicamentos más importantes de primera y de segunda línea que se emplean contra la tuberculosis.

2007 Se calcula que hay medio millón de casos de TB multiresistente; el 85% de todos los casos se concentra en 27 países (15 de ellos, en la región europea de la OMS).

2008 Se estima que el 22% de las personas afectadas con tuberculosis se hacen la prueba del VIH. Mundialmente, el porcentaje de personas que son tratadas eficazmente contra la TB alcanza su cifra máxima del 86%.

2010 Un estudio publicado en la revista *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* sugiere que la rata gigante de Gambia podría ser adiestrada para detectar el bacilo de la TB. Los investigadores afirman que los datos son preliminares, pero que este mamífero de un kilo y medio de peso, con un sentido del olfato sumamente desarrollado, podría en el futuro cercano intervenir en la detección rutinaria de primera línea de la tuberculosis. Dichos roedores ya se están empleando para detectar minas terrestres.



2010 La financiación mundial para la respuesta a la TB llega a los 4.000 millones USD.

2010 El estudio CAMELIA (Introducción temprana versus tardía de medicamentos antirretrovíricos en Camboya), llevado a cabo durante cinco años, descubre que sobre 661 personas seropositivas afectadas con TB, aquellas que reciben de forma inmediata tratamiento para la TB, seguido de terapia antirretrovírica dos semanas después, tienen casi un 35% más de probabilidades de supervivencia que las que esperan ocho semanas para comenzar el tratamiento del VIH.

2010 Una nueva campaña invita a los turistas a donar dos dólares en beneficio de la respuesta a la TB, la malaria y el sida cada vez que pagan un vuelo, alquilan un vehículo o se hospedan en un hotel. Se estima que la campaña MASSIVE-GOOD («Bien masivo») podría recaudar 600 millones USD en cuatro años.

1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015



2002–2007

Datos de Botswana indican una disminución en el número de casos de TB informados en el territorio nacional, junto con la rápida implementación de la terapia antirretrovírica. Las mejoras efectuadas en el programa nacional de TB de Botswana en este mismo período, extensivas a la detección y el informe de casos, sugieren que dicho descenso probablemente refleje una reducción real de las infecciones por TB gracias a la terapia antirretrovírica.



2006 Jorge Sampaio, ex presidente de Portugal, es nombrado primer Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Estrategia Alto a la Tuberculosis.

2009 Las nuevas directrices de la OMS recomiendan que toda persona que padezca TB y sea seropositiva debe recibir terapia antirretrovírica, sea cual fuere su recuento de CD4.

2009 La tuberculosis sigue siendo la principal causa de enfermedad y muerte en personas seropositivas, responsable de la muerte de 380.000 personas.

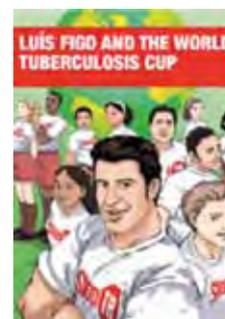
2009 Se calcula que el 3,3% de las nuevas infecciones de TB corresponden a TB multiresistente.

2009 Según las estimaciones, 1,6 millones de personas con TB (el 26% del total) se hacen la prueba del VIH. En África subsahariana, donde se concentra el 78% de las personas con tuberculosis asociada al VIH, algunos países llegan a tener una prevalencia del VIH en personas que padecen TB del 80%. Sin embargo, sólo 79.000 personas que viven con el VIH (el 0,2%) reciben terapia preventiva con isoniazida, que podría reducir enormemente el riesgo de desarrollar tuberculosis activa.

2015 Fecha propuesta para que el mundo alcance el sexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la epidemia de la tuberculosis, y para que ONUSIDA/Estrategia Alto a la Tuberculosis logren la meta de reducir a la mitad las muertes por TB en personas seropositivas.

1995–2008

La respuesta general a la TB muestra un total acumulativo de 36 millones de pacientes con tuberculosis que han seguido eficazmente el tratamiento DOTS (la estrategia internacionalmente recomendada para el control de la TB); de esta forma, se logra evitar la muerte de seis millones de personas.



2009 Luis Figo, embajador de la Estrategia Alto a la Tuberculosis, es el personaje principal de un cómic educativo que brinda información esencial sobre dicha enfermedad.

29

Una nueva ciencia

Diversos hallazgos científicos han marcado una diferencia visible en la respuesta al sida. Nadie sabe con certeza qué nos depararán los próximos 30 años, pero ciertos progresos recientes anticipan un futuro optimista.

Nuevos avances biomédicos en la prevención del VIH

Todavía faltan muchos años para desarrollar la vacuna para el sida y para hablar de cura, pero hay nuevos avances científicos que dan esperanzas a las personas seropositivas y afectadas por el VIH. La tabla de la derecha muestra resultados sinópticos de tres ensayos referidos a nuevas tecnologías que están desarrollándose actualmente para prevenir la infección por el VIH. Aunque dichas tecnologías deben perfeccionarse aún antes de poder distribuirse de forma masiva, representan progresos significativos en la respuesta científica al sida.

	RV144	CAPRISA 004 (Centro para el Programa de Investigación del SIDA en Sudáfrica)	iPrEx (Iniciativa de profilaxis previa a la exposición)
Tipo	Vacuna	Gel microbicida vaginal	Medicamentos antirretrovíricos en comprimidos
Población de estudio	Población general adulta entre 18 y 30 años	Mujeres entre 18 y 40 años	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, entre 18 y 67 años
Producto	ALVAC-HIV y AIDSVAX B/E	1% gel tenofovir	Comprimidos de tenofovir / emtricitabina
Diseño del estudio	Cuatro dosis «centrales» de ALVAC-HIV y dos dosis de refuerzo de AIDSVAX B/E (estrategia de vacunación central-refuerzo) contra inyecciones de placebo	1% gel tenofovir, utilizado una vez en las 12 horas anteriores a la relación sexual y otra vez en las 12 horas posteriores, contra gel placebo	Comprimido diario compuesto por tenofovir (300 mg) y emtricitabina (200 mg) contra comprimido diario de placebo
Resultado del ensayo	31% de eficacia	39% de eficacia	44% de eficacia
Fecha de publicación de los resultados	20 de octubre de 2009	19 de julio de 2010	23 de noviembre de 2010
Hallazgo del estudio	Este gran ensayo es la primera demostración de que una vacuna podría prevenir la infección por el VIH	Es el primer ensayo que ofrece pruebas conceptuales de que un microbicida vaginal podría brindar a las mujeres un método seguro y eficaz para prevenir el contagio del VIH.	Estos resultados representan una prueba conceptual sobre la seguridad y eficacia parcial de la profilaxis oral previa a la exposición
Número de participantes	16.395 hombres y mujeres	889 mujeres	2.499 hombres
Financiación	Institutos Nacionales de Alergia e Infectología e Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos Comando de Investigación y Material Médico del Ejército de los Estados Unidos	Departamento de Ciencia y Tecnología de Sudáfrica Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Family Health International	Institutos Nacionales de Alergia e Infectología e Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos Fundación Bill y Melinda Gates
Fabricante del producto	Sanofi Pasteur y Global Solutions for InfectiousDiseases	Gilead Sciences	Gilead Sciences
Pasos siguientes en la investigación	Estudios para determinar cómo actuó la vacuna	Pruebas de confirmación de los hallazgos y estudios para preparar la implementación	Estudios sobre la ingestión de comprimidos, comportamiento sexual y resistencia viral cuando las consultas médicas son menos frecuentes
Artículo publicado	Rerks-Ngarm, S. y otros. «Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand» (Vacunación con ALVAC y AIDSVAX para impedir la infección por el VIH-1 en Tailandia). <i>New England Journal of Medicine</i> , 2009, 361:2209–2220	Abdool Karim, Q. y otros. «Effectiveness and safety of tenofovir gel, and antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women» (Efectividad y seguridad del gel tenofovir, y microbicida antirretrovírico, para la prevención del VIH en mujeres). <i>Science</i> , 2010, 329:1168–1174 caprisa.org	Grant, R. M. y otros. «Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men». (Quimioprofilaxis previa a la exposición para la prevención del VIH en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres). <i>New England Journal of Medicine</i> , 2010, 363:2587-2599
Sitio en internet	hivresearch.org		globaliprex.com





30

La esperanza

**Vivo soñando con un mundo donde,
junto con la enfermedad, desaparezcan
también los miedos y la discriminación.**

Dominic D'Souza

Tenemos algo que pedir. ¿Pueden, como adultos, ser capaces de confiar en nosotros? Podemos asumir responsabilidades y tomar decisiones sensatas. Así que, a lo mejor, más que un pedido es un desafío: quisiéramos participar en este proceso. Permítannos tomar decisiones sobre nuestras propias vidas... decisiones que estamos en condiciones de adoptar. Después de todo, fueron ustedes los que trajeron al mundo la Convención sobre los Derechos del Niño.

Extracto del prefacio de un material publicado por el ONUSIDA en el 2001 —*El VIH/Sida y los jóvenes: la esperanza del mañana*— escrito en ese año por tres estudiantes secundarios de la Escuela Vidya Mandir Elamakkara de Bhavan, Kochi, en la India.

Fahed Majeed trabaja al frente de la Consultora de Diseño 10x10, un estudio de arquitectura con oficinas en Kochi y en Bengaluru, con clientes en toda la región. Nisha Menon es escritora independiente y redacta textos para videos, folletos y sitios de internet desde su casa, en Kochi. Madhavendra Shenoy es auditor en Ernst & Young, en la ciudad de Bengaluru. Mythili Menon prepara su tesis doctoral en Lingüística en la Universidad de California en Los Ángeles. Rashmi Anthony y S. Ganesh trabajan como gerentes de Recursos Humanos; Rashmi, para la empresa Mahindra Satyam en Hyderabad, y S. Ganesh, para Bharti Airtel, en Chennai.

¿Qué tienen todos ellos en común?

Cada uno de ellos, en diferentes momentos, colaboró como educador *inter pares* y fue miembro de un club de sensibilización sobre el sida iniciado por su consejero escolar, Janaki Shankaran, en 1996. En su escuela, Vidya Mandir Elamakkara de Bhavan, se informaron sobre el VIH y enseñaron a sus compañeros cómo protegerse del virus. Aprendieron valores como la dignidad humana, o el respeto al género opuesto y a los derechos, unas lecciones para transmitir a las generaciones futuras.

¿Cómo se involucraron estos jóvenes? ¿Cuál ha sido su porvenir? ¿Adónde los ha llevado la vida? ¿Qué han hecho con la educación sobre el sida y las

competencias esenciales para la vida que adquirieron en la escuela? ¿Han sabido tomar decisiones informadas?

OUTLOOK siguió el rastro a seis de estos educadores horizontales —en aquel entonces jóvenes de 16 años y hoy adultos— para dialogar con ellos sobre sus recuerdos.

Fahed Majeed recuerda claramente la primera vez que oyó hablar del sida, durante la clase de Biología. El consejero escolar necesitaba voluntarios.

—Era algo totalmente nuevo, y eso, en parte, despertó mi curiosidad —cuenta el joven—. No había ninguna otra actividad en la que yo estuviese participando, así que decidí dar una oportunidad al proyecto y ver hasta dónde podía llegar.

—Nos involucramos, en cierta forma, porque la escuela nos convenció —recuerda Nisha Menon—, pero cuando entendimos la gravedad del problema, el compromiso pasó a ser personal. Rashmi Anthony acababa de regresar a la India, después de haber vivido casi toda su vida en Dubai. —Me interesaban las actividades y los clubes sociales, así que fue lógico que me inscribiera en un club dedicado a promover la conciencia sobre el sida.

Madhavendra Shenoy fue alentado por sus compañeros Rashmi y Nisha.

—Me sentía reacio a inscribirme, porque hasta ese momento las voluntarias eran todas chicas. Así que me debatía entre la timidez y el escepticismo. Vinieron Rashmi y Nisha y me dijeron: «No seas tímido, si puedes transmitir este mensaje a los demás, serás de inmensa ayuda».

Mythili Menon tenía el sueño de trabajar para las Naciones Unidas.

—Sentía que, de esa manera, podría ser útil a la sociedad y ayudar a las personas —relata—. Me había inscripto en varios clubes escolares: el de naturaleza, el de servicio social, y el de sensibilización sobre el sida. En mi época estudiantil, pasaba más tiempo fuera de las aulas que dentro. El diálogo en torno al sida influyó en S. Ganesh.

—Sí, éramos conscientes de que el sida era un problema acuciante, máxime en esa época —recuerda.

Sus tareas eran diversas: desde conversar con sus amigos sobre la prevención del VIH hasta organizar charlas en otras escuelas y en los vecindarios. No era fácil dialogar con otros jóvenes.

—Cuando uno mencionaba la palabra preservativo, todos se reían incómodos... —explica Rashmi.

—No habíamos elegido, precisamente, el club más fácil —dice Mythili—. Decías que estabas en el club de sensibilización sobre el sida y todos se burlaban de ti. «Ja, ja, eres del club del sida», se reían, y tenías que explicarles «No, no es "el club del sida", sino un lugar para crear conciencia sobre la enfermedad» —dice la joven.

—Yo hablaba con mis amigos del vecindario, pero siempre las reacciones eran de extrañeza —recuerda Fahed—. En general, todos opinaban: «El sida no es algo que nos afecte a nosotros». Estábamos en la edad de la exploración sexual; todos teníamos ideas distintas, pero cuando tocábamos el tema del sida, en general lo que mis amigos me decían era que «no nos afecta a nosotros, es algo ajeno a nuestra vida».

Estos seis jóvenes tuvieron la fortuna de contar con la comprensión y el aliento de sus padres.

—En mi hogar, son todos bastante abiertos. Tengo un hermano mayor, y a los dos mis padres nos han dado libertad para decidir y escoger nuestra propia senda. Así que, aun dudando, podía recurrir a mis padres para dialogar —cuenta Rashmi.

Informarse y dialogar sobre el sida les ayudó a adquirir algunas aptitudes valiosas. A Fahed le pidieron que formara equipo con su compañero Krishnakumar y hablaran ante un público de más de 100 estudiantes de otra escuela. Nunca antes habían estado sobre un escenario. Juntos, decidieron que la mejor forma de superar el miedo a hablar en público era subirse al escenario de la escuela y practicar después de terminar las clases ante un auditorio vacío. Y eso hicieron, hasta que vino el conserje de la escuela a pedirles que se marcharan. —Esa experiencia me abrió por completo —cuenta Fahed.

S. Ganesh cree que su implicación en el programa del sida le ayudó a tomar conciencia de los aspectos sociales.

—En esa época, el sida era una epidemia casi desconocida para todos, yo incluido. De modo que, en

cierta medida, fue una especie de revelación. Pero la educación también despertó en mí el sentido de la responsabilidad social; sentí que debía hacer algo, aun con mis limitados recursos, para detener la propagación de la epidemia y reducir el estigma —sostiene.

La oportunidad se le presentaría a S. Ganesh diez años después. Como director de recursos humanos, dedica gran parte de su tiempo a entrevistar personas y ayudarlas a crecer profesionalmente. En una compañía en la que trabajó, supo que dos candidatos eran seropositivos. S. Ganesh sabía lo que tenía que hacer en este caso. Su escuela lo había preparado para ello.

—La decisión recaía sobre mí. Yo era el jefe de selección de personal. Los candidatos se habían desenvuelto muy bien durante el proceso de selección; habían pasado todas las pruebas y las entrevistas satisfactoriamente. Yo estuve a favor de darles el puesto, porque nuestra política no nos permitía discriminar a las personas seropositivas en virtud de su condición.

S. Ganesh dio un paso más. Adoptó medidas para mantener la confidencialidad y asegurar que los empleados recibiesen atención sanitaria.

—Ambos siguen trabajando en la organización. Su vida es perfectamente normal. Así que esta historia ha tenido un final feliz —agrega.

Hoy, S. Ganesh trabaja para una gran empresa proveedora de telefonía móvil. Está ayudando a la compañía a implementar programas de responsabilidad social corporativa referidos, entre otras cosas, a apoyar a las personas seropositivas.

—En cada circunstancia, yo pienso: «Sí, tenemos que hacer algo».

A unos cientos de kilómetros de allí, Rashmi cuenta una historia semejante. No sólo en la escuela de enseñanza media, sino luego en la universidad, fue voluntaria en un centro de atención para el sida en Kochi como parte de su proyecto de estudios. La madre de Rashmi, queriendo saber más sobre las actividades de su hija, terminó sumándose al proyecto. Juntas aprendieron cómo vivían las personas con el VIH y cuáles eran sus necesidades. Después de obtener su Máster en Administración de Empresas, Rashmi se incorporó a una de las principales empresas desarrolladoras de software de la India, con sede en



Estudiantes dedicados a la educación entre pares.



Escuela Vidya Mandir Elamakkara de Bhavan.



Estudiantes de la Escuela Vidya Mandir Elamakkara de Bhavan, el Día Mundial del Sida.



Nisha Menon produce un documental.

Hyderabad. En sus días de gloria, la empresa fue ejemplo de responsabilidad social. Cuando la empresa comenzó a trazar su política laboral con respecto al VIH, Rashmi se encontraba en el equipo de trabajo.

—Yo era la única persona en toda la sala que había interactuado con personas seropositivas y que tenía un conocimiento real del problema. Desde este lugar, pude ayudar a redactar la política corporativa con respecto al sida —se enorgullece. Gracias a su contribución, la empresa instituyó una línea telefónica exclusiva para brindar educación y apoyo, y negoció con las empresas aseguradoras de salud una buena cobertura médica. Asimismo, organizó programas de sensibilización para el personal.

—Como la línea telefónica recibía muy pocas llamadas, la hemos convertido en una línea general de atención en situaciones de crisis —agrega.

El club de sensibilización sobre el sida también ayudó a formar valores sobre el respeto y la igualdad de género.

—En mis épocas de estudiante de secundaria, había mucho pudor en las relaciones entre chicas y chicos. Hasta nos daba vergüenza estrecharnos la mano para saludarnos. Ahora, siento que una mujer y un hombre no son diferentes como seres humanos. Trato a todos de la misma forma —relata Madhavendra—. Y he visto este proceso en todos mis compañeros. Hoy, ninguno de nosotros discrimina al sexo opuesto —recalca.

Según Mythili, aunque ha habido algunos avances con respecto a la igualdad de género y al respeto, las mujeres siguen viviendo con miedos.

—Es imposible que una mujer esté sola en la calle después de las seis y media o siete de la tarde y no piense que quizá no llegue a salvo a su hogar —cuenta. Cree que la sociedad aún necesita mayores cambios, y que estos sólo podrán implementarse al cabo de un largo tiempo.

Hoy, Rashmi se siente una joven profesional segura de sí misma, capaz de presentar su punto de vista frente a una sala llena de hombres.

—Si quiero triunfar, no tengo más opción —razona—.

—Hoy en día, las jóvenes son muy inteligentes. Demuestran ser tan capaces como los hombres. Tienen una buena educación y amplios conocimientos. Además, saben discernir claramente el bien y el mal —reconoce Madhavendra.

S. Ganesh debe tratar a diario cuestiones de género, en una región muy amplia. Los debates en sus años escolares han tenido gran influencia en las decisiones que debe tomar en esta nueva etapa de su vida.

—Creo que formamos nuestro marco de relaciones sociales en nuestra adolescencia, a los quince, dieciséis o diecisiete años; al menos yo, a esa edad, comprendí cuál era la forma correcta de pensar con respecto a la sociedad. El aprendizaje que tuve en esa etapa de mi vida me ayudó a tener una personalidad mucho más equilibrada; sé que todas esas interacciones que pude tener gracias a la educación sobre el sida me ayudaron muchísimo —agrega.

La educación sobre el sida y la sexualidad que adquirieron en la escuela les permitió, además, trascender la mentalidad homofóbica.

—Creo que, a partir de superar esa barrera, he llegado a ser una mejor persona, mucho más sensible —dice Mythili—. Conozco a muchas personas homosexuales. Me es mucho más fácil entenderlas que a la mayoría de la gente que no tuvo contacto con este tipo de programas —concluye.

En una ocasión, un funcionario de la Organización Nacional de Control del Sida visitó su escuela para hablar con los alumnos sobre los derechos del niño. Durante la charla, mencionó que la homose-

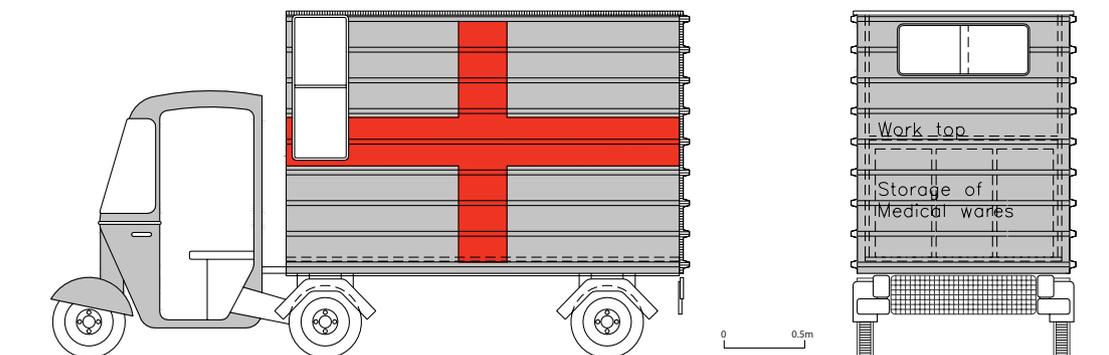
«El problema debe abordarse desde abajo. El mejor ámbito son las escuelas primarias y secundarias; luego, ya es tarde para resolverlo. Por eso, me parece fundamental que la conciencia sobre el sida se inculque a una edad muy temprana.»

Mythili Menon

sexualidad estaba penalizada en la India. S. Ganesh se puso de pie, indignado, y preguntó: «¿Qué piensa hacer el gobierno con respecto a esto?», su intervención asombró al orador y lo hizo sonreír. Hoy, S. Ganesh está feliz de que el Tribunal Superior de Delhi haya derogado, finalmente, esa ley.

—Todos tienen derecho a vivir su vida y a expresar su individualidad, género y orientación sexual —cree el joven.

Han pasado años desde que egresaron de la escuela y dejaron el club de sensibilización sobre el sida; sin



Bocetos de la camioneta móvil de respuesta al sida, diseñada por Fahed.

embargo, hasta el día de hoy siguen corrigiendo nociones erróneas y refutando mitos en sus diálogos con colegas y amigos.

—La gente tiene información a medias. No conocen los hechos en su totalidad. Sigue habiendo muchos errores de concepto con respecto a las formas de transmisión del VIH. En mis charlas con amigos, tuve oportunidad de rebatir muchas ideas equivocadas — cuenta Rashmi. Madhavendra habla con sus amistades de manera informal.

—Suelo comentar lo importante que es cuidar nuestra salud y saco el tema de las consecuencias que pueden tener las relaciones sexuales —dice.

Fahred se formó como arquitecto, y hoy trabaja al frente de una reconocida firma de diseño, ganadora de premios. Mientras estudiaba en Bengaluru, colaboró como voluntario de la Fundación Asha, una organización no gubernamental que trabaja con personas seropositivas.

La Fundación recorría zonas suburbanas en una camioneta, y en cada localidad organizaba charlas concientizadoras además de ofrecer servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH. La pequeña camioneta era muy limitada, y no servía para transportar personas, equipos o materiales didácticos a estos remotos lugares. Fahed puso en marcha sus habilidades y diseñó una unidad móvil de respuesta al sida, perfectamente adaptada para las necesidades de la organización. La unidad móvil de salud que él diseñó era capaz de llevar a dos trabajadores sanitarios y funcionar como clínica de atención ambulatoria

Todos concuerdan en que, hoy, ha mejorado la conciencia social sobre el VIH.

—Me parece que los jóvenes de hoy en día tienen más conciencia del VIH y usan protección, aun cuando comiencen su actividad sexual a una edad más temprana —opina Nisha, quien en la actualidad trabaja como productora y escritora independiente sobre una gran variedad de temas, sobre todo de índole social.

—Hoy se ven muchas campañas, incluso en la televisión. Ya no es un tema tabú —comenta.

—Creo que existe una gran conciencia de la epidemia —coincide S. Ganesh—; en general, la gente sabe que, probablemente, en algún momento del día tenga que encontrarse o interactuar con alguna persona seropositiva.

Se sorprenden al enterarse de que sólo un tercio de los jóvenes tienen conocimientos completos sobre el VIH.

—¡Es muy sorprendente! El principal inconveniente de los jóvenes, hoy en día, es que prestan atención sólo los primeros diez minutos. Pasado ese lapso, su cabeza ya está en otra cosa y no te escuchan más —piensa Nisha.

—Al dirigirte a los jóvenes, tienes que condensar todo lo que quieras decir en diez minutos de video y subirlo a YouTube —concluye Madhavendra.

—No sé cuál es la causa profunda del problema, pero creo que estamos a tiempo de enderezarlo. Nunca es demasiado tarde —se espera Nisha.

La educación sobre sexualidad y sobre el sida debe comenzar lo antes posible, coinciden todos.

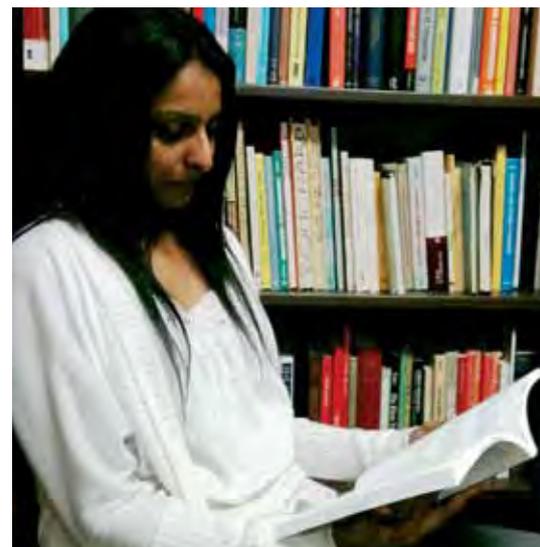
—El problema debe abordarse desde abajo. El mejor ámbito son las escuelas primarias y secundarias; luego, ya es tarde para resolverlo. Por eso, me parece fundamental que la conciencia sobre el sida se inculque a una edad muy temprana, probablemente a los 13, 14 o 15 años. Para mí, esa es la mejor edad —dice Mythili.

Hoy, una nueva generación de niños y adolescentes concurre a la Escuela Vidya Mandir Elamakkara de Bhavan. Fahed se reencontró con su consejero de antaño cuando llevó a la escuela a su hija, Janaki. ¿Le hablará a ella sobre el sida?

—Por supuesto que sí —responde—. Pero creo que sus compañeros aprenderán primero escuchando a Janaki —asegura, sonriéndole a su hija.



Fahed Majeed en su trabajo.



Mythili Menon prepara su tesis doctoral en Lingüística.

