

UNAIDS OUTLOOK REPORT | 2010

OUTLOOK

SECCIÓN ESPECIAL:
EL ESTADO DE LA
RESPUESTA AL SIDA

EL VALOR DE
REFERENCIA

TRATAMIENTO 2.0 }

Un día
entre
amigas

LA ÚLTIMA PALABRA
con Annie Lennox

**SACAR
AL
SIDA
DEL
AISLA
MIENTO**



NUEVOS DATOS SEÑALAN QUE CADA AÑO MUEREN MENOS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO O EN EL MOMENTO DEL PARTO. EL ONUSIDA APOYA EL LLAMAMIENTO DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, BAN KI-MOON, PARA INICIAR UN MOVIMIENTO SOBRE SALUD MATERNA E INFANTIL QUE AYUDE A ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 4 Y 5.

OUTLOOK

PRESENTACIONES

- 82 | VAMOS A JUGAR SEGURO
Jiten Thukral y Sumir Tagra, artistas.
- 84 | UN DÍA EN LA VIDA
Un día con el Sr. Evgeny Pisemsky.
- 88 | PICOS Y VALLES
La áspera cadena montañosa del VIH y el uso de drogas.
- 96 | HOMBRE INVISIBLE
Nueva escultura del artista Daniel Goldstein.
- 103 | VIH Y LEGISLACIÓN
Las encrucijadas donde se encuentran el VIH, los derechos humanos y la legislación.
- 106 | A LA ESPERA DE QUE EL MUNDO CAMBIE
Restricciones de viaje.
- 110 | UN DÍA ENTRE AMIGAS [*Historia en portada*]
Vive junto a tres amigas de Río un día de comidas, moda y diversión.
- 111 | ¿HAS DICHO TRANSGÉNERO?
La evolución de la comunidad transgénero.
- 120 | ¿ERES HOMÓFOBO?
OUTLOOK comparte percepciones y experiencias.
- 126 | TODOS LOS DÍAS SON EL DÍA DE LA MADRE
Como se suele decir, el trabajo de una madre nunca termina.
- 132 | HAITÍ SIGUE SUFRIENDO
El país aún espera que comience el proceso de curación.
- 134 | CON UNA MIRADA POSITIVA
Una nueva exposición captura imágenes de esperanza.
- 138 | TODOS GANAMOS: EL FÚTBOL Y LA RESPUESTA AL SIDA
El fútbol ayuda a sensibilizar sobre el VIH.
- 140 | @SIDA
Liberar el potencial de los medios sociales.
- 144 | GUÍA DE VIENA PARA INTRÉPIDOS
La ciudad anfitriona de la Conferencia Internacional sobre el Sida.
- 148 | LA ÚLTIMA PALABRA
La extraordinaria Annie Lennox.
- 149 | LLEGAR A CERO
Cero bebés infectados por el VIH para 2015.



84 | UN DÍA EN LA VIDA

Índice

NÚMERO 2 | JULIO DE 2010

TODO SOBRE...

- 1 | SACAR AL SIDA DEL ISLAMISMO
Respalda el movimiento de salud materna e infantil.
- 4 | EN LA WEB
- 5 | BANDEJA DE ENTRADA
- 6 | EN QUÉ ESTAMOS PENSANDO

LA INFORMACIÓN

- 8 | ¿SABÍA QUE...?
Datos fundamentales de todo el mundo.
- 9 | INFÓRMATE
Explorando nuevas ideas y formas de ver y utilizar los datos.



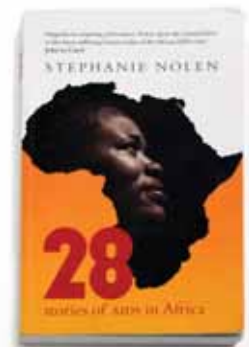
26 | Laboratorio de Ideas



23 | Concurso de propuestas



144 | Guía de Viena para intrépidos



28 | OUTLOOK recomienda

NOVEDADES

- 20 | DESDE EL ESCRITORIO
Un nuevo memorándum de nuestra Secretaria Ejecutiva favorita.
- 22 | LA OFICINA DE
El presidente y director general de MTV, Sr. Bill Roedy, le da un recorrido a OUTLOOK.
- 23 | CONCURSO DE PROPUESTAS
Un tema. Tres agencias. Cientos de grandes ideas.
- 26 | LABORATORIO DE IDEAS
Novedades interesantes en la respuesta al sida.
- 28 | OUTLOOK RECOMIENDA
Seis libros y 14 canciones para inspirar la respuesta al sida.

SECCIÓN ESPECIAL: EL ESTADO DE LA RESPUESTA AL SIDA

- 32 | EL FUTURO DEL SIDA COMIENZA HOY
El director ejecutivo del ONUSIDA, Michel Sidibé, comparte sus opiniones sobre hacia dónde hay que orientar la respuesta al sida.
- 34 | EL VALOR DE REFERENCIA
Veintinueve años después del comienzo de la epidemia, ¿qué piensa el mundo acerca del sida? Una nueva encuesta mundial analiza cómo están cambiando actitudes y percepciones.
- 46 | TRATAMIENTO 2.0
Imagina una plataforma de tratamiento mucho más simple que también sea una buena herramienta de prevención.
- 54 | DAR SENTIDO AL DINERO
La salud, ¿es un lujo o una necesidad? OUTLOOK analiza el caso.
- 62 | LA RESPUESTA DE LOS BRICS
Cinco países podrían tener el poder de romper la trayectoria de la epidemia.
- 74 | LA RESPUESTA TRANSFORMADA DE SUDÁFRICA AL SIDA
Grandes metas. Grandes cambios. Sudáfrica reforma su respuesta al sida y su futuro.
- 80 | SUDÁFRICA, ¿QUÉ PIENSAS?
¿Qué piensan los sudafricanos sobre los cambios que se están produciendo en su país?



CONCURSO DE PROPUESTAS



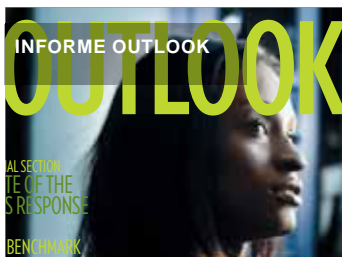
EL ESTADO DE LA RESPUESTA AL SIDA



HOMBRE INVISIBLE



INFORME OUTLOOK



EL VALOR DE REFERENCIA



EN LA WEB

unaid.org

@ONUSIDA

Mantente al día de las actividades del ONUSIDA a través de algunas de las redes sociales más populares: entra en Facebook (facebook.com/unaid) y Twitter (twitter.com/unaid) para leer nuestras noticias y compartir con tus amigos. Además, te puedes registrar en AIDSpace.org para conectarte con la comunidad mundial del sida.

El estado de la epidemia de sida

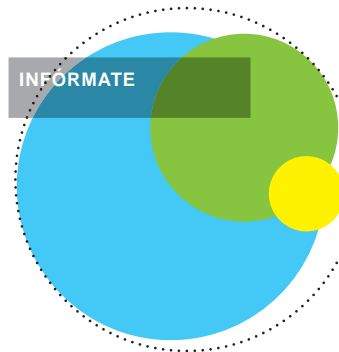
Descarga una copia de la sección especial de OUTLOOK con las últimas ideas sobre prevención y tratamiento del VIH. Los tiempos de dificultades económicas requieren soluciones mejores, más inteligentes y más creativas que permitan al mundo hacer más con menos en su labor conjunta.

Informe de OUTLOOK

Descarga el último número del informe más reciente del ONUSIDA. Preparado para la edición de 2010 de la Conferencia internacional sobre el sida celebrada en Viena, OUTLOOK está lleno de datos, fuertes testimonios y valoraciones sobre el futuro de la respuesta mundial al sida.

El valor de referencia

Conoce todos los detalles de la nueva encuesta de opinión, su metodología y el modo en que tú o tu organización podéis utilizar esta información en vuestros esfuerzos de promoción.



Bandeja de Entrada



Envía tus cartas al informe de OUTLOOK del ONUSIDA. Queremos saber lo que piensas sobre el nuevo informe y que nos des tu opinión sobre los temas que trata.

Escríbenos a:
outlook@unaids.org

Copyright © 2010
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Reservados todos los derechos.

ISBN: 978-92-9173-863-2

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene, no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Hombre Invisible

Comprueba como el reconocido artista Daniel Goldstein convierte más de 800 jeringuillas en una sinfonía de diseño innovador inspirada en el reflejo, la ausencia y la esperanza.

Concurso de propuestas

Observa de cerca tres ideas creativas diseñadas para una campaña internacional cuyo objetivo es acabar con las restricciones relacionadas con el VIH para entrar, permanecer o residir en un país. Desde un rollo de cinta adhesiva de color rojo a un mundo que parece mucho más pequeño, tres agencias esperan inspirarte para que empieces a marcar la diferencia.

Un día entre amigas – el 'making of'

Échale un vistazo a los entresijos del reportaje fotográfico *Un día entre amigas*. Vive la sesión fotográfica a través de un vídeo del 'making of' en Río de Janeiro, Brasil.

Arte por el sida

OUTLOOK se ha unido a MAKE ART/STOP AIDS para presentarte gran parte del arte que aparece en este informe. MAKE ART/STOP AIDS es una red internacional de expertos, artistas y activistas decididos a acabar con la epidemia mundial de sida. Los artistas son capaces de dar forma a posibilidades y perspectivas transformativas que en realidad dan otro rumbo al modo de pensar y actuar de las personas.

Infórmate

Déjate llevar por los datos en un viaje visual hacia el descubrimiento. OUTLOOK pregunta cómo podemos entender mejor la epidemia y la respuesta al sida a través de patrones, historias y conexiones. Consulta todos los gráficos y fuentes de *Infórmate*.

El principio de MPPVS: Apoyar una mayor participación de las personas que viven con el VIH y el sida mediante una iniciativa para fortalecer la capacidad y coordinación de las redes formadas por estas personas y las organizaciones de base comunitaria. Permitiendo su plena y total participación en nuestra respuesta común a la pandemia en todos los niveles (nacional, regional y mundial), esta iniciativa tratará, en particular, de estimular la creación de un entorno político, jurídico y social propicio para la respuesta al sida.

En qué estamos pensando

El estado de la respuesta al sida

En vísperas de los 30 años de la epidemia, el ONUSIDA evalúa dónde estamos y hacia dónde vamos en la epidemia y en la respuesta al sida. En una sección especial, destacamos los resultados de una nueva encuesta exhaustiva, donde se señala que el sida sigue ocupando las primeras posiciones en la lista de los problemas más importantes a los que se enfrenta el mundo.

OUTLOOK centra su atención en las economías emergentes de los países BRICS (Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica) y en cómo podrían frenar el curso de la epidemia de VIH. Tras observar la elasticidad económica de la sanidad, nos preguntamos si se trata de un lujo o una necesidad.

Tratamiento 2.0

¿Podemos revolucionar el tratamiento y con ello la prevención? El ONUSIDA analiza lo que la plataforma de tratamiento del mañana necesita hoy. Con 10 millones de personas a la espera de recibir tratamiento, la búsqueda de soluciones más inteligentes, más rápidas, menos costosas y más eficaces está en marcha.

VIH y consumo de drogas inyectables

El consumo de drogas inyectables es la principal vía de transmisión del VIH en Europa oriental y Asia central, la única región del mundo donde la prevalencia del virus sigue aumentando. Esta situación no es de extrañar si se tiene en cuenta que un único acto de exposición a través del uso de drogas inyectables conlleva una probabilidad de contraer el VIH del 1%, en comparación con el 0,2% si se practica el coito heterosexual sin protección.

Derechos aquí y ahora

En la encrucijada entre los derechos humanos y la epidemia de sida se encuentran muchas cuestiones. A menudo hay obstáculos que entorpecen la respuesta, desde restricciones para viajar hasta leyes y normas que discriminan a las personas que viven con el VIH. OUTLOOK sostiene que el mundo no puede responder al VIH de forma eficaz si no se atienden también los derechos humanos.

Arte por el sida

El arte siempre ha sido una forma de comunicación significativa, y desde la Fundación Keith Haring hasta el coleccionista de arte Jean Pigozzi, el ONUSIDA ha tenido el placer de trabajar con numerosos artistas y coleccionistas reconocidos. OUTLOOK se une al fotógrafo sudafricano Gideon Mendel para presentar un nuevo proyecto: *Through Positive Eyes*. Las ilustraciones del artista australiano Kat Macleod contribuyen a poner de relieve el problema de las restricciones para viajar. Además, colaboramos con el programa Make Art/Stop AIDS del profesor David Gere para mostrar las obras de Daniel Goldstein, Jiten Thukral y Sumir Tagra.

Nueva área prioritaria del ONUSIDA

El ONUSIDA ha incorporado una nueva área prioritaria cuyo objetivo es capacitar a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales y las personas transgénero para que se protejan de la infección por el VIH y tengan total acceso a la terapia antirretrovírica. Para realzar este tema nos fijamos en lo que significa ser un miembro de la comunidad transexual. Además, desde OUTLOOK lanzamos una pregunta: ¿eres homófobo?

Éstas son algunas de las estadísticas clave del año 2008:

NUEVAS INFECCIONES POR DÍA

| | |
|-----------------|------|
| Niños | 1200 |
| Jóvenes (15-24) | 2500 |
| Adultos (25+) | 3700 |

NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

| | |
|-----------------|-----------|
| Niños | 430 000 |
| Jóvenes (15-24) | 920 000 |
| Adultos (25+) | 1 340 000 |

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

| | |
|-----------------|------------|
| Niños | 2 100 000 |
| Jóvenes (15-24) | 5 000 000 |
| Adultos (25+) | 26 300 000 |

¿Sabía que...?

Datos de los informes de progreso presentados por los países en 2010 como parte de los informes del UNGASS



1 BELICE

El gobierno lanzó un programa de salud sexual en el que se capacitó a más de 150 educadores entre pares y se abrieron dos espacios adicionales adaptados para jóvenes como lugares seguros para que los estudiantes pudieran acceder a la información sobre el VIH.

2 TAILANDIA

El plan de estudios de True Lives en Tailandia se usa para aumentar los conocimientos y las habilidades entre personas que viven con el VIH y que acuden a revisiones clínicas de seguimiento. Los módulos incluyen la evaluación de síntomas de infecciones de transmisión sexual y el desarrollo de un plan para la revelación del propio estado serológico respecto al VIH.

3 ESTONIA

En la ciudad capital Tallin y sus alrededores, los servicios de intercambio de agujas y jeringas son gratuitos para el público. Entre 2004 y 2005, el número de jeringas distribuidas aumentó de 520 000 a 2,3 millones.

4 FINLANDIA

Pro-tukipiste (Pro-centro Finlandia) organizó en Helsinki un programa de capacitación entre pares dirigido a mujeres profesionales del sexo que hablan ruso. La capacitación abarcó derechos legales, salud y bienestar, prácticas sexuales seguras y abuso de drogas.

5 CANADÁ

Las personas aborígenes que viven con el VIH fueron atendidas en el marco de una colaboración entre el gobierno local y el federal en Winnipeg, Manitoba. El objetivo del proyecto era mejorar los resultados de salud para personas aborígenes que viven con el VIH y evitar que se queden sin hogar.

6 SWAZILANDIA

Una mayoría de niños swasis no vive en una familia con ambos padres. Swazilandia estableció centros de kagogo (abuela), en los que se enseñan aptitudes para la vida a niños huérfanos y vulnerables.

7 REPÚBLICA ISLÁMICA DE IRÁN

En la República Islámica de Irán, se han establecido clínicas triangulares para responder a las tres epidemias de infecciones de transmisión sexual, uso de drogas inyectables y VIH. Los centros utilizan un enfoque de reducción de daños y ofrecen servicios de tratamiento y prevención para infecciones de transmisión sexual y VIH.

8 INDONESIA

Además del asesoramiento y el suministro de tratamiento de sustitución con metadona, los asesores de la prisión de Kerokoban organizaron terapia a través de yoga y del arte para los reclusos.

Infórmate.

NUEVAS FORMAS DE MIRAR LOS DATOS

El VIH está por todas partes, pero la intensidad de la propagación del virus varía de unos lugares a otros. La alta prevalencia del VIH en Sudáfrica, combinada con el tamaño de su población, hace que sea el país donde viven más personas seropositivas. Por otro lado, la India, con una prevalencia mucho menor (por debajo del 1%) pero con una población de más de mil millones de personas, tiene el segundo número de personas que viven con el VIH. Swazilandia tiene una población de tan solo 1,2 millones de habitantes, pero uno de cada cuatro adultos está infectado por el VIH.

¿ESTAMOS HACIENDO LO SUFICIENTE?

En Australia, un usuario de drogas inyectables tiene acceso a unas 200 agujas y jeringas al año. La misma persona en la Federación de Rusia solo podría acceder a dos al año.

En África, la mayoría de las infecciones se producen a través de relaciones heterosexuales, pero en 2008, cada hombre adulto solo pudo acceder a cuatro preservativos. En Ghana, más del 40% de las infecciones se producen por el trabajo sexual, las relaciones sexuales entre hombres y el uso de drogas inyectables, pero solo se destinó un 0,24% de los recursos para la prevención a servicios para estas poblaciones.

En Uganda, muchas clínicas están esperando a que las personas que siguen el tratamiento mueran para poder ofrecer tratamiento a otras. En partes de Oriente Medio, el suministro de sangre no es seguro, mientras que en el resto del mundo se analiza prácticamente toda la sangre antes de cualquier transfusión. En las prisiones viven proporcionalmente más personas seropositivas que en el exterior.

OUTLOOK realiza un viaje visual por algunas de estas paradojas de la epidemia del VIH: sus diferentes caras, su propagación y la respuesta, sus éxitos y fracasos. Y se pregunta una vez más, ¿estamos haciendo lo suficiente?



33,4 MILLONES DE PERSONAS VIVEN CON EL VIH

2 MILLONES DE MUERTES AL AÑO

2,7 MILLONES DE NUEVAS INFECCIONES AL AÑO

430 000 niños

910 000 jóvenes

SOLO EN TORNO AL 40% CONOCEN SU ESTADO RESPECTO AL VIH

10 millones esperan tratamiento

5 millones siguen el tratamiento

ASIA
4,7 MILLONES

India 2,4 millones

EUROPA ORIENTAL
1,5 MILLONES

Federación de Rusia
940 000

AMÉRICA LATINA
2 MILLONES

Brasil
730 000

ORIENTE MEDIO
Y ÁFRICA
SEPTENTRIONAL
380 000

EL CARIBE
240 000

OCEANÍA
74 000

190 000
personas siguen
el tratamiento

AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL
2,3 MILLONES

Estados Unidos de América
1,2 millones

China
700 000

El 90% de las infecciones se
producen por transmisión
heterosexual

ÁFRICA SUBSAHARIANA
22,4 MILLONES

Mozambique
2,4 millones

Nigeria
2,6 millones

Uganda
940 000

103 080
niños

* Países con mayor
prevalencia del VIH en
adultos (prevalencia en
adultos en %)

Namibia*
200 000
(15,3%)

Lesotho*
270 000
(23,2%)

Swazilandia*
190 000
(26,1%)

Botswana*
300 000
(23,9%)

857 455 necesitan tratamiento

Etiopia
980 000

Sudáfrica*
5,7 millones
(18,1%)

República Unida de Tanzania
1,4 millones

Zimbabwe*
1,3 millones
(15,3%)

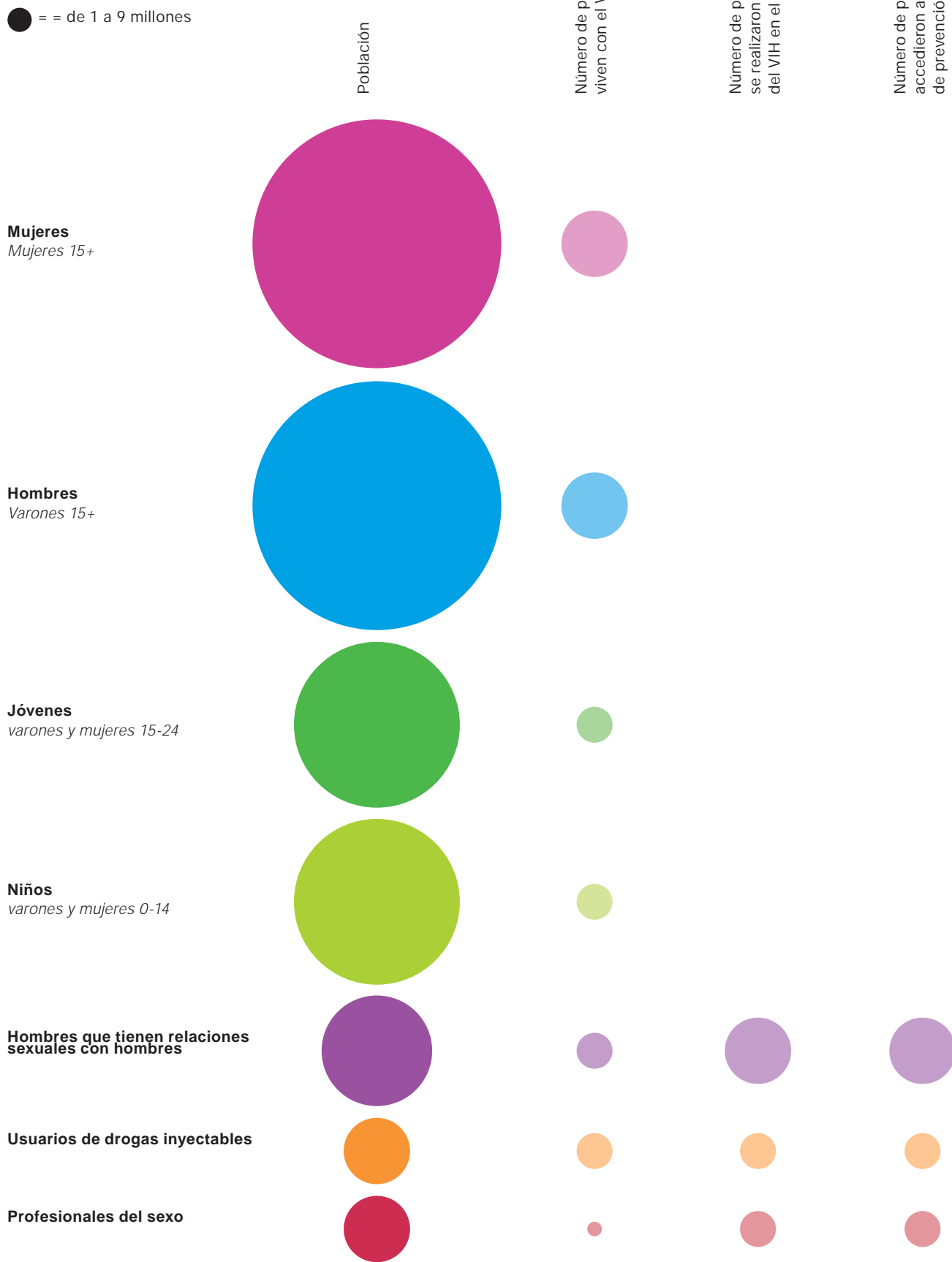
Zambia*
1,3 millones
(15,2%)

:: 1500 nuevas infecciones al día

1 millón de personas siguen el tratamiento

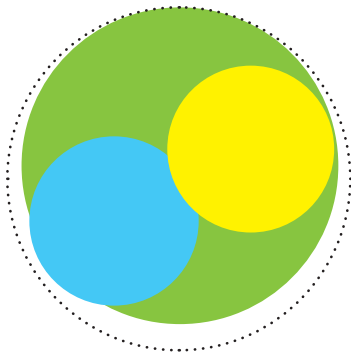
Poblaciones mundiales más expuestas al riesgo

● = = de 1 a 9 millones

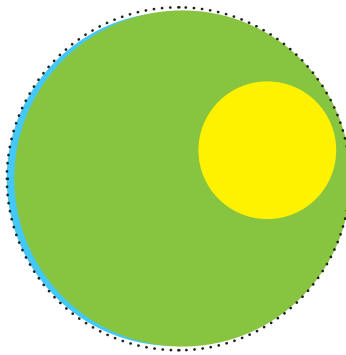


Fuente: Informes de progresos de los países para el UNGASS 2010, Situación de la epidemia de sida 2009 del ONUSIDA, Caerns 2006, Vandepitte 2006, Accijas 2006, Mathers 2008

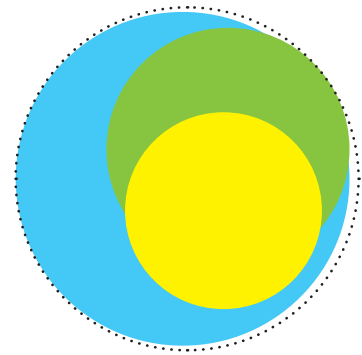
Consiguiendo que el trabajo sexual sea seguro



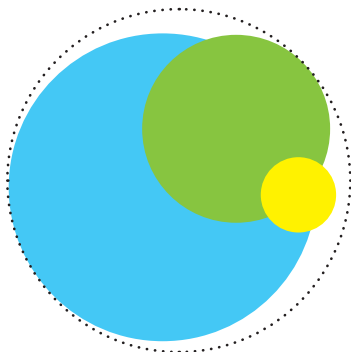
BENIN



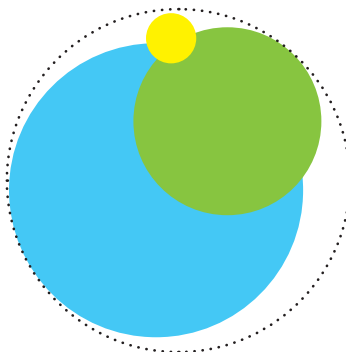
BURKINA FASO



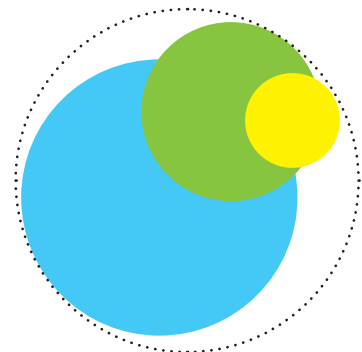
CÔTE D'IVOIRE



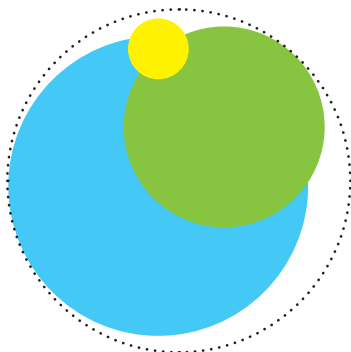
INDIA



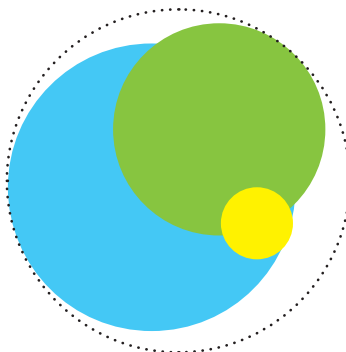
NEPAL



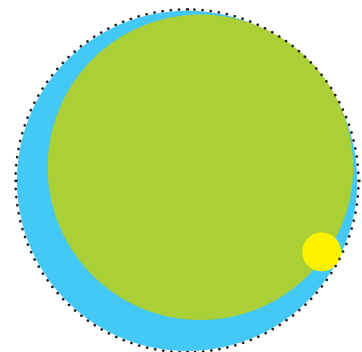
INDONESIA



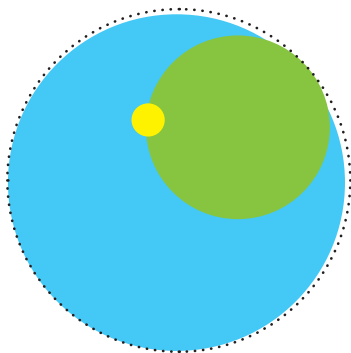
VIET NAM







FEDERACIÓN DE RUSIA



KAZAJSTÁN



RUMANIA

-  Todas las mujeres profesionales del sexo en el país (100%)
-  Porcentaje de profesionales seropositivas
-  Porcentaje de profesionales que se realizaron las pruebas del VIH el año pasado y conocen su estado serológico
-  Porcentaje de profesionales que utilizaron preservativo con su último cliente

La superposición de los círculos no indica una relación entre la proporción de la prevalencia del VIH y la proporción de la pruebas del VIH o del uso del preservativo respectivamente.

Las últimas 100 infecciones por el VIH

Cada cuadrado representa las últimas 100 infecciones por el VIH que se contrajeron en los siguientes países. Cada color representa un modo de transmisión diferente.

NIGERIA



CÔTE D'IVOIRE



LESOTHO



GHANA



KENYA



ZAMBIA



BENIN



BURKINA FASO



PERÚ



SWAZILANDIA



UGANDA



SENEGAL



Las fuentes se pueden encontrar en unaids.org

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 - Parejas femeninas de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 - Transfusiones de sangre
- Usuarios de drogas inyectables
 - Parejas de usuarios de drogas inyectables
 - Inyecciones médicas
- Población en prisiones (solo evaluado en Kenya)
 - Otros

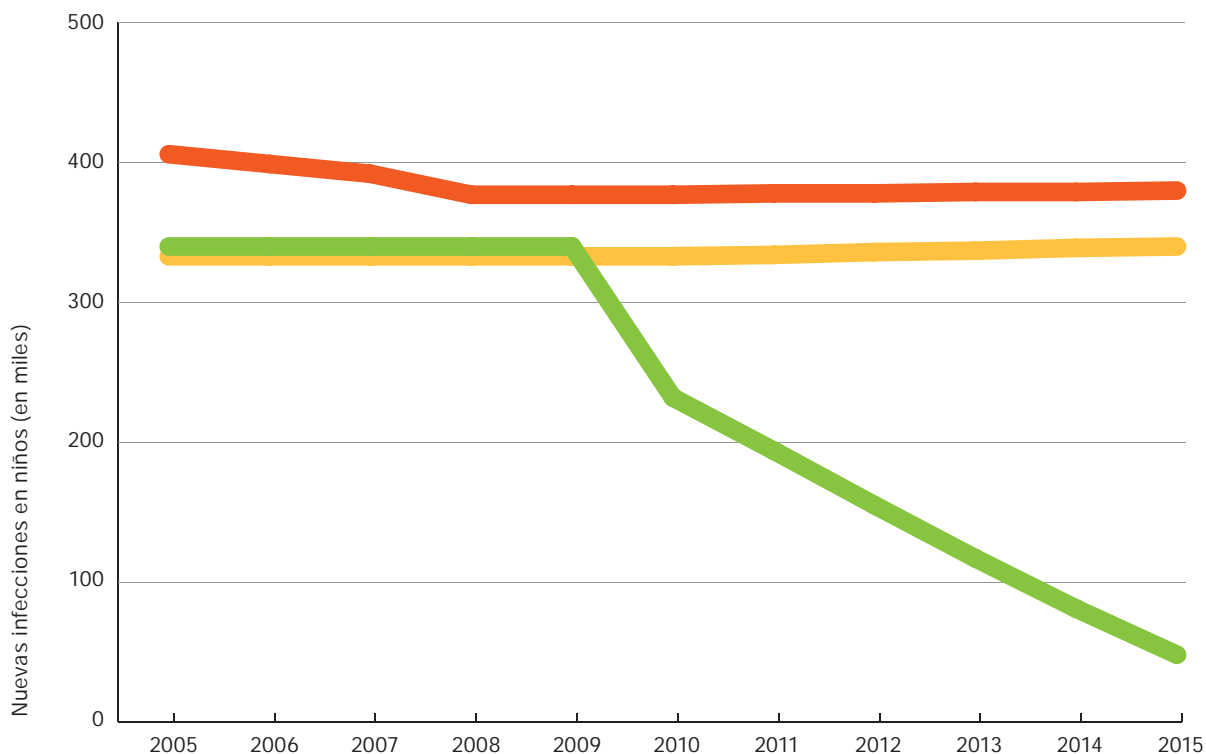
Eliminar casi por completo la transmisión maternoinfantil del VIH es posible

Se estima que, en condiciones ideales, la provisión de profilaxis antirretrovírica y la alimentación infantil de sustitución pueden reducir la transmisión de un 30-35% a un 1-2%.



Nuevas infecciones en niños en los 19 países con mayor número de mujeres embarazadas seropositivas, 2005-2015

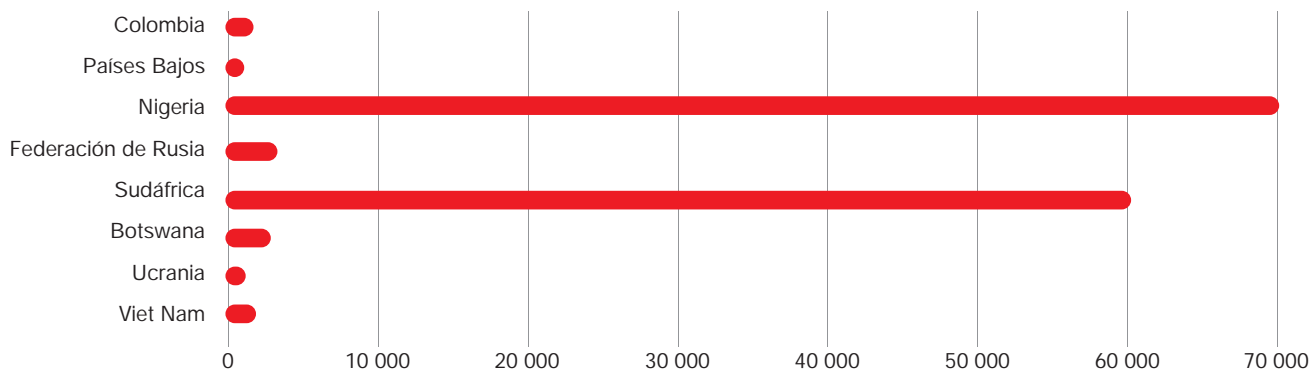
- Si no se dispusiera de prevención de la transmisión maternoinfantil
- Si mantenemos los niveles de cobertura de la prevención maternoinfantil de 2009
- Si ponemos en marcha cuatro puntos de acción*



*Poner en marcha cuatro puntos de acción incluiría reducir la incidencia del VIH en un 50%, reducir las necesidades de planificación familiar que no se satisfacen en un 100%, aumentar la profilaxis antirretrovírica (triplicar) hasta conseguir una cobertura del 95% y garantizar que la profilaxis continúe durante la lactancia

Fuente: Estimaciones y proyecciones nacionales del VIH, ONUSIDA

Nuevas infecciones entre niños (0-14) en 2008



Fuente: Estimaciones del VIH OMS/ONUSIDA, 2009

Más de la mitad del cielo

33,4 millones de personas viven con el VIH en todo el mundo

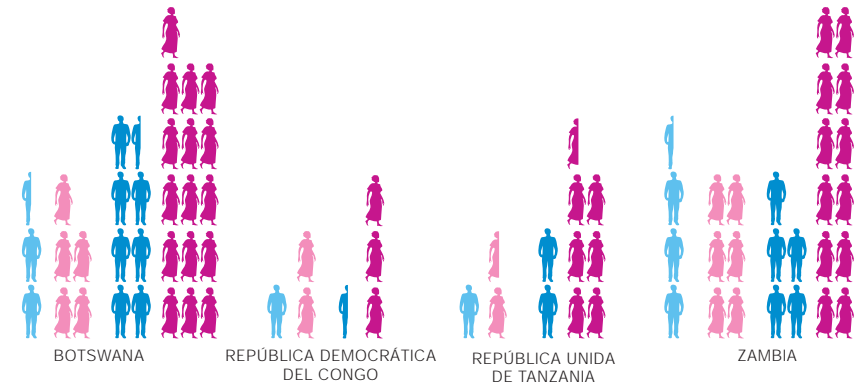
 2,4 MILLONES DE NIÑOS

 15,3 MILLONES DE HOMBRES





 15,7 MILLONES DE MUJERES

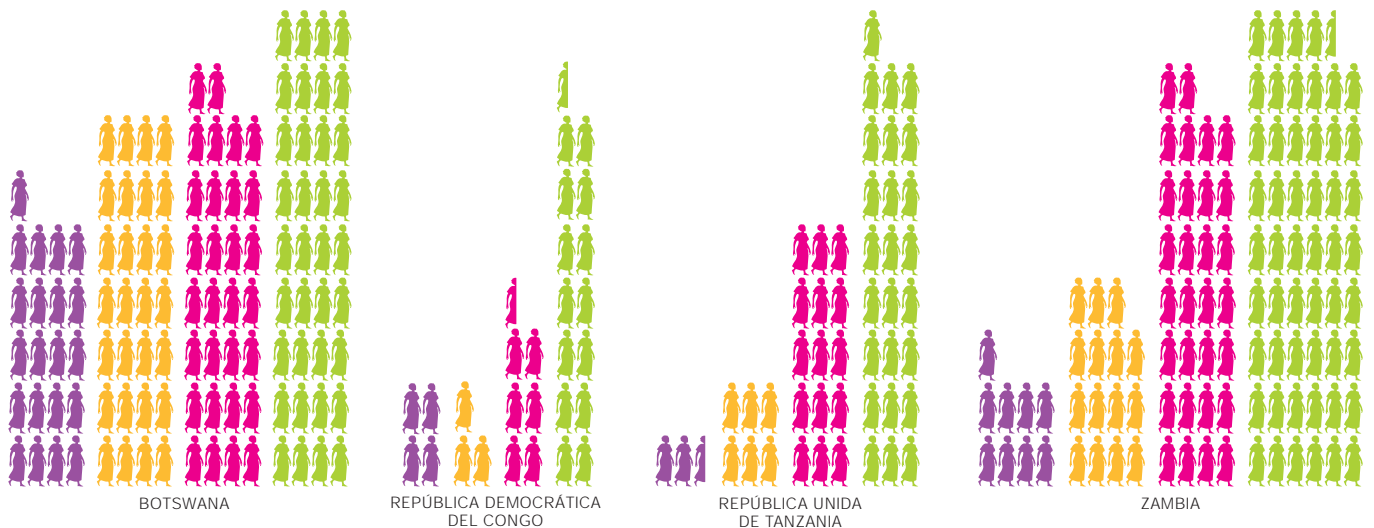
La prevalencia del VIH en mujeres es mayor que en hombres en África subsahariana

 = 1% de mujeres 15-19 años  = 1% de mujeres 20-24 años  = 1% de hombres 15-19 años  = 1% de hombres 20-24 años



Prevalencia del VIH en mujeres por estado civil en África subsahariana

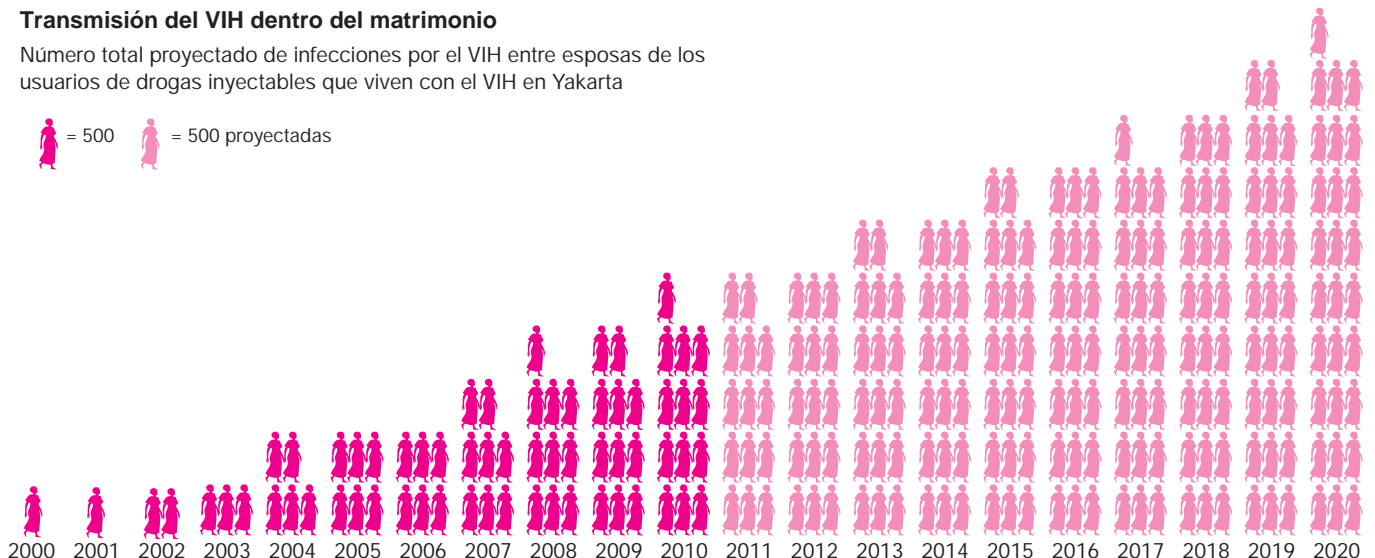
 = 1% de mujeres solteras  = 1% de mujeres casadas/que viven en pareja  = 1% de mujeres divorciadas/separadas  = 1% de mujeres viudas



Transmisión del VIH dentro del matrimonio

Número total proyectado de infecciones por el VIH entre esposas de los usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH en Yakarta

 = 500  = 500 proyectadas



Fuente: Asian Epidemic Model projections using Jakarta data

Políticas y acciones nacionales

Gobierno

| | Plan estratégico ¿Tiene el país...? | | | | Derechos humanos ¿Tiene el país leyes no discriminatorias? | | | | Prevención del VIH La mayoría de las personas que lo necesitan tienen acceso a: | | | | | Tratamiento | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|--|---|---------------------------|---|-----------------------------------|--|----------------------------|---------------------------------|--|--|--|--------------------------|--------------------------------|--|
| | Plan estratégico | Objetivos y metas claros | Un plan nacional de monitorización y evaluación | Un plan nacional de acción sobre huérfanos y niños | De las personas que viven con el VIH | De profesionales del sexo | De hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | De usuarios de drogas inyectables | Prevención de la transmisión maternoinfantil | Promoción de preservativos | Pruebas del VIH y asesoramiento | Reducción de daños para usuarios de drogas inyectables | Reducción de daños para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | Reducción de daños para profesionales del sexo | Terapia antirretrovírica | Tratamiento pediátrico del VIH | Pruebas del VIH y asesoramiento para pacientes de tuberculosis |
| Brasil | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Federación de Rusia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| India | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| China | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Sudáfrica | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Tailandia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Camboya | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Papua Nueva Guinea | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Viet Nam | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Indonesia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Haití | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Bahamas | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Guyana | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| República Dominicana | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Ucrania | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Estonia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Belarús | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Uzbekistán | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Swazilandia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Botswana | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Kenya | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Mozambique | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Panamá | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Suriname | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| México | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Colombia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Egipto | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Marruecos | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Argelia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Suiza | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| España | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| República Centroafricana | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Gabón | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Nigeria | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |
| Camerún | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | |

■ Sí
 ■ No
 ■ Sin datos
 ■ Sin preguntar

Sociedad civil

| | Plan estratégico ¿Tiene el país...? | Objetivos y metas claros | Un plan nacional de monitorización y evaluación | Un plan nacional de acción sobre huérfanos y niños | Derechos humanos ¿Tiene el país leyes no discriminatorias? | De profesionales del sexo | De hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | De usuarios de drogas inyectables | Prevención del VIH La mayoría de las personas que lo necesitan tiene acceso a: | Reducción de daños para usuarios de drogas inyectables | Reducción de daños para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | Reducción de daños para profesionales del sexo | Terapia antirretrovírica | Tratamiento pediátrico del VIH | Pruebas del VIH y asesoramiento para pacientes de tuberculosis |
|--------------------------|--|--------------------------|---|--|---|---------------------------|---|-----------------------------------|---|--|--|--|--------------------------|--------------------------------|--|
| Brasil | | | | | | | | | | | | | | | |
| Federación de Rusia | | | | | | | | | | | | | | | |
| India | | | | | | | | | | | | | | | |
| China | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sudáfrica | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tailandia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Camboya | | | | | | | | | | | | | | | |
| Papua Nueva Guinea | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viet Nam | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indonesia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Haiti | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bahamas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Guyana | | | | | | | | | | | | | | | |
| República Dominicana | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ucrania | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estonia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Belarús | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzbekistán | | | | | | | | | | | | | | | |
| Swazilandia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Botswana | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kenya | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mozambique | | | | | | | | | | | | | | | |
| Panamá | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suriname | | | | | | | | | | | | | | | |
| México | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colombia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Egipto | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marruecos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Argelia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suiza | | | | | | | | | | | | | | | |
| España | | | | | | | | | | | | | | | |
| República Centroafricana | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gabón | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nigeria | | | | | | | | | | | | | | | |
| Camerún | | | | | | | | | | | | | | | |

Los países seleccionados para cada región son aquellos con mayor prevalencia y/o mayor número de personas que viven con el VIH (ONUSIDA 2008). La información proviene del Índice compuesto de política nacional (NCP) de los informes del UNGASS 2010. Los funcionarios del gobierno completan la parte A y los representantes de organizaciones de la sociedad civil, de agencias bilaterales y de organizaciones de las Naciones Unidas la parte B. El gobierno envía el informe final. La información específica sobre cada país está ya disponible en línea. Todos los datos se publicarán el noviembre. Visite www.unaids.org para más información.

Nota a los lectores: Los comentarios son las reacciones de la Secretaría Ejecutiva tras recibir este memorándum del Ministerio del Interior; y sí, el discurso está basado en hechos reales.

En algún lugar del mundo

Pero el gobierno también ha aprobado un plan integral de prevención del VIH, incluida la reducción de daños

Memorándum

De: Secretaría Ejecutiva, autoridad nacional sobre el sida
Para: Secretario Permanente, Ministerio del Interior
Cc: Lectores de OUTLOOK
Fecha: Julio de 2010
Re: Discurso sobre consumo de drogas y sida que se pronunciará en la próxima conferencia

Me pregunto si la amenaza es utilizar la palabra 'amenaza'.

Debido a la molesta nube de cenizas volcánicas, el viceministro no podrá llegar a tiempo a su destino para pronunciar el discurso. Como su sustituta, he leído el borrador que nos ha enviado y he sentido la necesidad de reescribirlo.

Podemos aprender de otros. Muchos países de nuestra región están consiguiendo resultados satisfactorios al abordar este problema.

Señoras y señores,

Es un gran honor para mí participar en esta importante conferencia en la que se aborda una de nuestras mayores prioridades: el consumo de drogas y la propagación del VIH. Nuestro gobierno siempre ha defendido la prohibición total de las drogas. En vista de las epidemias de VIH y drogadicción que asolan nuestro país, hemos formulado una estrategia nacional de control con un doble propósito: acabar con las drogas y el VIH, amenazas combinadas que afectan a nuestra nación.

Creemos que nuestro país es diferente, por lo que nuestras soluciones deben ser únicas. No ignoramos el hecho de que algunos elementos requerirían un enfoque delicado a la hora de abordar el control de drogas, pero dar ese paso supondría un retroceso para la nación, y nuestros jóvenes se verían afectados por un problema que no solo es inhumano, sino que supone una amenaza para la vida.

Nuestra política descansa sobre cuatro pilares:

- Tolerancia cero hacia el consumo de drogas.
- Disuasión.
- Educación.
- Rehabilitación.

Estos pilares se pondrán en práctica con el fin de convertirnos en una nación sin drogas para 2015.

Por supuesto que no queremos que los jóvenes se enganchen a la droga, pero tampoco queremos discriminar a las personas que consumen drogas y viven con el VIH.

Los consumidores de drogas, como todo el mundo, tienen derecho a que se les proteja de sufrir detenciones arbitrarias, torturas y asesinatos.

No se puede obligar a la gente a ingresar en una clínica de rehabilitación.

Qué tal estos cinco pilares

1. Prevención primaria antes de empezar a consumir drogas
2. Acceso a la reducción de daños
3. Tratamiento voluntario.
4. Despenalización de los usuarios de drogas
5. Participación de los consumidores en el diseño y la aplicación de programas

???

Proporcionar tratamiento, un empleo y prestar apoyo son medidas que funcionan mejor que las tácticas que asustan a la población, que solo conseguirán empujar a la gente a la clandestinidad.

Necesitamos que nuestros hijos se mantengan alejados de la droga. No podemos permitir que nuestras calles y nuestros centros de recreo se conviertan en **antros de consumo**. Para conseguirlo, debemos perseguir de forma activa el concepto de tolerancia cero, uno de los ejes fundamentales del programa electoral del partido que gobierna el país, una promesa que ahora debemos cumplir.

Tenemos que aumentar la presencia policial en nuestras calles. **Un océano** se forma con pequeñas gotas de agua. Si podemos eliminar de nuestras calles los elementos visibles del comercio de la droga, podemos minar la moral de los traficantes.

El segundo pilar de nuestra política es la disuasión. Nuestras leyes son claras. Advertimos a la población de los peligros que conlleva el consumo de drogas y **castigamos a aquellos que no respetan la ley**. También colaboramos con el Consejo

Médico para garantizar que la compra de sustancias químicas que se pueden utilizar para fabricar drogas, así como los utensilios necesarios para hacerlo, está estrictamente regulada. Los medicamentos están para salvar vidas, no para destruirlas.

Parece que el uso de drogas se percibe cada vez más como una actividad **normal, incluso de moda**. Pero el consumo no es un crimen sin víctimas. Corroe la sociedad y perjudica la salud y el bienestar de personas, **familias y comunidades**. Se calcula que los costes sanitarios de un usuario de drogas son un 80% más altos que los de un ciudadano medio en el mismo rango de edad.

Los consumidores no pueden **tomar decisiones libremente** sobre su futuro, así que cruzarnos de brazos y decir **"vamos a legalizarlas"** no es una opción política.

Y por último, permítanme hablar sobre la rehabilitación. Estoy completamente de acuerdo con que los consumidores de drogas deben reintegrarse en la sociedad cuando han dejado por completo, no durante el proceso. Soy consciente de que algunos programas piloto de nuestro país proporcionan **sustitutos opiáceos**, además de jeringuillas y agujas esterilizadas. ¿Por qué la gente apoya la idea de poner **más agujas en manos de los consumidores**?

Pensamos que es una estratagema de la **industria farmacéutica para crear un nuevo mercado** con el pretexto de tratar a los consumidores. Desde nuestro punto de vista, al introducir estas medidas nos estamos abriendo a una dependencia de por vida. Si la metadona no se utiliza en los **países desarrollados**, ¿por qué deberíamos usarla nosotros?

Señoras y señores,

Les insto a actuar con cautela y a no cejar en la aplicación de **enfoques probados**. **Nuestro deber es respetar la ley**, de este modo podremos proteger el futuro de nuestro país y traer paz y estabilidad a la región.

Gracias.

La reducción de daños puede ayudar a la ley. No contradice otras estrategias válidas para la reducción de la demanda de drogas

Australia, Canadá, Reino Unido y los Estados Unidos utilizan la metadona en sus terapias de sustitución de opiáceos

Por eso el índice de prevalencia del VIH ha aumentado hasta llegar a más de un 40% en la capital.

Podemos trabajar para conseguir un océano de miedo o un mar de conocimientos y tranquilidad.

Que se respeten los derechos humanos de la gente no quiere decir que pongamos de moda las drogas

Ayudemos a familias y comunidades a encontrar soluciones locales

Sí pueden. Los estudios muestran que los consumidores en terapia de sustitución de opiáceos pueden tener un trabajo.

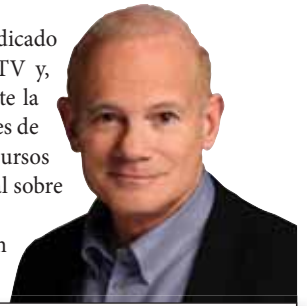
Creo que aquí nadie está diciendo que se legalice la heroína.

Bien, conoce la terapia con metadona, ahora hay que asegurarse de que se convierte en un promotor del tratamiento. La metadona es un medicamento que la OMS considera apropiado.

Repartir agujas y jeringuillas esterilizadas no aumenta el consumo de drogas, sino que reduce la probabilidad de transmitir el VIH y la hepatitis C.

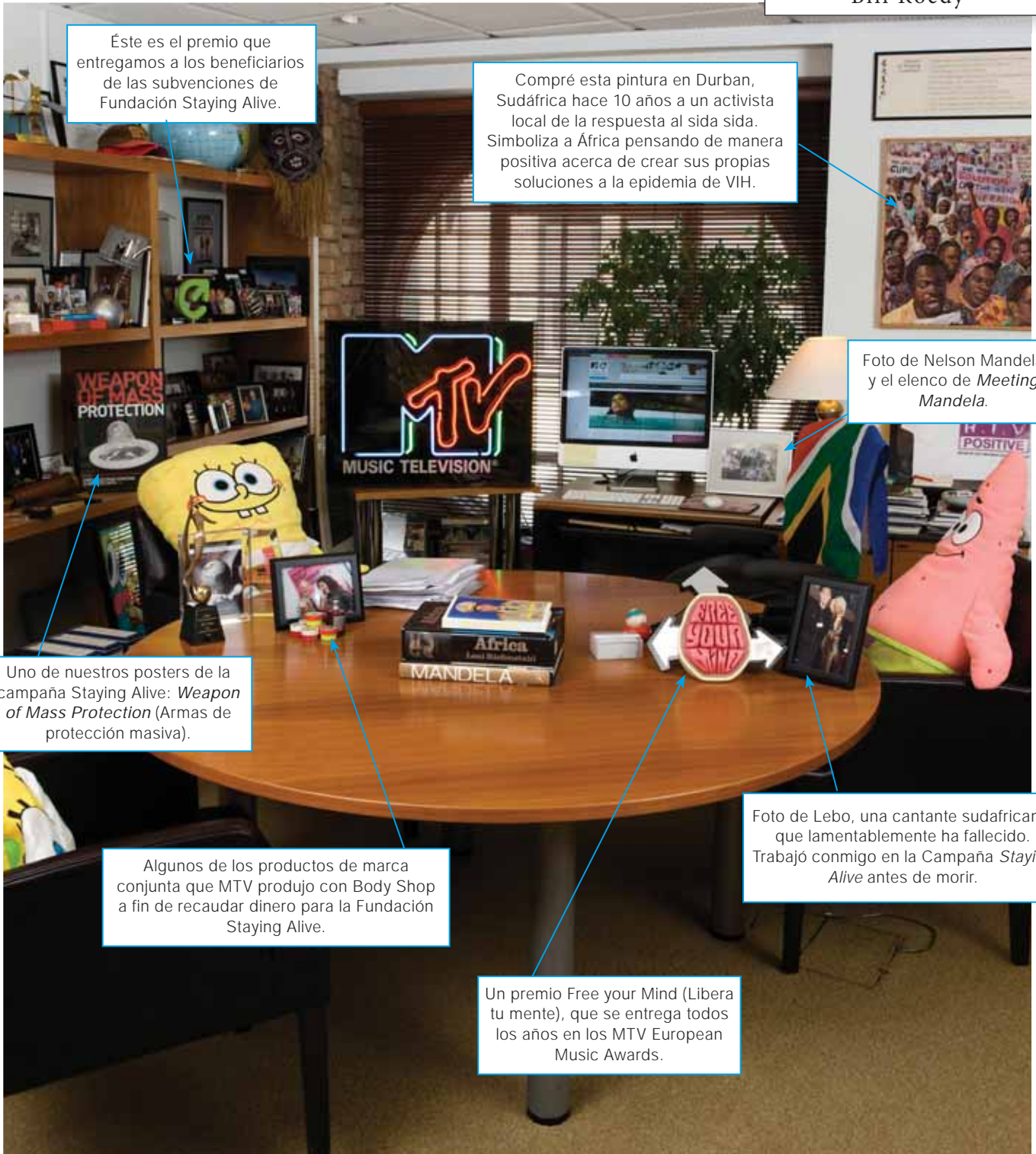
¿Dónde están los datos que lo demuestran?

Bill Roedy es presidente y director general de MTV Networks International y, desde los años ochenta, es un dedicado activista de la respuesta al sida. El primer caso de VIH se registró el mismo año del lanzamiento de MTV y, desde entonces, la empresa de medios se ha esforzado por atraer de manera creativa a su audiencia mediante la sensibilización acerca de la epidemia. A través de la campaña MTV Staying Alive, Roedy lidera las actividades mundiales de la cadena encaminadas a promover la educación acerca del VIH. La campaña ha producido sitios web, eventos y concursos que se transmiten en la red de canales de MTV y llegan a más de 900 millones de hogares al año con información vital sobre la prevención del VIH.



LA OFICINA DE
Bill Roedy

El Sr. Roedy también es el presidente de la Fundación Staying Alive, que se lanzó en 2005 para ampliar el impacto en las comunidades. La Fundación otorga pequeñas subvenciones en efectivo para proyectos de prevención del VIH en todo el mundo y hasta la fecha ha entregado más de 230 subvenciones a jóvenes en más de 56 países. A través del poder de los medios de comunicación, el interés principal del Sr. Roedy es habilitar a los jóvenes a marcar la diferencia y fomentar un cambio social positivo. “Los individuos motivados por un sueño en común y que trabajan juntos por una causa pueden cambiar el mundo”, sostiene el Sr. Roedy.



Éste es el premio que entregamos a los beneficiarios de las subvenciones de Fundación Staying Alive.

Compré esta pintura en Durban, Sudáfrica hace 10 años a un activista local de la respuesta al sida. Simboliza a África pensando de manera positiva acerca de crear sus propias soluciones a la epidemia de VIH.



Foto de Nelson Mandela y el elenco de *Meeting Mandela*.

Uno de nuestros posters de la campaña Staying Alive: *Weapon of Mass Protection* (Armas de protección masiva).

Algunos de los productos de marca conjunta que MTV produjo con Body Shop a fin de recaudar dinero para la Fundación Staying Alive.

Foto de Lebo, una cantante sudafricana, que lamentablemente ha fallecido. Trabajó conmigo en la Campaña *Staying Alive* antes de morir.

Un premio Free your Mind (Libera tu mente), que se entrega todos los años en los MTV European Music Awards.

Concurso de propuestas

Un tema. Tres agencias. Cientos de grandes ideas.



OUTLOOK pidió a tres agencias de marketing y comunicación que nos presentaran sus mejores ideas para una campaña contra las restricciones en la entrada, estancia o residencia en un país basadas en el VIH, a menudo denominadas “restricciones para viajar”.

Cada agencia presentó su “propuesta”: una presentación creativa que muestra cómo se puede promover una idea.

LAS PAUTAS

Crear una campaña visual dirigida a los viajeros que acuden a los aeropuertos, bien sea para una revista para el vuelo o un sitio web.

Agencia 1.

LEO BURNETT INDIA

Mumbai | leoburnett.com

CONCEPTO—Las rutas de vuelo

Para explicar el concepto de las restricciones para viajar queríamos un anzuelo visual sorprendente, a la vez que simple, que representara su impacto. Un mapa mundial de las rutas de vuelo es una representación directa de los viajes. Esta comunicación creativa se reforzó utilizando el símbolo más conocido del movimiento mundial del sida, los lazos rojos, para trazar las rutas. Con un efecto visual directo, sincero y llamativo, los títulos resaltados llaman la atención sobre aquellos países que restringen la entrada de las personas que viven con el VIH. El slogan hace un llamamiento a la acción y anima a los lectores a que se informen más sobre la campaña.

Texto: Actualmente 51 países imponen restricciones para viajar a las personas que viven con el VIH. Lo único que consiguen estas restricciones es reforzar el estigma y la discriminación. Debemos unirnos y alzar nuestras voces contra ellas. Apoya la campaña para poner fin inmediatamente a las restricciones para viajar en unaids.org.

Acerca de la agencia

Junto a sus asociados, Leo Burnett India lucha por situar el lado humano en el centro de las marcas de sus clientes, para transformar así la manera en la que las personas piensan, sienten y en último término, se comportan. Leo Burnett es parte Publicis Group, que cuenta con 96 oficinas en 84 países.





Agencia 2.
MOVING BRANDS
Londres | movingbrands.com

CONCEPTO—Cortar el rollo

El papeleo (“the red tape” en inglés, cuya traducción literal al español sería “la cinta roja”) siempre ha sido un símbolo de la burocracia que pone trabas innecesarias y absurdas en todos los aspectos de la vida diaria, política y cotidiana. Queremos utilizar este simbolismo para sensibilizar e instar al público a cortar las restricciones contra las personas que viven con el VIH. El enfoque gráfico utiliza un rollo de cinta adhesiva hecho a medida que se puede utilizar en varias situaciones y contextos. Se puede colocar en carteles publicitarios, portadas de revistas, sitios web y en cualquier lugar de la calle. También se utilizará una cinta gráfica en los medios impresos, digitales y en pantalla. Habrá dos tipos de cinta; una tendrá una lista de los países que imponen estas restricciones y otra mostrará el mensaje de la campaña.

Texto: Ayúdanos a cortar el rollo. 51 países imponen restricciones para viajar innecesarias a las personas que viven con el VIH. Para más información, visita unaids.org.

Acerca de la agencia

Moving Brands es una compañía de marketing independiente galardonada con varios premios que tiene estudios creativos en Londres, Zurich, Tokio y San Francisco. Mediante su enfoque único de estrategia, identidad y experiencia de marca, crea nuevas formas para que las marcas conecten con las personas y viceversa. Nuestro objetivo es redefinir las marcas estableciendo nuevos estándares de creatividad para un mundo en movimiento.





Agencia 3.
YOUNG & RUBICAM BRANDS
 Ginebra | yrbc.com

CONCEPTO 1—Es un mundo diferente

Si eres seropositivo y deseas viajar, el mundo es completamente diferente: es como si algunos países no existieran. Esta es la idea a la que da vida un gráfico sencillo del mundo con aquellos países que tienen restricciones para viajar. El mapa del mundo es un icono que todos reconocemos. Cuando se vuelve a dibujar, teniendo en cuenta las restricciones para viajar relacionadas con el VIH, el mundo parece un lugar realmente diferente, un sitio que no conocemos. Esta es la idea que está detrás de este anuncio.

Texto: 51 países imponen sin motivo restricciones para viajar a las personas que viven con el VIH. Ayúdanos a abrir fronteras en unaids.org.

CONCEPTO 2—La verdad de la ironía

Las restricciones para viajar que afectan a las personas que viven con el VIH no tienen justificación alguna. Sin embargo, sigue habiendo muchos países que las imponen. Mediante una serie de titulares sencillos pero directos, insistimos en la verdad: estas restricciones no tienen sentido, son dañinas y en lugar de ayudar, perjudican. La idea es utilizar el ingenio y la ironía para que resulte imposible no llegar a la conclusión de que las restricciones que impiden que las personas que viven con el VIH viajen están, simple y llanamente, mal.

Texto: Si eres seropositivo, la mitad del mundo no quiere conocerte. 51 países imponen sin motivo restricciones para viajar a las personas que viven con el VIH. Ayúdanos a abrir fronteras en unaids.org.

Acerca de la agencia

Young & Rubicam Brands Ginebra es una agencia de marketing integrada que se centra en ofrecer a los clientes “ideas antes del anuncio, ideas más allá del anuncio”. La oficina acoge bajo un mismo techo a Group companies Y&R (publicidad), Cohn & Wolfe (relaciones públicas), Wunderman (marketing relacional), Landor (marcas y diseño) y Y&R Business Communications (comunicaciones B2B), así como a Y&R Business Consultants y a la planificación y compra de los medios mediante Mediaedge: CIA. Gracias a una filosofía contable interna y a un sistema que elimina la necesidad de promover una disciplina particular, los clientes tienen garantizado un enfoque de marketing que ofrece los mejores resultados posibles para su presupuesto total de marketing.



“Señoras y señores, les deseamos un vuelo agradable y les recordamos que, sin ninguna razón evidente, este es un vuelo VIH-negativo”.

51 países imponen restricciones para viajar a las personas que viven con el VIH sin motivos. Ayúdanos a abrir fronteras en www.unaids.org



Según parece, la ignorancia es más contagiosa que el VIH.

51 países imponen restricciones para viajar a las personas que viven con el VIH sin motivos. Ayúdanos a abrir fronteras en www.unaids.org



Laboratorio

ESTADOS UNIDOS

¿PLÁTANOS CONTRA EL VIH?

Según los investigadores de la Universidad de Michigan, en los Estados Unidos de América, los plátanos podrían contener la clave de nuevas opciones de protección frente al VIH. Los científicos descubrieron en las pruebas de laboratorio que la lectina (una proteína que se une al azúcar) que contienen los plátanos podría ser tan potente como dos de los medicamentos que se utilizan actualmente para tratar el VIH. Michael D. Swanson, autor principal del estudio, afirmó que "El problema con algunos medicamentos para el VIH es que el virus puede mutar y comenzar a ser resistente, pero esto es mucho más complicado con la presencia de lectinas." Algún día la fruta más popular del mundo podría ayudar a los científicos a desarrollar un microbicida con lectinas.



FRANCIA

SITIO WEB PARA LA COMUNIDAD SEROPOSITIVA FRANCÓFONA

El sitio web de la asociación francesa contra el VIH, AIDES, pretende conectar a las personas francófonas que viven con el VIH en todo el mundo, desde África subsahariana hasta Quebec. Seronet.info, que sigue el modelo de redes sociales populares como Facebook y MySpace, ofrece a los usuarios herramientas interactivas que les permiten comunicarse e intercambiar información. Seronet.info, una de las pocas redes sociales en francés para personas que viven con el VIH, incluye foros, blogs, chats y listas de sugerencias adaptadas específicamente a las necesidades de la comunidad (seronet.info).



REINO UNIDO

WWW.THEPLEASUREPROJECT.ORG

"The Pleasure Project" (El proyecto placer) es una iniciativa educativa que promueve que el sexo sin riesgo es mucho mejor. El proyecto adopta un enfoque positivo y, como él mismo lo define, "sexy" de las prácticas sexuales sin riesgo. El grupo facilita formación innovadora, asesoramiento, investigación y publicaciones a los formadores y asesores sobre la salud sexual.

UGANDA

TELÉFONOS MÓVILES: UN SALVAVIDAS PARA LOS BEBÉS RECIÉN NACIDOS

Diez centros de salud de áreas rurales de Uganda están utilizando SMS para enviar a los médicos los resultados de las pruebas del VIH de los bebés recién nacidos cuyas madres son seropositivas en tan solo de tres a cinco días. Antes de que comenzara este proyecto piloto, podían pasar hasta 10 semanas antes de que se recibieran los resultados de las pruebas. Para un recién nacido, este lapso de tiempo puede ser toda una vida ya que obliga a retrasar el inicio de la terapia antirretrovírica, pudiendo exponer al bebé a un mayor riesgo. Si el proyecto piloto tiene éxito, el sistema se trasladará a toda Uganda, lo que podría ayudar a reducir de manera significativa la gran tasa de mortalidad infantil del país.

SOMALIA

LA EDUCACIÓN SOBRE EL VIH LLEGA A LA ESCUELA

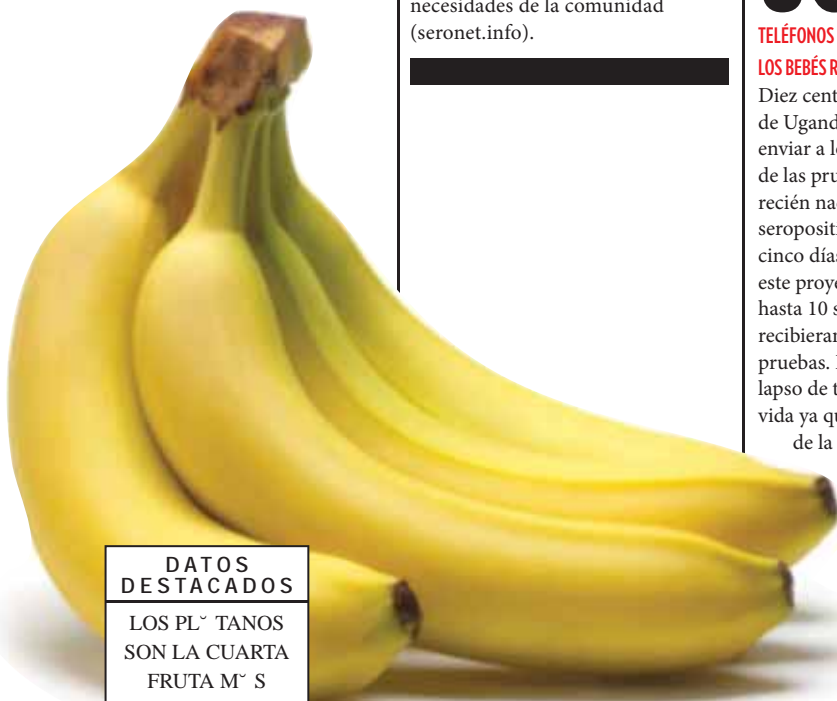
Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), no se pueden aplicar políticas para reducir la vulnerabilidad al VIH de los niños y los jóvenes sin la cooperación absoluta del sector educativo. En la autoproclamada República de Somalilandia, en el noroeste de Somalia, un nuevo programa está transmitiendo por primera vez a unos 800 alumnos de las escuelas primarias e infantiles mensajes sobre el VIH.

RUMANIA

LAS INTERVENCIONES A TIEMPO SON EFECTIVAS

Rumania es uno de los pocos países de Europa central y oriental que no tiene una epidemia del VIH concentrada en los usuarios de drogas inyectables, a pesar de que se cree que tiene una población importante de estos usuarios. En Bucarest, capital del país, se estima que viven 16.000 usuarios de drogas inyectables (el 0,9% de los habitantes de esta ciudad), de los cuales un 95% se ha inyectado drogas durante más de dos años. Sin embargo, la prevalencia del VIH (1,0% en 2009) es menor que en otras ciudades con perfiles similares.

Los investigadores creen que esto se debe a que los programas de prevención del VIH han sido efectivos, ya que el 85% de los usuarios de drogas afirman haber utilizado equipos de inyección estériles la última vez que consumieron drogas inyectables. La ampliación del acceso a agujas y jeringas estériles en farmacias (en 2009 el 38% de los usuarios de drogas afirmaba que habían accedido a estos recursos en las farmacias, comparado con un 10% en 2005) ha contribuido a esta mejora.



DATOS DESTACADOS

LOS PLÁTANOS SON LA CUARTA FRUTA MÁS CULTIVADA EN TODO EL MUNDO.

de Ideas

AUSTRALIA

NUEVA PRUEBA RÁPIDA PARA EL VIH

En Australia se está desarrollando una nueva aplicación para mejorar la lectura de los resultados de las pruebas rápidas del VIH. El Instituto Burnet de Victoria y la compañía australiana de aplicaciones biomédicas Axxin LTD han unido sus fuerzas para desarrollar un dispositivo que permita leer con precisión las pruebas rápidas para determinar si un paciente necesita terapia antirretrovírica. La portavoz del instituto Burnet, Tracy Routledge, afirmó en Sydney Star Observer que es una innovación importante en Australia y que ayudará a eliminar el “error humano” a la hora de diagnosticar si una persona con VIH necesita comenzar la medicación o cuándo debe hacerlo.



INDIA

CHANCLAS CON MENSAJE

En la India, las chanclas vienen con un mensaje sobre cómo utilizar un preservativo. Algunos artículos de la línea de ropa diseñada por los artistas Thukral y Tagra incluyen mensajes de prevención del VIH. Jiten Thukral y Sumir Tagra colaboran en varios medios, incluidos la pintura, la escultura, la instalación, el vídeo, el diseño gráfico y de productos, sitios web, música y moda.



ESTADOS UNIDOS

ENSAYO CLÍNICO DEL PRIMER MEDICAMENTO

“CUATRO EN UNO” PARA EL VIH

Gilead Sciences está llevando a cabo un ensayo clínico de fase III para evaluar un medicamento para el VIH “cuatro en uno”: tenofovir + emtricitabina, más un nuevo compuesto, elvitegravir, que bloquea una enzima llamada integrasa que el virus necesita para insertarse en los genes de una persona, y un medicamento de refuerzo. En un estudio se comparará la seguridad, eficacia y tolerancia de la píldora cuatro en uno respecto a la píldora tres en uno actual de la compañía (tenofovir + emtricitabine + efavirenz) durante un periodo de 96 semanas en los Estados Unidos y Puerto Rico.

El segundo estudio comparará la píldora cuatro en uno con otro tratamiento para el VIH (ritonavir, atazanavir de refuerzo y tenofovir + emtricitabine) durante un periodo de 96 semanas en más de 200 emplazamientos de América del Norte, Sudamérica, Europa y Asia y el Pacífico. Los resultados iniciales mostraron que la píldora cuatro en uno reducía el virus hasta niveles indetectables en el 90% de los pacientes tras 24 semanas y que tenía menos efectos secundarios que la píldora tres en uno.

MALASIA

ISLAM Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

Tras realizar un estudio exhaustivo sobre la epidemiología del uso de drogas inyectables y el VIH en países islámicos, los investigadores de la Universidad de Malasia han identificado una serie de orientaciones básicas incluidas en el Corán y en la Sunna (tradiciones proféticas) que respaldan los programas de intercambio de agujas y la terapia de sustitución de opiáceos.

Aunque las drogas sean “haram” y por lo tanto el Islam las prohíba, el consumo de drogas ilícitas es una práctica extendida en muchos países islámicos de todo el mundo, lo que ha contribuido a que las epidemias del VIH estén visiblemente concentradas en usuarios de drogas inyectables. Según el estudio, si se miran a través de los principios islámicos de preservación y protección de la fe, la vida, el intelecto, la progenie y la riqueza, los programas de reducción de daños están permitidos y ofrecen una solución práctica a un problema que podría suponer a la larga un daño mucho mayor para la sociedad si no se aborda adecuadamente.

MOZAMBIQUE

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS MEJORAN LA RESPUESTA AL VIH EN KAYAK

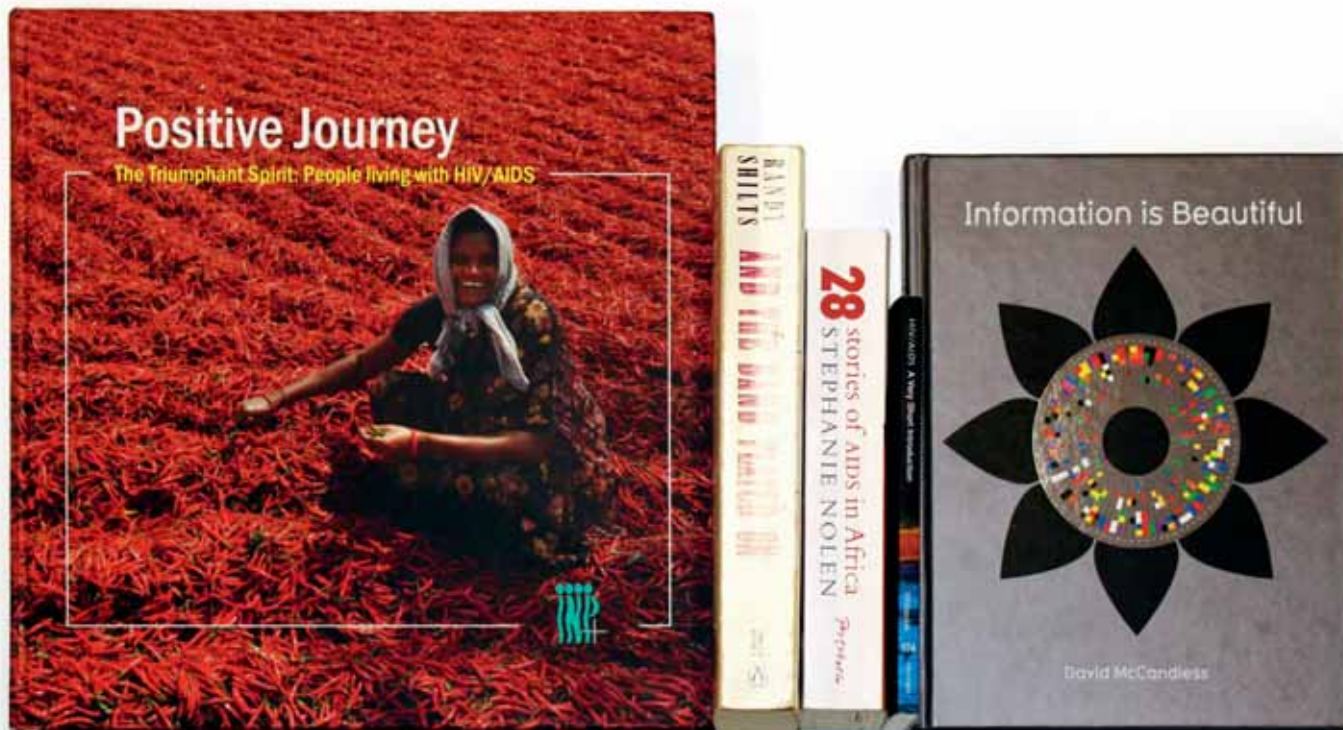
Es vital para la salud y la supervivencia de los niños que puedan haber estado expuestos al VIH que reciban pronto los resultados de las pruebas. El Instituto Nacional de la Salud (INS) de Mozambique está utilizando mensajes de texto para transmitir por teléfono móvil los resultados de las pruebas del VIH en tiempo real directamente de los laboratorios a 260 instalaciones sanitarias del país que ofrecen tratamiento del VIH y atención pediátrica. En otro proyecto, el INS está probando sobre el terreno un dispositivo que ofrece a los pacientes los resultados de sus pruebas de CD4 en el mismo día, lo que ayuda a reducir en número de visitas al centro de salud y mejora los resultados del tratamiento. En una región del norte, este dispositivo de CD4 se transporta en kayak a las comunidades remotas que no tienen acceso por carretera.



{ OUTLOOK }

Recomienda

Libros y una lista de canciones para no perderse



Libros

Antología del sida

Partner to the poor

De Paul Farmer, 2010

Durante casi 30 años, el antropólogo y médico Paul Farmer ha viajado a algunos de los lugares más empobrecidos para llevar la mejor atención médica posible a los más pobres de los pobres. En 1987, él y varios colegas fundaron Partners in Health con el fin de brindar una opción de atención sanitaria preferencial para los necesitados. *Partner to the poor* es una recopilación de sus escritos desde 1988 a 2009 y ofrece un amplio panorama de su labor. Una porción de las ganancias obtenidas por las ventas del libro se donará a Partners in Health.



HIV/AIDS: a very short introduction

De Alan Whiteside, 2008

La introducción de Alan Whiteside al VIH constituye un recurso excelente para cualquiera que desee entender mejor la evolución de la epidemia del VIH o ponerse al día respecto de los avances clave en la respuesta mundial al sida. Este libro de bolsillo, que incluye un resumen epidemiológico del virus y estadísticas que ayudan a trazar un mapa de la progresión del VIH, es un recurso fantástico para tener a mano.

28 stories of AIDS in Africa

De Stephanie Nolen, 2008

La reconocida periodista canadiense Stephanie Nolen recogió 28 historias de personas que viven con el VIH y están afectadas por él en 14 países africanos. Las historias le ponen un rostro humano a la epidemia y demuestran la magnitud del VIH a través de vidas individuales. Articula la desesperación, la pérdida, el dolor —y, a veces, el amor, la esperanza y la vida— de las personas a quienes la autora ha conocido en sus viajes.

Clásicos

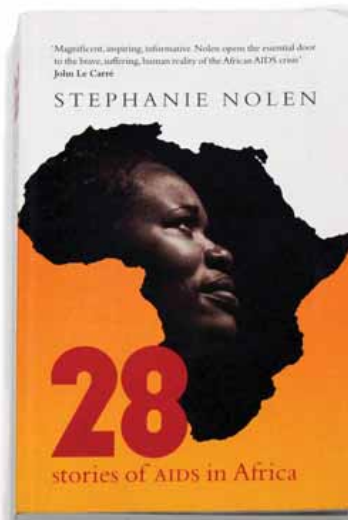
And the band played on: politics, people, and the AIDS epidemic

De Randy Shilts, 1987

Randy Shilts, uno de los pocos reporteros que profundizaron sobre el tema al comienzo de la epidemia, fue más allá de los títulos para investigar los aspectos sociales y científicos de la enfermedad. El autor, abiertamente gay, se negó a aceptar el VIH como una “enfermedad de homosexuales”, tal como se la etiquetó entonces, y a través de su trabajo, demostró los efectos de las desigualdades y el estigma hacia las personas que viven con el VIH. Veintitrés años después, su labor sirve de referencia del periodismo de investigación de calidad.



28 stories of AIDS in Africa
De Stephanie Nolen, 2008



Arte

Information is beautiful

De David McCandless, 2010

No es el típico libro de mesa, se trata de presentar información (encuestas, cronologías y otros datos) de una forma que es accesible para todos. Los lectores se encontrarán hojeando sus páginas, deteniéndose para girar el libro en distintas direcciones para apreciar mejor los gráficos, los círculos y otras nubes de la “hermosa información” presentada.

Positive journey: the triumphant spirit—people living with HIV/AIDS

De la Red India de Personas que Viven con el VIH (INP+), 2009

El fotógrafo indio Shaju John pasó varios años plasmando las vidas de personas que viven con el VIH en seis estados de la India. Positive journey, un proyecto de INP+, intercala imágenes potentes con relatos conmovedores. En el prólogo del libro, el fotógrafo nos cuenta sobre el cambio del que fue testigo en los últimos años, cuando las personas que vivían con el VIH solían ocultar sus rostros al ser fotografiados. Este libro es un testimonio de esa transformación.

Música

Inspiradora

Universal Child

Annie Lennox, edición especial (2010)

Annie Lennox presentó por primera vez esta canción en el programa benéfico estadounidense American Idol Gives Back 2010. Lennox, activista de larga trayectoria en la respuesta al sida y recientemente nombrada Embajadora de Buena Voluntad del ONUSIDA, se inspiró en el llamamiento a la acción de Nelson Mandela. Comenzó la campaña SING con el objeto de recaudar fondos y generar sensibilización para conseguir apoyo y suscitar un cambio para las mujeres y los niños que viven con el VIH y están afectados por el virus en Sudáfrica.

Single Ladies (Put a Ring on it)

Beyoncé Knowles, de I Am... Sasha Fierce (2008)

La frase “Put a ring on it” (ponle un anillo), de la canción de Beyoncé, se usa como eslogan de una campaña pública de promoción del preservativo femenino en los Estados Unidos. La campaña enseña a profesionales de la salud del área de Chicago a utilizar el preservativo femenino para que, a su vez, puedan transmitir la información a sus pacientes.

Al-Vida

Salman Ahmad, edición especial (2005)

La estrella de rock paquistaní Salman Ahmad es el cantante principal y miembro fundador de una de las bandas de rock más importantes de Asia meridional, Junoon. Embajador de Buena Voluntad del ONUSIDA desde 2005, ha utilizado su música para sensibilizar sobre el VIH. Para el Día Mundial del Sida de 2005, Salman Ahmad presentó Al-Vida, una canción y su videoclip dedicados a la lucha de una mujer contra el estigma, la discriminación y la ignorancia en torno a las personas que viven con el VIH.

Mutoto Kwanza

Angélique Kidjo, de Oyaya! (2004)

El título de esta canción para bailar, una fusión de salsa y ska, significa “los niños primero”, una expresión que la cantante beninesa oyó de un grupo de niños en la República Unida de Tanzania. En el país en el que representa a UNICEF como Embajadora de Buena Voluntad, Angélique Kidjo se sintió anonada por el número de niños huérfanos por el sida. Su experiencia allí y escuchar a los niños gritar “mutoto kwanza” motivaron a Kidjo a reflejar la penosa situación de ellos, pero de una forma que es positiva y que expresa esperanza.

Abre tu Corazón (el Sida)

Marco Antonio Fernández, de Canciones Pendientes (2003)

Esta apasionada balada del músico chileno Marco Antonio Fernández pide amor incondicional y aceptación. Abre tu corazón (el sida) alienta a las personas a ver más allá del síndrome y a vencer la ignorancia acerca del VIH.

Kandjoura

Toumani Diabaté, de Jarabi: the best of Toumani Diabaté (2001)

Toumani Diabaté, al que se le atribuye el mérito de presentar el kora, un instrumento tradicional de África occidental que es un cruce de arpa y laúd y tiene 21 cuerdas, fue nombrado Embajador de Buena Voluntad del ONUSIDA en diciembre de 2008. El primer tema musical del álbum, Kandjoura, que habla de amor, valor, espiritualidad, tolerancia y perdón, es la respuesta del artista a la epidemia de sida.



Mutoto Kwanza
Angélique Kidjo, de Oyaya!
(2004)

Mann Ke Manjeeré

Shubha Mudgal,
de *Mann Ke Manjeeré* (2001)

Dar poder a las mujeres para superar la violencia y la represión es el tema de esta canción hindú compuesta por la conocida cantante Shubha Mudgal. El videoclip, en el que actúa la actriz india Mita Vashisht, fue visto en 26 millones de hogares de la India y se le atribuye haber puesto en primer plano la realidad de la violencia doméstica, no sólo en la India sino también por todo el continente asiático. Traducido sin demasiado rigor, “mann ke manjeeré” significa “la música de mi mente”. El título de la canción también es el nombre de una campaña sobre la violencia contra la mujer que encabeza la organización no gubernamental india Breakthrough.

Together Again

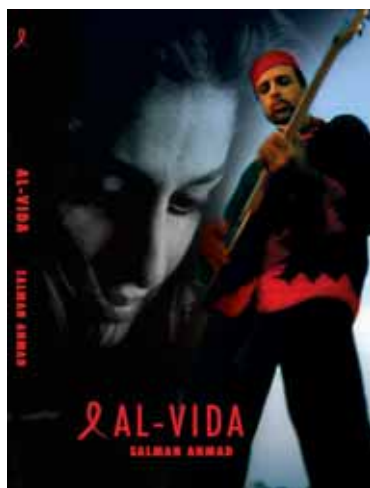
Janet Jackson, de *The Velvet Rope* (1997)

Together Again es el tributo sentido y, a la vez, alegre de Janet Jackson a los amigos que perdió por el sida. Together Again, el segundo single de su exitoso álbum *The Velvet Rope*, fue editado justo después del Día Mundial del Sida en 1997. La canción se convirtió en su octavo gran éxito en ocupar el primer puesto del US Billboard Hot 100 Singles y vendió casi seis millones de copias en todo el mundo.

I'll Stand by You

The Pretenders, de *Last of the Independents* (1994)

Escrita por Chrissie Hynde junto con su equipo compositor, la canción fue interpretada por Shakira en el telemaratón Hope for Haiti organizado por George Clooney y MTV. El telemaratón recaudó millones de dólares para ayudar a reconstruir el país —el más afectado por el VIH del Caribe— y su respuesta al sida después del devastador terremoto de enero de 2010.



Al-Vida
Salman Ahmad,
edición especial (2005)



One
U2, de *Achtung Baby* (1991)

Streets of Philadelphia

Bruce Springsteen, de *Philadelphia: Music from the Motion Picture* (1994)

Bruce Springsteen escribió *Streets of Philadelphia* por pedido personal del director de la película, Jonathan Demme. *Philadelphia* fue una de las primeras películas comerciales de Hollywood en tratar temas como el VIH, la homosexualidad y la homofobia. El éxito de *Streets of Philadelphia* suscitó interés por la película, que llegó a un público que de otro modo no la hubiera visto.

Everybody Wants

Remo Fernandes,
de *Politicians Don't Know How to Rock 'n' Roll* (1992)

La letra de *Everybody Wants* causó un gran revuelo cuando fue difundida en la India en 1992. Con su estribillo “Everybody wants to oomph! Without the fear of AIDS” (¡Todos quieren ser sexi! Sin el temor al sida) la canción fue una de las primeras del país en hablar abiertamente acerca de las relaciones sexuales y el VIH.

One

U2, de *Achtung Baby* (1991)

Muchos críticos consideran esta pieza musical una de las mejores canciones de U2. El título de la canción comparte el nombre con la organización benéfica del cantante principal, Bono. La Campaña ONE apoya los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con especial énfasis en acabar con la pobreza extrema y fortalecer la respuesta al sida.

Together Again
Janet Jackson,
de *The Velvet Rope* (1997)

(Something Inside) So Strong

Labi Siffre, de *So Strong* (1988)

La inspiración del cantante y compositor británico Labi Siffre para esta canción vino de un documental televisivo en que se muestra la violencia del apartheid en Sudáfrica. Desde entonces, se ha convertido en más que un himno contra el apartheid, uno con el que se identifica todo aquel que ha padecido el racismo, la represión o el estigma y la discriminación. Muchas organizaciones han utilizado esta canción en las campañas dirigidas a mujeres y niños.

Feeling Good

Anthony Newley y Leslie Bricusse, para el musical *The Roar of the Greasepaint, the Smell of the Crowd* (1964)

Este clásico ha sido versionado por muchos desde Muse hasta Michael Bublé, pero quizás la versión más famosa es la interpretada por la inolvidable Nina Simone. ¿Por qué esta canción? El estribillo lo dice todo: “Es un nuevo amanecer, es un nuevo día, es una nueva vida, para mí, y me siento bien”. ●



EL ESTADO DE LA RESPUESTA AL SIDA

OUTLOOK estudia la prevención y el tratamiento del VIH para analizar el estado de la respuesta al sida en 2010.

Los tiempos de dificultades económicas exigen soluciones mejores, más inteligentes y más creativas.



-
- 32 **EL FUTURO DEL SIDA COMIENZA HOY**
El director ejecutivo del ONUSIDA comparte sus pensamientos
-
- 34 **EL VALOR DE REFERENCIA**
Una nueva encuesta exhaustiva marca una nueva década
-
- 46 **TRATAMIENTO 2.0**
Ideas innovadoras
-
- 54 **DAR SENTIDO AL DINERO**
La sanidad es una necesidad
-
- 62 **LA RESPUESTA DE LOS BRICS**
Cinco países, una economía conjunta de 9 billones de USD y un tercio de la carga mundial del VIH
-
- 74 **LA RESPUESTA TRANSFORMADA DE SUDÁFRICA AL SIDA**
Se avecina un cambio
-
- 80 **SUDÁFRICA, ¿QUÉ PIENSAS?**
Los ciudadanos comparten sus opiniones
-

El futuro del sida comienza hoy

Michel Sidibé

Director ejecutivo del ONUSIDA

Hace unos meses, sentado en una clínica de Lagos, Nigeria, observaba como el padre de Jacob escuchaba con paciencia a la doctora mientras esta le hablaba del tratamiento y la atención que debería ofrecer a su hijo. Según presenciaba la lucha heroica de la familia de Jacob para seguir con vida, sabía que padre e hijo podían haber encontrado alguna forma de haber evitado infectarse por el VIH en primer término.

¿Podemos evitar las 7400 infecciones por el VIH que se producen cada día? Sí, pero para ello necesitaremos nada más y nada menos que una revolución de la prevención.



Durante tres décadas se ha debatido qué es efectivo y qué no en la Asamblea General de las Naciones Unidas, parlamentos, foros comunitarios, lugares de culto, foros científicos y conferencias. Entramos en la cuarta década con el mejor conocimiento posible sobre las opciones de prevención combinada y tratamiento que nos ayudarán a conseguir nuestro objetivo común de cero nuevas infecciones.

Las nuevas infecciones superan el número de personas que comienzan el tratamiento en una proporción de 5 a 2. ¿Cómo podemos trabajar de manera más inteligente y rápida para superar al VIH? Más del 80% de la transmisión es sexual. Es evidente que prevenir la transmisión del VIH no es tan simple como que dos y dos son cuatro, pero cada método de prevención que ya ha sido probado debe desempeñar un papel central.

Se debería fomentar asimismo un diálogo

abierto en familias y comunidades sobre la sexualidad, adaptado a las realidades actuales. La prevalencia del VIH en mujeres de entre 15 y 19 años en Sudáfrica y Kenya es tres veces mayor que en los varones del mismo grupo de edad. En otros países, como Botswana y la República Unida de Tanzania, es el doble. En muchos casos la causa de estas diferencias alarmantes es el sexo intergeneracional. Es absolutamente necesario identificar y abordar los factores que empujan a mujeres y hombres a mantener relaciones sexuales con personas más mayores. Las respuestas se pueden encontrar en las cuestiones de desarrollo fundamentales: acceso a la educación, empleo, seguridad social y salud. Cuando no se satisfacen las necesidades básicas, aumenta la vulnerabilidad. El sexo

no seguro se convierte a menudo en un medio para sobrevivir.

Por supuesto, no todo el sexo es comercial. El sexo es una necesidad biológica y humana. Las normas sociales como la prohibición de las relaciones prematrimoniales no son necesariamente prácticas en edades en las que las personas están esperando para contraer matrimonio. Retrasar la edad de la primera relación sexual es una

opción de prevención importante, pero no podemos depender solo de ella. Se puede capacitar a los jóvenes para que gestionen sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Podemos disipar aquellos miedos de los padres y la sociedad que les hacen pensar que la educación sexual empujará a sus hijos a mantener relaciones sexuales a una edad más temprana. Un análisis reciente de 83 estudios realizado por D.B. Kirby y otros concluyó que la educación sexual no adelanta o aumenta las conductas sexuales, sino que, al contrario, las retrasa o reduce, o en su lugar incrementa el uso del preservativo y de anticonceptivos.

La implicación activa de los hombres podría ayudar a desbloquear uno de los principales obstáculos que se interpone en la respuesta al sida. Y la circuncisión masculina adulta podría convertirse en una plataforma

para el cambio. Es alentador ver como el Rey Zúlu, Goodwill Zwelithini, ha recuperado la práctica de la circuncisión masculina entre los jóvenes zulúes como respuesta a los datos que indican que la circuncisión masculina tiene un efecto de protección del 60%. Este es el poder de las comunidades.

Otro de los puntos de acceso para los hombres es que conozcan mejor su estado respecto al VIH. Así pueden iniciar conversaciones con sus parejas sexuales sobre el sexo sin riesgo, el embarazo y el tratamiento. Un estudio realizado recientemente en Malawi ha mostrado que un enfoque de las pruebas del VIH dirigido a los hogares, que ofrece los resultados de manera inmediata, puede ayudar a que todos los miembros de la familia accedan a las pruebas del VIH y al asesoramiento.

Fuera de África subsahariana, gran parte de la transmisión del VIH se da en contextos de sexo entre hombres, trabajo sexual y consumo de drogas. Desafortunadamente estas conductas a menudo están penalizadas y estigmatizadas. Estar en los márgenes de la sociedad no significa que las personas deban recibir únicamente servicios de prevención marginales. Por este motivo he pedido que no se penalice a los usuarios de drogas ni a los adultos que mantienen relaciones sexuales consentidas. Los beneficios de este enfoque son enormes. La iniciativa de sida Avahan y los funcionarios del gobierno de la India afirman que se ha conseguido que la cobertura de los servicios de prevención del VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sea prácticamente universal en el país. Este es el tipo de revolución de la prevención de la que hablo, donde se prescinde de una agenda limitada en favor del bien común.

En Kolkata, India, los profesionales del sexo están dirigiendo cooperativas, gestionando clínicas sanitarias y garantizando que las chicas menores de edad no se inicien en el comercio sexual. También han conseguido mantener una prevalencia baja del VIH entre profesionales del sexo durante las últimas dos décadas y están compartiendo su conocimiento con el resto de la región.

El futuro de la prevención: el sueño de un optimista incorregible

Estamos en el 2020, dentro de diez años.

Recordamos el éxito de las campañas a gran escala de las pruebas del VIH realizadas en la década de 2010. Después de que Sudáfrica mostrara el camino, muchos otros países lo siguieron. El estigma social ha desaparecido y es normal que todo el mundo conozca su estado respecto al VIH.

Ser seronegativo nunca ha sido tan fácil. Las estrategias de comunicación, incluidas las redes sociales, han reforzado las normas de prevención del VIH, consiguiendo que en el 95% de las primeras relaciones prematrimoniales se utilice el preservativo.

Sean seropositivos o seronegativos, los jóvenes tienen a su disposición diversas opciones para evitar la transmisión sexual del virus. La cuarta generación de preservativos femeninos ha sido todo un éxito: en 2019 la venta de preservativos femeninos superó por primera vez a la de preservativos masculinos.

La historia de la circuncisión masculina también ha sido todo un éxito. Entre 2010 y 2020, todos los hombres adultos y adolescentes que lo desearon fueron circuncidados en los países de alta prevalencia, mientras que los bebés varones son circuncidados al nacer.

Un avance importante ha sido el uso de la terapia antirretrovírica para reducir la carga del virus a la que el sistema inmunitario se tiene que enfrentar. El mundo ha descubierto los grandes beneficios del tratamiento como prevención.

Los microbicidas también han tenido un éxito impresionante. Ahora tenemos varios métodos de administración. El más popular es un anillo que combina la anticoncepción y los microbicidas, que la mujer puede llevar internamente durante hasta tres meses. La liberación paulatina de ingredientes activos evita tanto embarazos no deseados como el VIH.

La tecnología ha avanzado más rápido de que lo que se esperaba. El recuento de CD4 apenas se utiliza para decidir cuándo se inicia el tratamiento y, gracias a la resistencia probada y a la baja toxicidad de la nueva terapia, seguir el tratamiento es pan comido.

Las investigaciones sobre las vacunas recibieron un gran estímulo en 2009, cuando un ensayo realizado en Tailandia descubrió un modesto efecto de protección del 30%. Desde entonces se han realizado varios ensayos. En cada uno de ellos la vacuna se ha adaptado a la cepa del virus que es más común localmente.

Uno de los mayor éxitos de los últimos diez años es que todos los países del mundo han completado un análisis de los “modos de transmisión” de su propia epidemia del VIH (para saber dónde se produjeron las últimas 1000 infecciones). Gracias a los ajustes que los programas nacionales realizaron al inicio de la década para abordar las diferencias entre las epidemias locales y la repuesta, los países de todo el mundo han visto los frutos de la combinación efectiva de programas de prevención del VIH más adaptados.

Gracias a los esfuerzos de coordinación sin precedentes y al intercambio de conocimientos entre los países, la respuesta mundial al sida se ha erigido como un modelo para hacer frente a otros retos a los que se enfrenta la humanidad.

Las comunidades se movilizarán si tienen acceso a servicios adecuados y efectivos de prevención y tratamiento del VIH. Menos de uno de cada 100 usuarios de drogas inyectables en Asia central tiene acceso a la terapia de sustitución de opiáceos. Podemos hacerlo mejor. En África subsahariana, cada persona sexualmente activa solo dispone de cuatro preservativos al año. Podemos hacerlo mejor, como hemos podido comprobar en Sudáfrica, donde cada persona que tome la iniciativa de realizarse las pruebas del VIH podrá recibir 100 preservativos.

Todavía me invade una inmensa alegría cada vez que tengo entre mis brazos a un bebé seronegativo cuya madre vive con el VIH. Podemos eliminar la transmisión maternoinfantil y mantener a las madres con vida. La repuesta al sida tiene que desempeñar un papel importantísimo a la hora de reducir la mortalidad materna. Por ello he comprometido al ONUSIDA a apoyar el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas para la creación de un movimiento mundial de salud materna e infantil que ayude a conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5. De la misma manera que la terapia antirre-

trovírica ayuda a garantizar que una mujer embarazada que vive con el VIH no transmita el virus a su bebé durante el embarazo o el parto, también existen estudios que muestran que las personas que siguen la terapia antirretrovírica tienen menos probabilidades de infectar a otras cuando su carga vírica es baja. Este enfoque del tratamiento como método de prevención ofrece una nueva plataforma que puede ayudar a que las personas que viven con el VIH se pongan al frente de la revolución de la prevención.

El concepto de “salud, dignidad y prevención positivas” comienza con la capacitación de las personas que viven con el VIH para que puedan cuidar de su propia salud y de la de sus seres queridos.

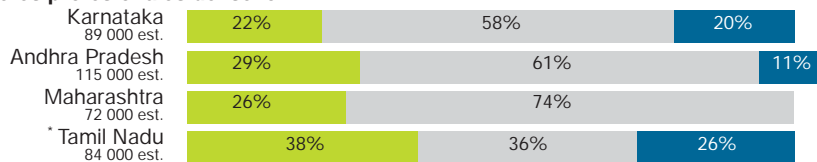
La revolución de la prevención significa poner en práctica todo lo que hemos aprendido en los casi 30 años de epidemia. Significa duplicar nuestros esfuerzos y ajustarlos a las necesidades. Significa remover cielo y tierra para encontrar soluciones nuevas e innovadoras. Y, sobre todo, significa respetar los derechos y la dignidad de todas las personas, independientemente de su edad, género u orientación sexual, y capacitarlas para que puedan protegerse por sí solas del VIH.

Saturar la cobertura de prevención mediante programas complementarios. Avahan ha conseguido una cobertura alta para las poblaciones estudiadas (datos de monitorización de programas rutinarios).

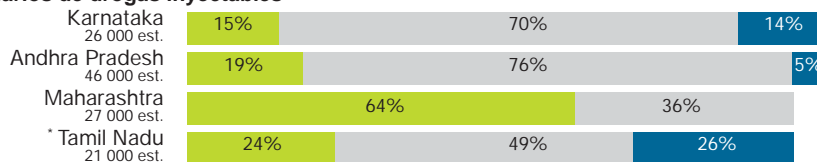
Usuarios de drogas inyectables



Mujeres profesionales del sexo



Usuarios de drogas inyectables



■ Gobierno de India y otros ■ Avahan ■ No cubiertos

Los porcentajes indican la cobertura prevista mediante el establecimiento de servicios en áreas geográficas específicas. *Incluye distritos donde no se prevé ninguna cobertura. La localización y la estimación del tamaño varían por estado. No incluye áreas rurales. Fuente: Datos de Avahan y del programa de State AIDS Control Society.

EL VALOR DE REFERENCIA

El ONUSIDA y la empresa de sondeos de opinión Zogby International encuestaron personas de todo el mundo para saber qué piensan acerca de la epidemia de sida y la respuesta a ésta.

En este sondeo, el primero de su tipo, el sida sigue ubicándose en los primeros puestos de la lista de los problemas más importantes a los que se enfrenta el mundo.

Un nuevo sondeo general llevado a cabo por el ONUSIDA y Zogby International muestra que, a casi 30 años del comienzo de la epidemia de sida, en los países de las distintas regiones el sida continúa en los primeros puestos de la lista de los problemas más importantes a los que se enfrenta el mundo.

Casi todas las personas encuestadas en África subsahariana, el Caribe, Asia meridional y sudoriental, América Latina y Asia oriental dicen que el sida es importante.

En los Estados Unidos de América, ocho de cada diez personas dicen que es importante, y casi nueve de cada diez opinan lo mismo en la Federación de Rusia. En la India, alrededor de dos tercios afirman que la epidemia de sida es más importante que otros problemas que el mundo afronta en la actualidad. En África subsahariana, seis de cada diez (57%) personas dicen que la epidemia de sida tiene la misma importancia que los demás problemas que aquejan al mundo.

En la encuesta en general, el sida lidera la percepción pública como el mayor problema sanitario en el mundo, seguido por el agua potable segura.

El mayor logro en la respuesta al sida

En general, una de cada tres personas (34%) considera que la sensibilización acerca del sida es el mayor logro en la respuesta a la epidemia. A este logro, le siguen la ejecución de otros programas de prevención del VIH (17,8%) y el desarrollo de nuevos medicamentos antirretrovíricos (17,1%).

Alrededor del 7,8% de los encuestados mencionó el acceso al tratamiento como el mayor logro, y el 7,2% dice que fue la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

Cerca del 3,9% de las personas encuestadas consideró que los programas de educación sobre la abstinencia daban resultado. Apenas un poco más del 5% opinó que el mundo había sido eficaz en la distribución de preservativos o agujas limpias

como parte de los esfuerzos de prevención.

El desarrollo de un nuevo tratamiento antirretrovírico fue considerado como el mayor logro en los Estados Unidos, Europa oriental y Asia central. El acceso al tratamiento fue el logro mencionado con más frecuencia por los encuestados en América Latina (11%) y el Caribe (12%).

El financiamiento es un obstáculo importante

En Suecia, alrededor del 62% de las personas piensa que la disponibilidad de fondos/recursos o la disponibilidad de asistencia sanitaria asequible (en un 58%) representa un impedimento para que el mundo dé una respuesta eficaz al sida. Aproximadamente el 60% de las personas en el Reino Unido también consideró que la falta de financiamiento era el principal obstáculo.

¿La salud es una necesidad o un lujo? En su inmensa mayoría, el público en general opina que los gobiernos cumplen un papel en garantizar el tratamiento para las personas que viven con el VIH.

La mejor manera de describir la cuestión del sida

“Esperanzadora” dice el 30% en Asia meridional y sudoriental y el 25% en Europa occidental y el Caribe. “Controlable” dice uno de cada tres (34%) en América Latina y Egipto, alrededor del 29% en Asia oriental y el 15% en Australia.

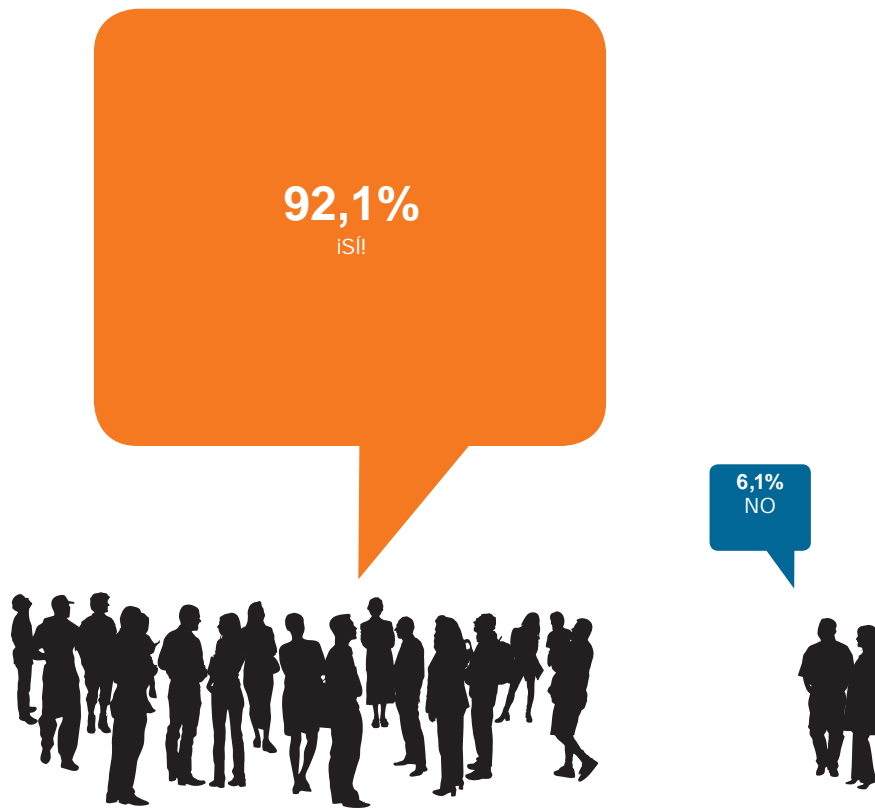
“Trágica” es el término elegido por tres de cada diez personas en África subsahariana (30%), Europa oriental y Asia central (29%) y un tercio de las personas encuestadas en Australia (33%). “Cada vez peor” fue elegido por las personas en África subsahariana (31%), Europa oriental y Asia central (28%) y Asia oriental (25%).

¿El mundo responde eficazmente al sida?

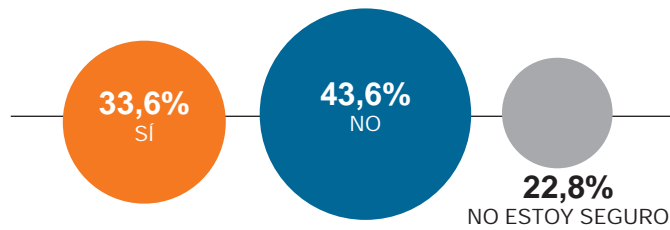
Un rotundo “sí” se oyó desde el Caribe (75%) y desde Asia meridional y sudoriental (53%). Alrededor de uno de cada tres encuestados en

En la encuesta en general, el sida lidera la percepción pública como el mayor problema sanitario en el mundo, seguido por el agua potable segura.

¿Es importante la epidemia de sida?



¿El mundo responde eficazmente al sida?



¿Qué palabra describe mejor la cuestión del sida?



Alrededor de la mitad de los encuestados en América Latina y Europa oriental quiere que su gobierno subsidie el tratamiento. Un poco menos de la mitad de los encuestados de los EE.UU. está de acuerdo con subsidiar el tratamiento para las personas que viven con el VIH.

América Latina y apenas un poco menos de cuatro de cada diez personas en África subsahariana pensaban que el mundo respondía eficazmente al problema.

“No” se oyó más fuerte en Europa oriental (61%), los EE.UU. (54%) y África subsahariana (50%).

¿Su país responde eficazmente al sida?

Las opiniones estuvieron igualmente divididas. Un poco más del 41% creía que el país era eficaz en su lucha contra la epidemia de sida. Alrededor del 63% de los encuestados del Caribe respondió afirmativamente, mientras que el 37% dijo que “no” en comparación con su opinión de la respuesta mundial. Un patrón similar se observó en África, Asia y Europa oriental.

Una mayoría de encuestados en los EE.UU., Australia y países de Europa occidental y central consideró que el país abordaba eficazmente la cuestión del sida.

“¿Las comunidades responden mejor al sida?” “No” parece ser la percepción general. Muy pocos encuestados dicen que sus comunidades obtienen mejores resultados que la respuesta general del país. En Japón, el 8% de las personas opinó que su comunidad se manejaba bien, y el 36,9% no estaba seguro acerca del asunto.

En la mayoría de las regiones, las percepciones acerca de las respuestas comunitarias se clasifican en un nivel ligeramente más bajo que las percepciones de las respuestas nacionales. Las excepciones son Asia meridional y sudoriental y Egipto, donde las respuestas comunitarias clasificaron un poco mejor por unos puntos porcentuales.

Obstáculos que impiden que el mundo responda con eficacia al VIH

Pese a considerar que la sensibilización es el aspecto más satisfactorio de la respuesta al sida, más de la mitad de los encuestados opinó que la falta de sensibilización y la disponibilidad de servicios de prevención del VIH constituyen el obstáculo más importante

Igualmente importante fue la disponibilidad de recursos. Por ejemplo, el 78,7% de los encuestados en Uganda calificó la disponibilidad de financiamiento como el principal obstáculo.

Cerca de la mitad de todos los encuestados opinó que el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el VIH y la disponibilidad y asequibilidad del tratamiento eran barreras considerables. La falta de trabajadores sanitarios capacitados fue mencionada por casi cuatro de cada diez personas.

Se observaron tendencias similares cuando se hizo la misma pregunta acerca del país o la comunidad. Por ejemplo, en Francia el 52,9% de los encuestados calificó la disponibilidad de recursos como el mayor obstáculo en su comunidad.

¿Puede detenerse la propagación del VIH para 2015?

La región del Caribe es la más positiva de todas las regiones: allí el 91% es optimista respecto a que la propagación del VIH puede detenerse con

el uso adecuado de los recursos. Le siguen Asia meridional y sudoriental (75%) y América Latina (63%). En África subsahariana, cuatro de cada 10 (40%) encuestados eran optimistas; por ejemplo, en Senegal el 48,7% eran optimistas en general en torno a que el VIH podía detenerse para el año 2015.

Los encuestados de Europa occidental, Oceanía y Europa oriental y central estuvieron divididos por igual; un tercio de cada región eran optimistas o pesimistas. Alrededor del 44% de las personas encuestadas en los EE.UU. era sumamente pesimista, mientras que el 28% era optimista y el 24% ni lo uno ni lo otro.

Cerca de la mitad de todos los encuestados expresó que donaría dinero para la respuesta al sida. El resto no estaba seguro o bien respondió negativamente.

Contribución de la respuesta al sida hacia otras cuestiones

La educación sexual lidera la lista, con una calificación general de seis de cada diez encuestados (60,7%) que opinaron que la respuesta al sida había brindado oportunidades para responder a otras cuestiones. América Latina (77%) y África subsahariana (70%) pensaban lo mismo. Por ejemplo, en México el 76,8% dijo que la respuesta al sida había ayudado a los esfuerzos en materia de educación sexual.

Casi cuatro de cada diez (37,8-40,9%) encuestados también opinaron que las cuestiones del comercio sexual y el uso de drogas inyectables habían recibido un impulso a partir de la respuesta al sida. Alrededor de tres de cada diez (27%) consideraron que la homofobia y la violencia sexual estaban en la agenda gracias al sida.

Importancia de que los servicios para el VIH estén vinculados a otros servicios sanitarios

Una abrumadora mayoría, más de siete de cada diez (71%), coincide en que los programas de prevención y tratamiento del VIH deben estar vinculados a otros servicios sanitarios, como el tratamiento de la tuberculosis y la salud materna.

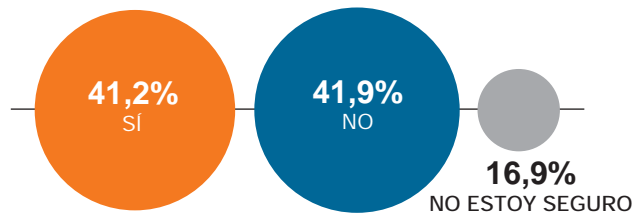
Nueve de cada diez en el Caribe y más de ocho de cada diez en África subsahariana, Asia oriental y América Latina están de acuerdo con el concepto de sacar el sida del aislamiento.

¿Quién debe pagar el tratamiento?

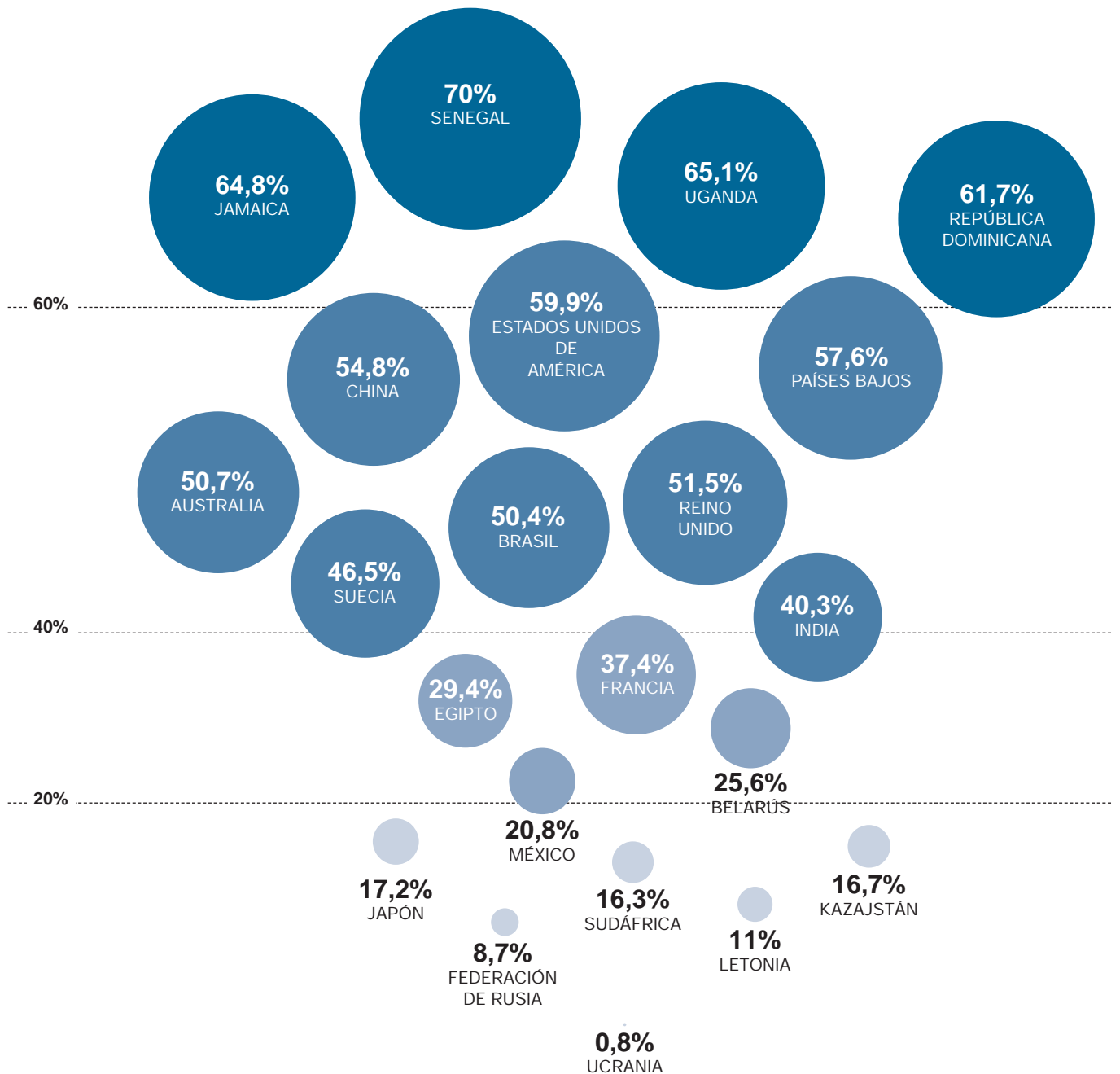
En general, cerca del 58% de los encuestados coincide en que las personas que viven con el VIH deben recibir tratamiento subsidiado. Esta percepción fue más firme en el Caribe: el 87% está a favor del tratamiento subsidiado. Asia también estuvo de acuerdo, con una aprobación de más del 70% para esta cuestión.

Alrededor de la mitad de los encuestados en América Latina y Europa oriental quiere que su gobierno subsidie el tratamiento. Un poco menos de la mitad de los encuestados en los EE.UU. está

¿Su país responde eficazmente al sida?



¿Su país responde eficazmente al sida? (Porcentaje que respondió “sí” por país)



de acuerdo con subsidiar el tratamiento para las personas que viven con el VIH.

¿Dónde debe concentrarse la mayoría de los fondos para la prevención del VIH?

Aproximadamente el 77% opinó que los profesionales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (67%) y las personas que se inyectan drogas (78%) son los que corren mayor riesgo de contraer la infección por el VIH.

Sin embargo, en lo que se refiere a las prioridades de financiamiento, las personas eligieron inversiones para los jóvenes y la población en general más que para usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

En Europa oriental y Asia central, la mitad de las personas cree que los programas deben orientarse a las personas que se inyectan drogas.

En Asia meridional y sudoriental, siete de cada diez encuestados y seis de cada diez en Asia oriental opinan que la mayor parte del financiamiento debe destinarse a la cuestión del comercio sexual. En el Caribe, las opiniones están divididas por igual entre comercio sexual y uso de drogas inyectables.

¿El sida es un problema en su país y su comunidad?

Casi todos los encuestados en África subsahariana respondieron que el sida “sí” era un problema para su país. Estuvieron de acuerdo ocho de cada diez en el Caribe y siete de cada diez en América Latina. La proporción de encuestados en Asia meridional y sudoriental, así como en Europa oriental, fue de seis de cada diez que dijeron que el sida era un problema en su país.

Ante la pregunta si el sida era un problema en sus comunidades, los números disminuyeron considerablemente. En los EE.UU., alrededor de un tercio (33%) consideró que era un problema en su comunidad, mientras que el 79% dijo que era un problema en su país. Tendencias similares se observaron en la mayoría de las demás regiones del mundo.

¿Le preocupa el sida?

Tres cuartos de los encuestados en América Latina y el Caribe y más de la mitad en África subsahariana y Asia meridional y sudoriental están preocupados personalmente por el sida.

Por el contrario, nueve de cada diez personas en América del Norte y casi siete de cada diez en Europa occidental y central no tienen una preocupación personal por el sida.

Riesgo de infección por el VIH

Aparte de la región del Caribe, donde seis de cada diez personas consideraron que personalmente corrían riesgo de contraer la infección por el VIH, más de tres cuartos de los encuestados en otras regiones creían que no estaban en riesgo.

En África subsahariana, el 25% de los encuestados consideró que estaba en riesgo

de contraer el VIH. Una percepción similar se observó en América Latina y Egipto, así como en Europa oriental y Asia central. Las personas de Australia y los EE.UU. fueron las que menos se preocupaban por el riesgo de contraer el VIH.

¿Puede protegerse del VIH?

Los niveles de confianza individual superaron el 75% en todas las regiones del mundo. Casi todas las personas en África subsahariana, América del Norte, Asia meridional y sudoriental, América Latina, Oceanía y el Caribe se sentían confiadas acerca de protegerse del VIH. Alrededor del 20% de los encuestados en Europa oriental y Asia central, así como en Asia oriental, no estaban seguros de su capacidad para protegerse.

Trabajar y compartir una comida con alguien que vive con el VIH

En general, alrededor del 61% de las personas entrevistadas aceptaría trabajar con alguien que vive con el VIH, mientras que el 20% no lo haría. La aceptación de las personas que viven con el VIH fue mayor en África subsahariana y el Caribe, donde ocho de cada diez mostraron actitudes positivas.

En África subsahariana y América Latina, nueve de cada diez no tenían dudas acerca de compartir una comida con una persona que vive con el VIH. En Egipto, el 49% respondió que “no” y el 30% respondió que “sí” comería a sabiendas con alguien que vive con el VIH.

Tratamiento, no cárcel

Una mayoría de los encuestados (65,1%) dijo que las personas que se inyectan drogas deben recibir tratamiento en lugar de ser encarcelados. En América Latina, casi nueve de cada diez (86%) están a favor de esta opción. De forma similar, dos tercios (67%) en Europa oriental y Asia central, así como en Asia meridional y sudoriental, así como más de la mitad en Asia oriental prefieren el tratamiento al encarcelamiento.

Restricciones de viaje

Cerca de la mitad de todos los encuestados opinan que no deben existir restricciones de viaje para las personas que viven con el VIH. Menos de la mitad de los encuestados en Europa occidental y central, África subsahariana, Asia meridional y sudoriental y los EE.UU. dijeron que debe haber restricciones de viaje.

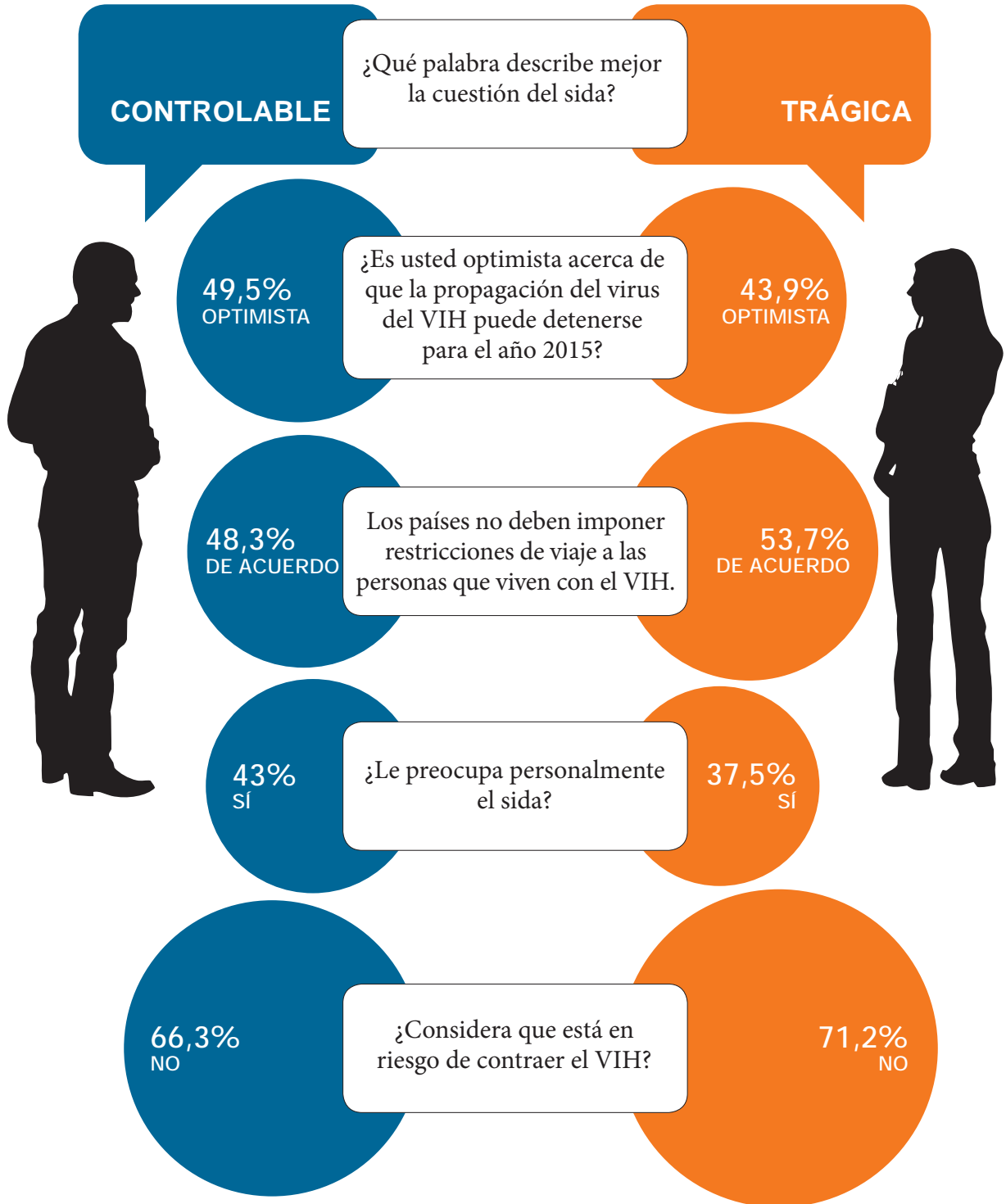
Información acerca de la encuesta

El ONUSIDA encomendó a Zogby International la realización de una encuesta en línea a adultos con acceso a Internet en 25 países. Un total de 11 820 encuestados participó en el estudio. Se invitó a participar a una muestra de Zogby International y los miembros del panel en línea de su socio. El estudio se llevó a cabo entre el 30 de marzo y el 21 de mayo de 2010. ●

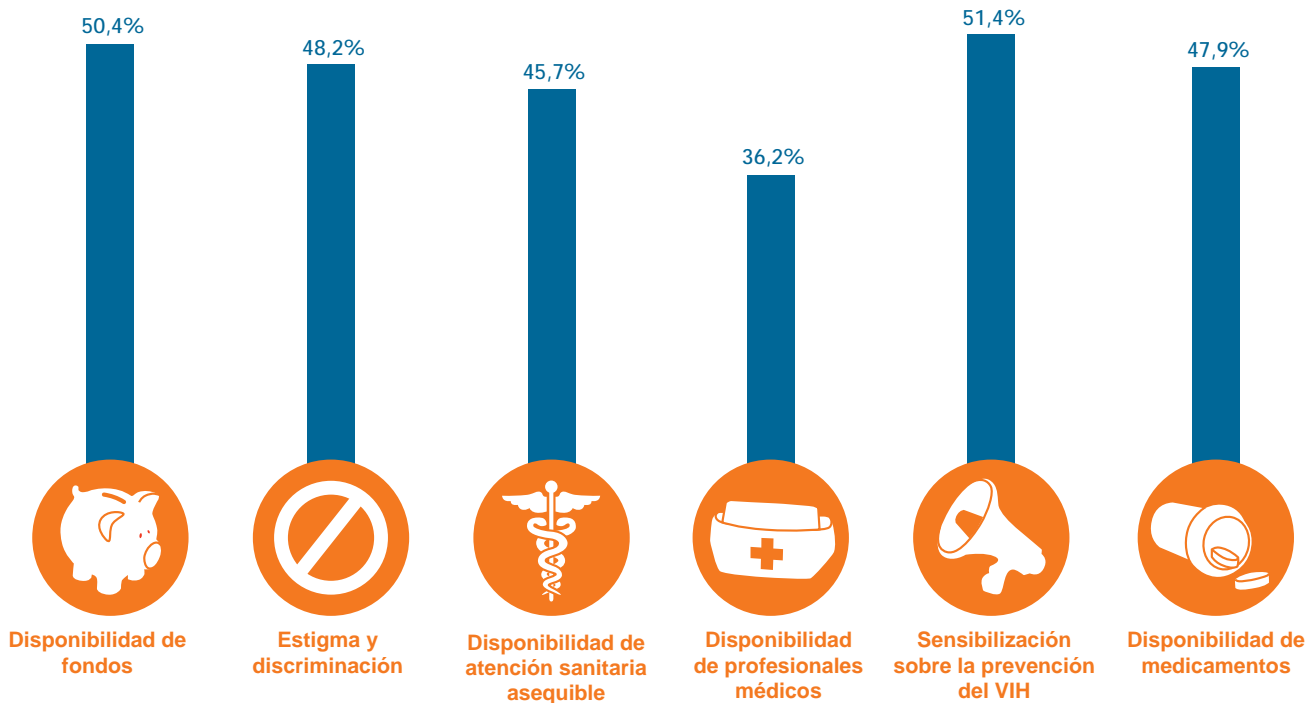
El informe completo se puede consultar en unaids.org.

Casi todos los encuestados en África subsahariana respondieron que el sida “sí” era un problema para su país. En el Caribe, ocho de cada diez estuvieron de acuerdo, mientras que en América Latina, siete de cada diez respondieron afirmativamente.

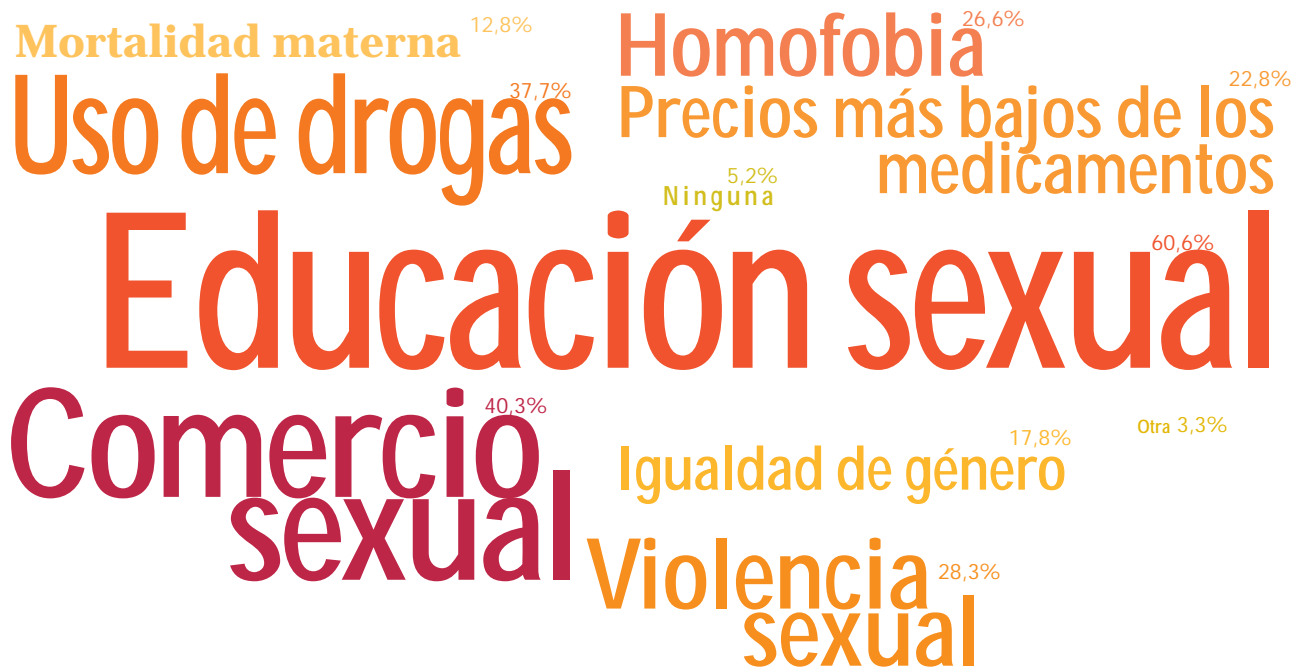
¿En qué se diferencian las percepciones de los hombres y de las mujeres acerca del sida?



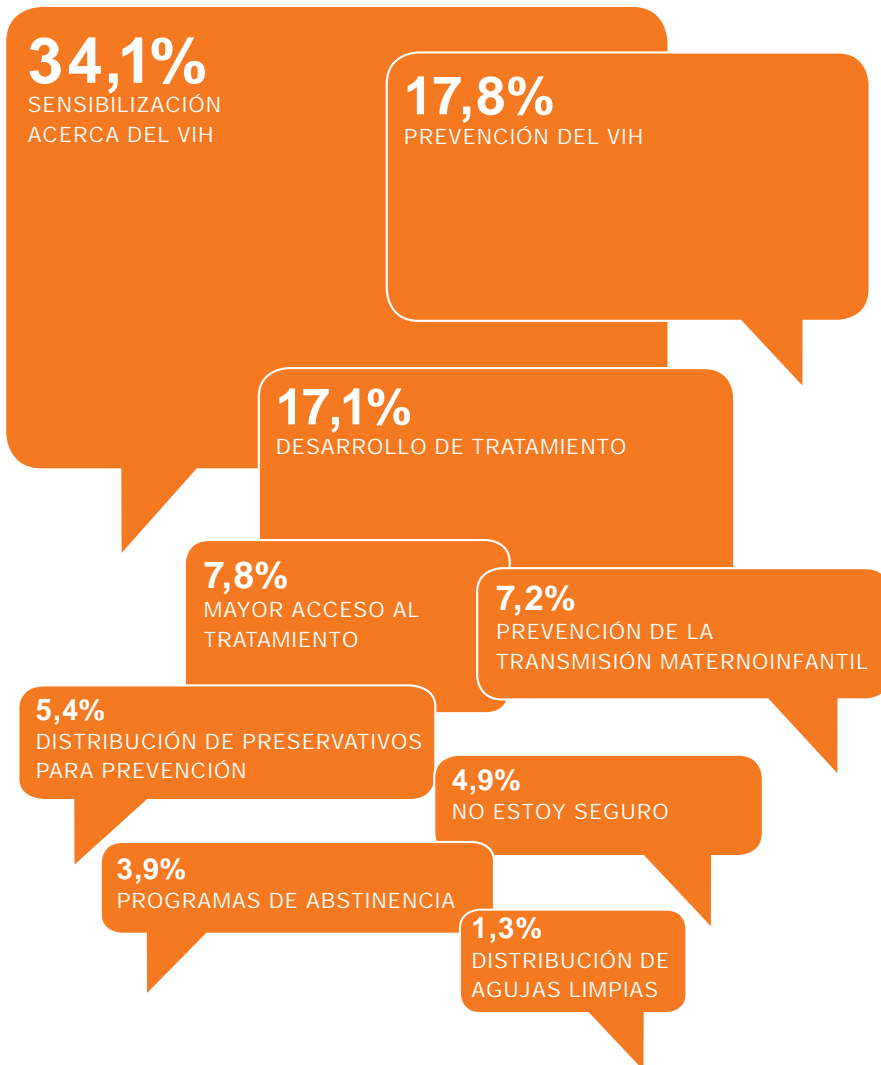
¿Cuál de los siguientes obstáculos impide que el mundo dé una respuesta eficaz al problema del sida?



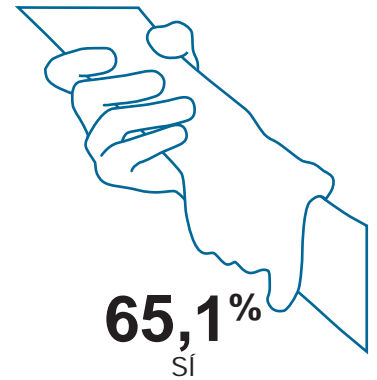
La respuesta al sida ofrece la oportunidad de educar al público respecto de otras cuestiones. De la siguiente lista, ¿qué cuestión, si hubo alguna, cree usted se ha tratado con más eficacia debido a la respuesta al sida?



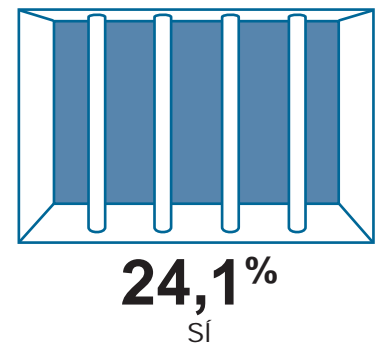
¿Cuál ha sido el mayor logro en la respuesta al sida hasta el momento?



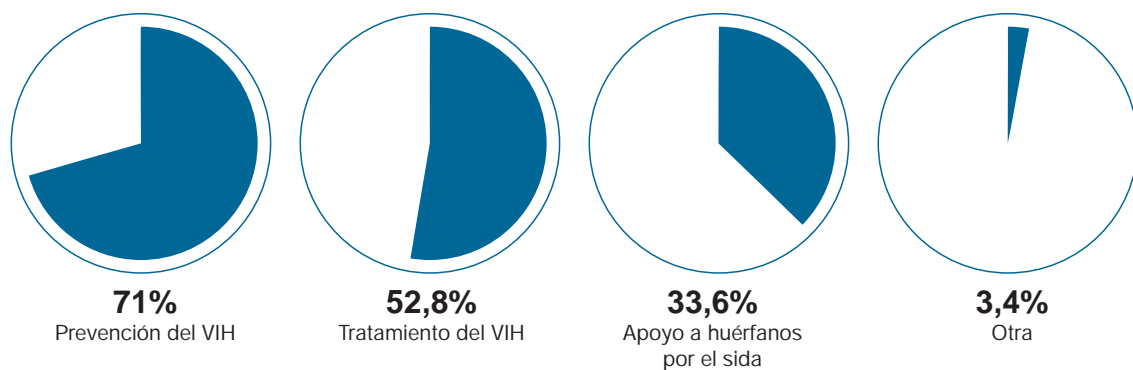
Creo que las personas que se inyectan drogas deben recibir tratamiento.

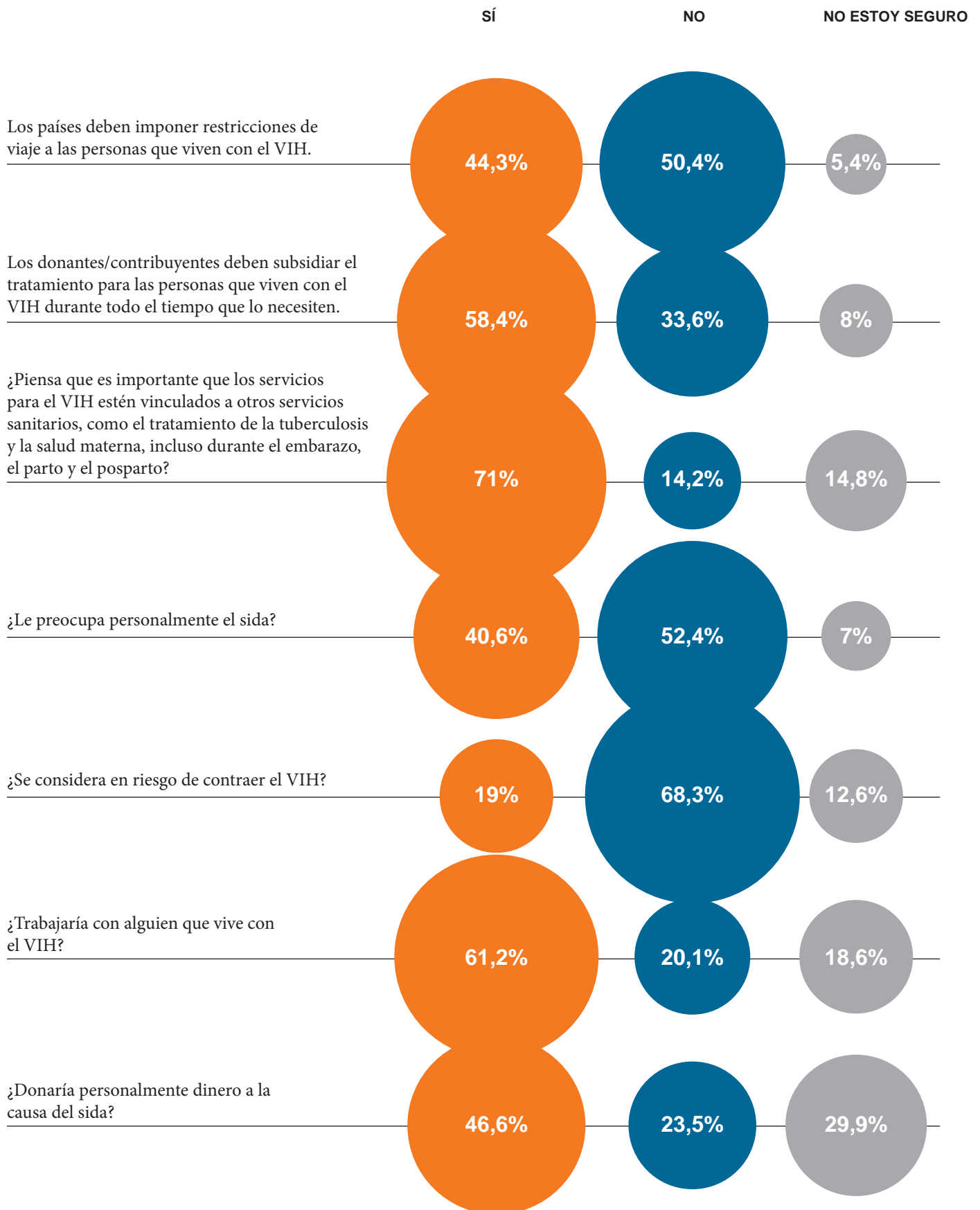


Creo que las personas que se inyectan drogas deben ser encarceladas.



¿A dónde deben destinarse los recursos para la respuesta al sida?

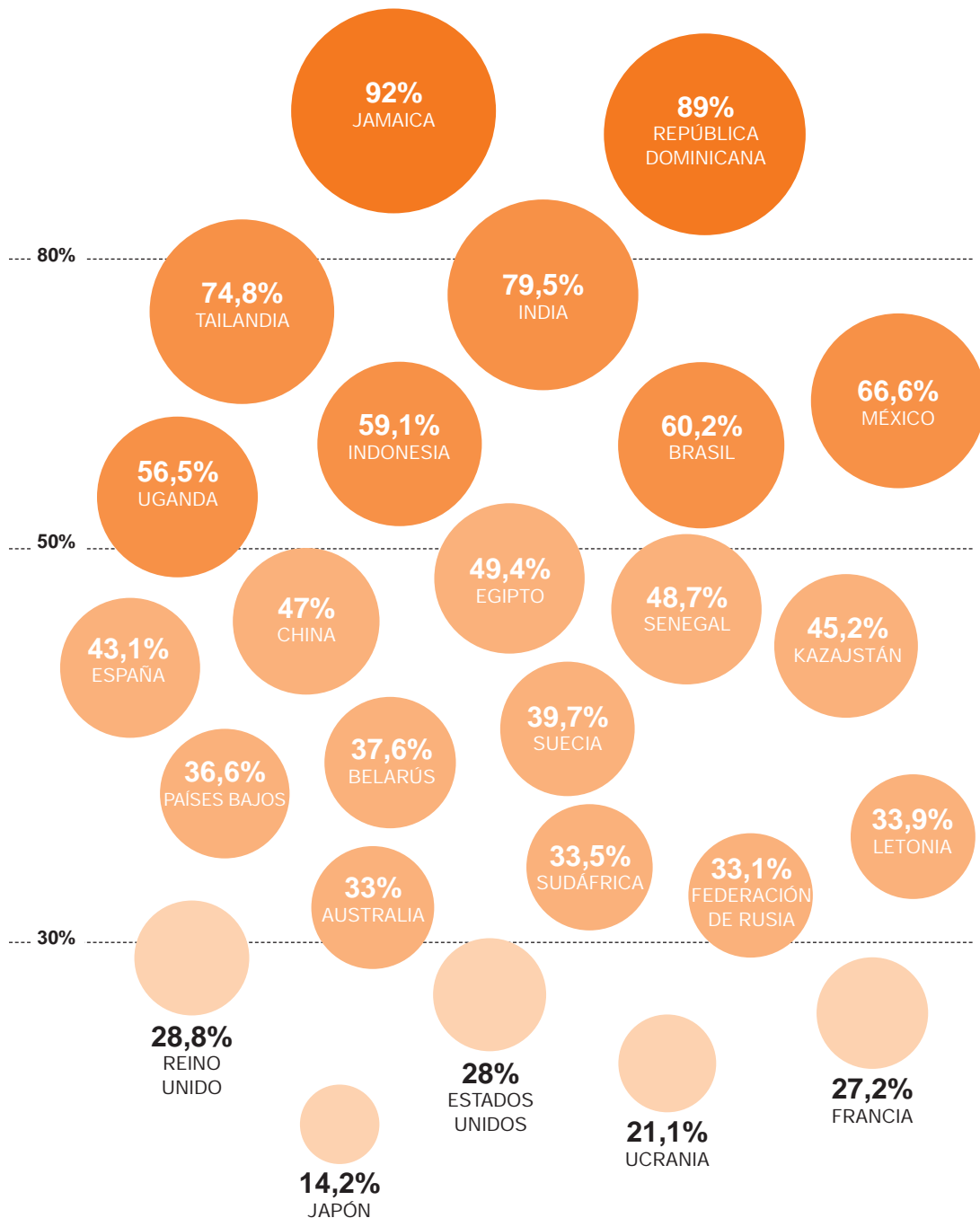




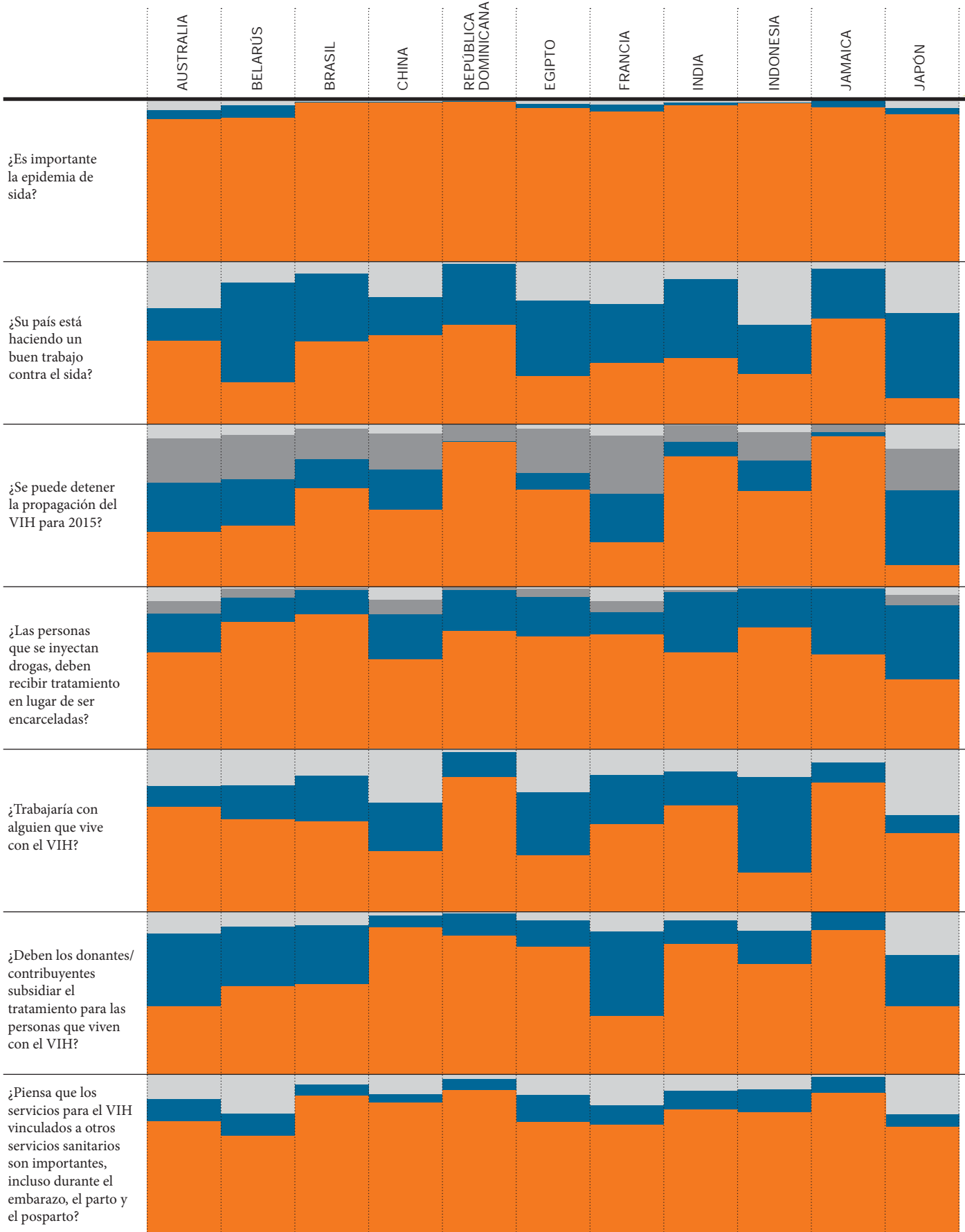
¿Hasta qué punto es optimista o pesimista respecto de que, con el uso adecuado de los recursos, la propagación del VIH puede detenerse para el año 2015?

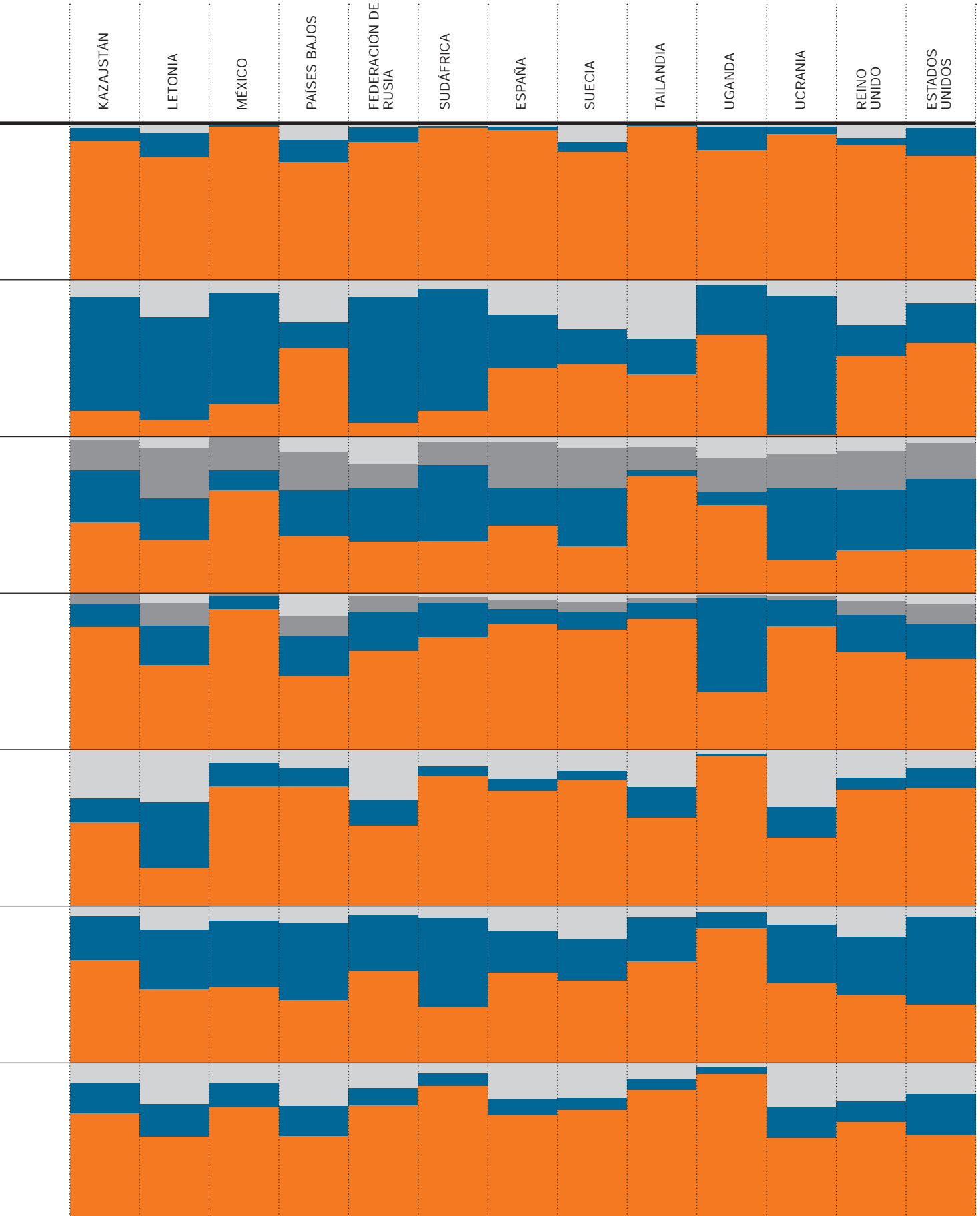


¿Se puede detener la propagación del VIH para 2015?
(Porcentaje que respondió “optimista” por país)



■ SÍ
 ■ NO
 ■ NI SÍ NI NO/NEUTRAL
 ■ NO ESTOY SEGURO
 Cada rectángulo de los países equivale al 100%.





¿ES ESTE EL FUTURO DEL TRATAMIENTO?



IMAGINA EL TRATAMIENTO 2.0

¡Una plataforma mucho más simple del tratamiento que también sirve para prevenir el VIH!

Imagina un fármaco fácil de utilizar: con poca toxicidad y que no provoca resistencia a los medicamentos.

Imagina después una reducción drástica de la necesidad de mantener costosos laboratorios: la monitorización se puede hacer desde casa.

Imagina ahora que no hay falta de existencias: una cadena de suministro barata y la comunidad aseguran que los medicamentos estén disponibles para cualquiera que los necesite.

Imagina por último que el tratamiento está contribuyendo significativamente en los esfuerzos de prevención.

Reducir en un tercio las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo

Los últimos estudios muestran que se podría conseguir reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en un tercio si se produce un cambio radical en la manera en la que se ofrece terapia antirretrovírica y si los líderes mundiales cumplen sus compromisos y garantizan que todas las personas que lo necesitan sigan el tratamiento.

Se llama tratamiento como prevención y es uno de los cinco pilares de la nueva plataforma Tratamiento 2.0. Para conseguir el máximo valor de la terapia antirretrovírica se necesita un enfoque mucho más simple, que incluya el desarrollo de mejores regímenes de tratamiento de combinación, herramientas de diagnóstico más baratas y simples, y un enfoque de la prestación de bajo coste y encabezado por la comunidad.

Todo el mundo quiere hacer las cosas mejor, de manera más inteligente y rápida.

Pero la realidad es que actualmente el tratamiento es complicado. Desde su inicio hasta su mantenimiento, el proceso es efectivo, pero cada paso es pesado y caro. Hasta un 80% del coste del tratamiento no cubre la medicación sino los sistemas para ofrecérsela al paciente y que este siga el tratamiento. En todo el mundo, solo una de cada tres personas que necesita tratamiento lo recibe. Las pruebas del VIH están infrutilizadas: la mayoría de las personas descubren que son seropositivas cuando desarrollan síntomas clínicos de sida. La terapia antirretrovírica no es homogénea en lo que respecta a su coste, su efectividad o su tolerabilidad. Asimismo, se puede desarrollar resistencia los medicamentos, lo que hace que sea necesario mantener costosos laboratorios para monitorizar a cada persona que sigue el tratamiento.

Para ser más inteligente, rápido y salvar más vidas, el mundo necesitará movilizar recursos e ideas

Actualmente se estima que 5 millones de personas reciben tratamiento en países de ingresos medios y bajos, una cifra muy por encima de las 400 000 de 2003 y 12 veces superior a la de hace seis años.

A pesar de los avances, la cobertura global de la terapia antirretrovírica sigue siendo baja. Por cada dos personas que inician el tratamiento, cinco se infectan por primera vez. La mayoría de las personas que viven con el VIH no conocen su estado serológico. Y aunque se puede prevenir fácilmente, las tasas de transmisión maternoinfantil del VIH siguen siendo altas en muchos países.

En muchos lugares la prevención y el tratamiento del VIH se ofrecen mediante un sistema de prestación sofisticado que necesita médicos especializados, quienes normalmente se centran únicamente en el VIH. Este sistema se ve frecuentemente colapsado por el cada vez mayor número de pacientes, la falta de personal médico cualificado y las limitaciones económicas. Además, muchas de las personas que necesitan tratamiento viven en entornos rurales que están lejos de la atención especializada.

Ante el conflicto de prioridades mundiales y una crisis económica, se necesita una solución sostenible a largo plazo para garantizar que los líderes mundiales mantengan su compromiso de alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Las últimas orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la terapia antirretrovírica indican que el tratamiento debe comenzar antes y que se necesitan regímenes de medicamentos mejores y más simples. Estas recomendaciones ayudarán a reducir aún más la morbilidad y la mortalidad así como la transmisión vertical y horizontal. Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer.

El Tratamiento 2.0 abre una nueva puerta...

PILLAR 1**Crear mejores fármacos y diagnósticos**

Cuando el tratamiento para el VIH comenzó a estar disponible en 1996 era literalmente un trago difícil de digerir. Había que tomar una media de 18 pastillas al día, de varias formas y tamaños. Algunas se ingerían con la comida, otras con el estómago vacío, y había que controlar rigurosamente la hora a la que se tomaba cada pastilla para mitigar el riesgo de que el virus desarrollara resistencia a los medicamentos.

Pero funcionaba. Lo llamaron el efecto Lázaro: personas que estaban a punto de morir recobraban la salud.

La terapia antirretrovírica actúa inhibiendo el virus y evitando que se reproduzca. Si el componente activo de los medicamentos no se mantiene de manera constante en el organismo, el virus puede mutar, seguir multiplicándose y desarrollar resistencia a dicho medicamento. Al observar el régimen del tratamiento (para la mayoría de las combinaciones esto implica tomar la medicación a una hora determinada dos o tres veces al día) los niveles de medicación se mantienen estables.

Cuanto más tipos de fármacos tome una persona, a más sustancias se tendrá que acostumbrar su cuerpo y mayor será el riesgo de desarrollar efectos secundarios. Muchas personas que viven con el VIH y que han seguido el tratamiento pueden atestiguar estos efectos secundarios: desde la depresión y la fiebre hasta la lipoatrofia (la pérdida de grasa en ciertas zonas del cuerpo).

Desarrollar resistencia a una posología de medicamentos es un miedo fundado: una vez que un régimen deja de ser efectivo, puede que las personas seropositivas tengan que pasar a un tratamiento de segunda línea.

El acceso al tratamiento de segunda línea es todavía escaso en la mayoría de los países de ingresos medios y bajos debido al alto coste de los medicamentos y a que el sistema de monitorización y la gestión de la cadena de suministro son más complejos.

El desarrollo de nuevas opciones de tratamiento debe tener en cuenta que es necesario mejorar su efectividad, facilitar su uso y disminuir los efectos secundarios y la resistencia.

Ya existen algunos tratamientos de combinaciones de dosis fijas, donde una sola pildora contiene varios medicamentos, pero se necesitan opciones

que tengan menos efectos secundarios y menos posibilidad de ser tóxicas a largo plazo (optimización de dosis, requisitos mínimos de monitorización en laboratorios) y que sean más resistentes y tolerantes a las interrupciones del tratamiento (para minimizar el desarrollo de la resistencia a los medicamentos).

En un contexto ideal, una medicación así podría acabar con la necesidad actual de tratamientos de segunda y tercera línea.

Al mismo tiempo, las herramientas y tecnologías de diagnóstico sencillas son escasas. Las pruebas de embarazo se pueden hacer en los hogares. Las personas con diabetes pueden comprobar su nivel de glucosa en sangre prácticamente en cualquier lugar. Y si una madre está preocupada porque su hijo tiene fiebre, dispone de muchas opciones para tomarle la temperatura. Todos estos diagnósticos son fáciles de utilizar y normalmente no requieren la asistencia de un médico o de un laboratorio.

Actualmente no podemos decir lo mismo para las pruebas del VIH, de CD4 o de la carga vírica. Aunque las pruebas rápidas cada vez se utilizan más en la primera prueba del VIH, para monitorizar los recuentos de CD4 o la carga vírica se necesitan pruebas de laboratorio que son caras y que requieren mucho tiempo.

Acercar la monitorización del tratamiento al paciente puede mejorar los resultados de la terapia. Puede facilitar también la detección y el tratamiento del VIH y garantizar que se responda de manera rápida y adecuada a la resistencia a los medicamentos, mejorando los resultados para las personas que siguen el tratamiento y reduciendo el desarrollo y la propagación de cepas resistentes.

Se necesita asimismo innovar para desarrollar herramientas de diagnóstico inmediato asequibles como pruebas simples de tira reactiva para medir los recuentos de células CD4, la carga vírica o la infección por tuberculosis.

¿Qué es un recuento de CD4?

Las células CD4 son un tipo de linfocito (glóbulo blanco). Estas células son una parte importante del sistema inmunitario y a menudo se las denomina como células “auxiliares”. Encabezan el ataque contra la infección. El recuento de células CD4 es una medida clave de la fuerza del sistema inmunitario. El VIH ataca específicamente a estas células, por lo que cuanto menor sea el recuento, mayor será el daño que ha causado el virus.

PILLAR 2**El tratamiento como prevención**

Desde 1991 el mundo sabe que un tratamiento antirretrovírico efectivo puede ayudar a prevenir la transmisión del VIH. Este ha sido el caso para la transmisión vertical, al garantizar por ejemplo que una mujer embarazada que vive con el VIH no transmita el virus a su hijo durante el embarazo o el parto.

Sin embargo, recientemente se ha empezado a comprender mejor que el tratamiento también puede tener un gran impacto en otras formas de transmitir el VIH. Las pruebas muestran claramente que el tratamiento puede reducir la carga vírica y consecuentemente el riesgo de la transmisión vertical, sexual y sanguínea.

Un estudio reciente, supervisado por la Universidad de Washington y financiado principalmente por la Fundación Bill & Melinda Gates, evaluó a 3400 parejas heterosexuales (en las que un miembro era seropositivo y otro seronegativo) de siete países de África subsahariana. Los investigadores descubrieron que cuando la persona seropositiva seguía el tratamiento, la tasa de transmisión era un 92% menor que en las parejas en las que el miembro seropositivo no tomaba medicación.

Este estudio también confirmó que una proporción significativa de todas las transmisiones por el VIH se produce durante la fase en la que las personas seropositivas desarrollan mayores deficiencias inmunológicas (que coincide con un aumento de la carga vírica y un descenso de los niveles de CD4).

El tratamiento puede formar parte de una estrategia de prevención combinada. Optimizar su cobertura también tendrá otros beneficios para la prevención, como pueden ser tasas más bajas de tuberculosis.

Ofrecer tratamiento a todas las personas que lo necesitan según las orientaciones actuales podría ayudar a reducir en un tercio el número de nuevas infecciones que se producen en todo el mundo.

Es urgentemente necesario por tanto seguir investigando para comprender mejor las posibilidades y el papel de la terapia antirretrovírica en las primeras fases asintomáticas de la infección por el VIH.

¿Cómo se vive con el tratamiento?

Rodrigo Pascal

Oficial de asociaciones, ONUSIDA

Me diagnosticaron el VIH en 1996, cuando vivía en Santiago, Chile. En aquella época el país solo disponía de un acceso limitado a medicamentos antirretrovíricos de baja calidad.

Los doctores me pusieron en contacto con un grupo de apoyo para personas que viven con el VIH que se reunía semanalmente en un hospital a las afueras de Santiago. Recuerdo que en la primera reunión me impactó el desamparo de otros miembros del grupo: estaban en una situación terrible, consumiéndose, en los huesos, con los ojos inundados por el terror, esperando la muerte.

Al ser ciudadano chileno de clase media, pude acceder al tratamiento de manera inmediata. La mayoría de los miembros de mi grupo de apoyo no podían permitirse los medicamentos y habían sido incluidos en la lista de espera de un hospital. Me sentía enfadado y furioso por estas desigualdades flagrantes en el acceso a la salud.

Cuando comencé la terapia antirretrovírica en 1997, tomaba 12 o 14 pastillas al día. Con el paso de los años he cambiado de un régimen a otro. Tras todos estos años de tratamiento, nunca he desarrollado resistencia a ningún fármaco, pero he sufrido algunos efectos secundarios realmente fuertes.

Cuando tomaba Sustiva, por ejemplo, que es un medicamento antirretrovírico muy común, tenía sueños vívidos, pesadillas y otros problemas psicológicos. En una ocasión mi cabeza se hinchó y desfiguró notablemente: una reacción alérgica a la medicación. Tuve que dejar de tomar este fármaco, volver al hospital y probar un nuevo tratamiento.

Otro fármaco antirretrovírico, un inhibidor de la proteasa, me provocó lipodistrofia, que es la pérdida de grasa en algunas partes del cuerpo y la acumulación en otras. Apenas podía mirarme en el espejo, era nefasto para mi autoestima.

En 2006, tras casi diez años de terapia antirretrovírica, todas mis vías coronarias estaban totalmente bloqueadas. Tuve que someterme a cuatro operaciones de bypass para sobrevivir. Debido a mi enfermedad

coronaria, probablemente hubiera tenido problemas de corazón dentro de muchos años, pero no a los 50 años de edad.

Actualmente tomo más medicamentos para el corazón que para el VIH.

Mi tratamiento antirretrovírico actual es bastante sencillo. Tomo tres pastillas al día: una por la mañana y dos por la tarde. He tenido algún efecto secundario menor, pero en general me siento bien y el tratamiento está funcionando.

Lineo Mafatle

Madre, Lesotho

Descubrí que era seropositiva en 2001. Desconocía que mi marido se había hecho las pruebas y sabía que era VIH-positivo, pero comencé a notar cambios en su comportamiento: llegaba tarde a casa, comenzó a beber mucho... Un día me comentó que tenía que decirme algo que me haría mucho daño, que podía incluso matarme. Entonces me dijo: "Soy seropositivo".

Al principio me enfadé. Chillé y le grite. Después comencé a prepararme psicológicamente para aceptar el resultado si me hacía las pruebas, a fin de poder vivir más tiempo. Comenzamos a hablar sobre ello y acordamos que nos apoyaríamos mutuamente con independencia de cuál fuera el resultado.

Mi marido me acompañó cuando fui a realizarme las pruebas y el resultado fue positivo. Esto fue en 2001 y por aquella época ni siquiera sabía nada del tratamiento. Además, era tan caro que ni siquiera intenté descubrir cuánto valdría ya que sabía que no podría permitírmelo.

En 2003, cuando se abrió el primer centro de terapia antirretrovírica en Lesotho, fuimos juntos a la clínica y mi marido inició el tratamiento. Pero mi recuento de CD4 era de 250 (fue la primera vez que me realicé estas pruebas) por lo que todavía no debía iniciar el tratamiento.

Me dijeron en el centro que tenía que ir a revisiones cada tres meses y así lo hice. Hasta 2005, cuando mi recuento de CD4 fue menor de 200, no comencé a tomar medicamentos antirretrovíricos. Aunque no tenía ningún

síntoma, estaba en lo que ellos llamaban la primera fase, por lo que empecé a tomarlos.

En 2006 comencé a tener el primer efecto secundario de uno de los fármacos, zidovudina. La grasa de mi cuerpo comenzó a redistribuirse por sí sola y mi espalda, piernas e incluso mi cara se quedaron extremadamente delgadas. Por ello tuve que cambiar uno de los componentes de mi tratamiento.

Tomo tres pastillas dos veces al día, cada 12 horas. Aparte de la distribución de la grasa, también he sufrido dolor en las piernas. Intento masajearlas para no sentirlo demasiado; tengo que aceptar que es parte del tratamiento. En este punto creo que es mejor que intente sobrellevar cualquier efecto secundario menor que se presente para que no tenga que empezar el tratamiento de segunda línea, que podría tener peores efectos secundarios de los que estoy sufriendo ahora.

Lo más complicado del tratamiento es la observancia. Una vez que inicias el tratamiento y que lo sigues desde hace algún tiempo, te acostumbras a él y en ocasiones no recuerdas si has tomado la medicación o no, por lo que te preguntas, "¿La he tomado hoy?" Ahora tengo un organizador de pastillas donde las coloco por día para poder comprobar si lo he hecho.

Creo que cumplir el tratamiento es muy complicado. Pero también me ha dado esperanza. Cuando descubrí que era seropositiva pensé que iba a morir, y era muy difícil. Así que para nosotros, tener medicamentos antirretrovíricos aquí en Lesotho, hasta que encontremos una cura, nos da esperanza.

Si pudiera soñar con el futuro del tratamiento para algo como el VIH, que te obliga a tomar fármacos de por vida, creo que lo primero que pediría es que se redujera el número de dosis.

Pillar 3**Impedir que el precio siga siendo un obstáculo**

A pesar de que el precio de los medicamentos se ha reducido drásticamente en los últimos diez años, los costes de los programas de terapia antirretrovírica siguen aumentando.

La proporción de personas que siguen tratamientos de segunda línea sigue siendo baja. En 2008, una amplia mayoría de los adultos (98%) y niños (97%) entrevistados en 43 países gravemente afectados por el virus recibían terapia antirretrovírica de primera línea.

En países de ingresos medios y bajos, el coste medio anual de la mayoría de los tratamientos de primera línea más comunes era en 2008 de 143 USD por persona, lo que supone una reducción del 48% respecto al precio de 2004. El precio de las fórmulas pediátricas se redujo incluso más: de 436 USD por persona y año en 2004 a 105 USD en 2008. Todo esto ayudó a contribuir a una mayor disponibilidad del tratamiento. Los medicamentos de segunda línea siguen siendo más caros.

Los medicamentos podrían ser incluso más baratos, pero el mayor ahorro se podría conseguir reduciendo los costes de los servicios de tratamiento que no tienen que ver con los fármacos. Actualmente estos costes superan notablemente el precio de los medicamentos en sí mismos.

Se podría ahorrar dinero en prácticamente todas las fases del proceso. Un fármaco mejor, de dosis única, con menos toxicidad y resistente tendría menos necesidades de monitorización. Esto podría ayudar a que se redujeran el número de interacciones con los proveedores de atención sanitaria. Reducir el tiempo que la atención sanitaria dedica a monitorizar a las personas que participan en programas de terapia antirretrovírica deja libres recursos que pueden ser destinados a otros problemas sanitarios.

Disminuir la frecuencia de la interacción con los proveedores de atención sanitaria también ahorra costes para el paciente, como puede ser el transporte.

Los enfoques de tratamiento y diagnósticos más simples permitirían descentralizar los servicios de los sistemas sanitarios especializados a los proveedores de atención primaria y comunitaria, en los que la administración y la monitorización de la terapia antirretrovírica pasa de los médicos a las enfermeras y a los profesionales comunitarios de atención sanitaria.

Estos enfoques simplificados garantizarían asimismo que las inversiones destinadas al tratamiento del VIH beneficien directamente a la prestación de otros programas sanitarios, ya que se ofrecen en las mismas instalaciones sanitarias y con los mismos profesionales. Las inversiones en infraestructuras y en formación mejoran la prestación del resto de servicios sanitarios.

Descentralizar el tratamiento del VIH en Malawi

Según fuentes del gobierno, cerca de 200 000 personas seropositivas seguían la terapia antirretrovírica en Malawi en 2009, una cifra muy superior a las 10 000 de 2004. Entre 2003 y 2004 el número de lugares que ofrecen terapia antirretrovírica en el país aumentó de nueve a 377. Un enfoque descentralizado del tratamiento del VIH y la atención fueron esenciales para el éxito nacional de la ampliación del tratamiento.

Según las primeras directrices nacionales de terapia antirretrovírica de Malawi, que datan de 2003, solo los doctores y los especialistas médicos (que trabajan principalmente en grandes instalaciones sanitarias de centros urbanos) podían iniciar la terapia de los pacientes. Los auxiliares y las enfermeras podían monitorizar y hacer un seguimiento de los avances del paciente, pero no prescribir tratamiento.

Ya que en torno al 85% de la población de Malawi vive en áreas rurales, el acceso al tratamiento

se convirtió en un gran problema. “Algunas personas tenían que recorrer 100 kilómetros para ver si eran elegibles para la terapia antirretrovírica”, afirma el Profesor Anthony Harries, asesor del programa sobre el sida del gobierno de Malawi desde 2003 a 2008. “Aunque era un servicio gratuito, significaba perder tiempo del trabajo. Aquellos que pudieron acceder a la terapia antirretrovírica se encontraron con grandes problemas a la hora de seguir el tratamiento debido al coste del transporte”.

El nuevo plan para ampliar la terapia antirretrovírica de Malawi (2006-2010) incluía varias estrategias para acercar el tratamiento del VIH al punto de atención principal, donde vive la mayoría de la población. Según las nuevas directrices, los auxiliares y las enfermeras pueden iniciar la terapia antirretrovírica (a partir de 2006 y 2008 respectivamente).

En colaboración con el Ministerio de Salud y las instalaciones médicas de los distritos, muchos centros de salud comunitarios fueron acreditados como clínicas de prestación de terapia antirretrovírica. Solo en 2009 unas 88 000 personas iniciaron el tratamiento. De los 377 lugares donde se ofrece terapia antirretrovírica en Malawi, más del 50% son centros de salud simples.

“Mediante este enfoque descentralizado hemos podido llegar a las comunidades donde las personas no hubieran podido de otra forma acceder al tratamiento”, afirma el Dr. Frank Chimbandira, director del Departamento sobre VIH/Sida del Ministerio de Salud de Malawi. “También hemos podido mejorar el seguimiento del tratamiento, ya que más personas pueden ir y venir más frecuentemente a los centros sanitarios para recibir su medicación”.

Pillar 4

Mejorar el acceso a las pruebas del VIH y su vínculo con la atención

Para mantener la promesa de ofrecer enfoques tanto de tratamiento como de prevención del VIH centrada en el tratamiento, se necesita mejorar exponencialmente el acceso al asesoramiento y a las pruebas del VIH, así como sus vínculos con la atención.

Globalmente, solo el 40% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico. De ellos, la gran mayoría lo descubren al desarrollar sida clínico, cuando su sistema inmunitario ya está gravemente debilitado.

El estigma y la discriminación siguen siendo el mayor impedimento en el acceso a las pruebas del VIH. Para muchas personas el simple hecho de acceder a las pruebas puede exponerles a graves niveles de violencia que incluso pueden amenazar su vida, o bien a acciones legales, a la pérdida de su familia o su empleo, o a la pobreza. Y cuando sí se dispone de servicios de

atención, tratamiento y apoyo, apenas se ofrecen incentivos para realizarse las pruebas.

Sin embargo, se está consiguiendo progresar. Sudáfrica ha planeado llegar a 15 millones de personas en dos años. En la República Unida de Tanzania, tres millones de personas se realizaron las pruebas del VIH en solo seis meses; en Malawi, 200 000 personas se sometieron a las pruebas en una semana.

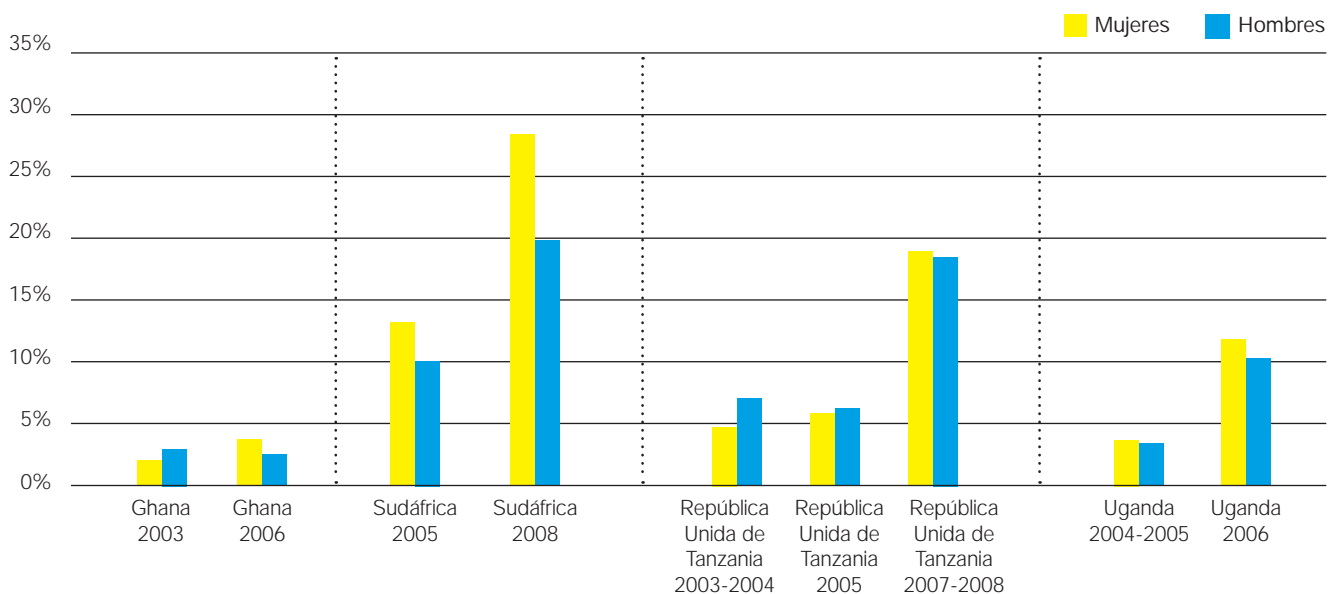
Las organizaciones comunitarias, dirigidas a menudo por personas que viven con el VIH, ofrecen un puente importante y efectivo para llegar a las pruebas del VIH y vincular los servicios de prevención y tratamiento. Los servicios inter pares inspiran normalmente más confianza que los gubernamentales, especialmente para las poblaciones más expuestas al riesgo de infección, que pueden tener miedo de los enfoques sanitarios del gobierno.

Los resultados de los programas en países tan diversos como Bolivia, Botswana, China, India, la Federación de Rusia, Rwanda y Uganda muestran el impacto positivo que la implicación

individual en los servicios comunitarios tiene a la hora de aumentar los índices de pruebas del VIH y el uso de los servicios de prevención y tratamiento, así como en la mejora de la observancia del tratamiento, las prácticas de prevención y la reducción del estigma.

Necesitamos ampliar y aprender de los modelos de asociación efectivos entre los proveedores de servicios sanitarios y los proveedores de servicios comunitarios para reducir el estigma y mejorar la utilización de estos servicios, especialmente para las poblaciones más expuestas. Existen ejemplos en muchos países, como los programas que reciben asistencia del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) y el Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial).

Progresar es posible: porcentaje de personas que recibieron los resultados de las pruebas del VIH en los 12 meses previos a la encuesta en países con encuestas de población repetidas, 2003-2008



Fuente: Encuestas demográficas y de salud

Pillar 5

Fortalecer la movilización comunitaria

Los usuarios de drogas, los hombres que tienen relaciones con hombres, los profesionales del sexo y las mujeres pobres no suelen tener motivos para confiar en los servicios sanitarios gubernamentales. El miedo a que se revele su estado respecto al VIH aleja a muchas personas de las pruebas del VIH y de los servicios de salud.

Los enfoques comunitarios para fomentar la confianza, proteger los derechos humanos y ofrecer oportunidades de socialización mejoran directamente la capacidad de utilizar los servicios del VIH, beneficiarse de la terapia antirretrovírica y prevenir nuevas infecciones. De hecho, gran parte del éxito conseguido hasta la fecha en la respuesta al sida se debe a una participación sin precedentes de las comunidades afectadas actuando como promotores, educadores y proveedores de servicios.

A finales de los años 80, TASO (Organización de Ayuda a las Personas con Sida) desarrolló modelos para los servicios de apoyo comunitarios en Uganda que fueron copiados en todo el mundo.

El Grupo Pela Veda, en Brasil, consiguió abogar con éxito por la cobertura total de la terapia antirretrovírica en el país, lo que contribuyó a reducir en un año el número de muertes relacionadas con el sida en un 50%.

La labor de los activistas del sida en los Estados Unidos de América fue esencial para reducir a la mitad el tiempo que se tarda en aprobar nuevos medicamentos para enfermedades graves, lo que contribuyó a la rápida aprobación y disponibilidad de una terapia antirretrovírica muy activa en 1996 que ayudó a salvar millones de vidas.

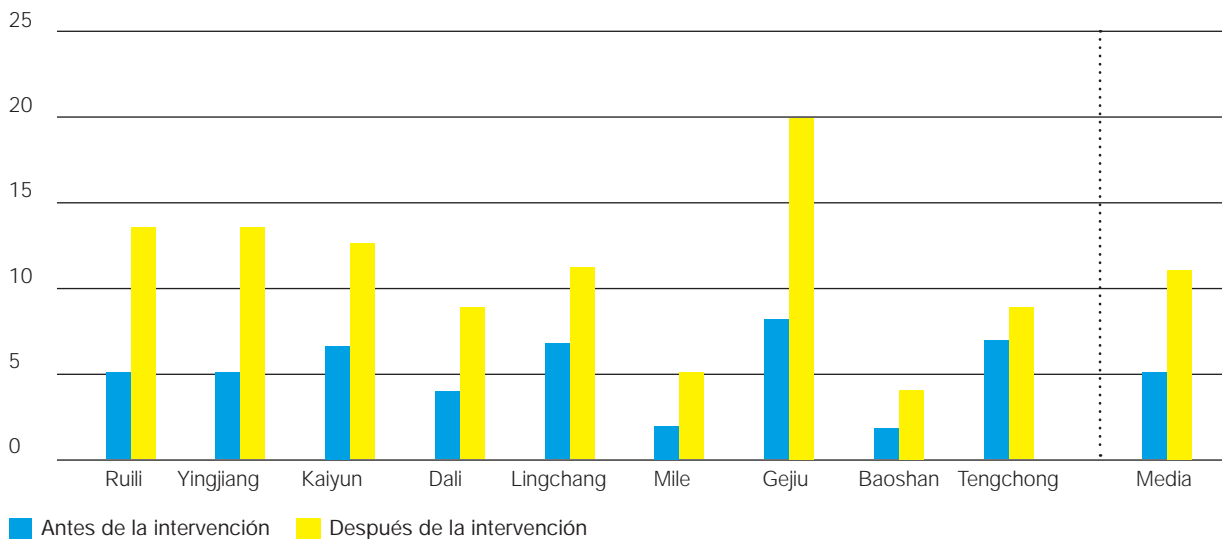
La Red Panucraniana de Personas que Viven con el VIH gestionó una subvención del Fondo Mundial para ofrecer acceso al tratamiento y a los servicios de prevención en respuesta a una de las epidemias que más rápidamente crecía en el mundo.

Treatment Action Campaign, en Sudáfrica, se enfrentó con éxito a un gobierno que no conseguía abordar la epidemia más destructiva del mundo y ayudó a desarrollar programas de acceso al tratamiento por todo el país y a ampliar el compromiso con las pruebas y la prevención del VIH.

Los enfoques más simples del tratamiento ofrecen oportunidades únicas

China: tratamiento del VIH

Tras la introducción de la difusión comunitaria la participación se ha duplicado



Fuente: AIDS Care China, 2009. Datos de diez lugares de Yunnan en 2008.

para ampliar los servicios de difusión y apoyo comunitarios, con efectos positivos directos para la prevención y para un tratamiento más barato.

Por ejemplo, la Asociación Nacional de Personas que Viven con el VIH en Nepal ha ayudado a ocho organizaciones comunitarias ofreciendo asesoramiento a parejas serodiscordantes, promoviendo el uso del preservativo y derivando a los pacientes a servicios de tratamiento, atención y apoyo.

En China, una evaluación independiente de 26 organizaciones comunitarias, dirigidas todas ellas por personas que viven con el VIH y respaldadas por International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) HIV Collaborative Fund, mostró que la participación de estas organizaciones a la hora de respaldar estos servicios aumentaba los índices de observancia del tratamiento, acercaba a más personas a las pruebas del VIH y a los servicios de salud y aumentaba las respuestas de células CD4 a la terapia antirretrovírica.

Una evaluación de la OMS de 186 proyectos comunitarios de movilización y prestación de servicios en Europa oriental, Asia sudoriental y América Latina descubrió que las organizaciones comunitarias locales dirigidas por personas que viven con el VIH son normalmente más capaces de llegar a las poblaciones más expuestas al riesgo de infección por el VIH y de instar a las personas a que utilicen los servicios sanitarios con efectividad.

Las organizaciones comunitarias pueden liderar y gestionar el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, especialmente para las poblaciones más expuestas.

Fortaleciendo la movilización comunitaria, los esfuerzos para aumentar la demanda de prevención, tratamiento y pruebas del VIH garantizan la protección de los derechos humanos, promueven una atención equitativa y ofrecen servicios de prevención y de apoyo comunitarios. ●

Aceptación comunitaria

David Barr

Director de Desarrollo y Proyectos Especiales de International Treatment Preparedness Coalition y asesor del ONUSIDA

¿Cuál es la diferencia?

Hay un gran cambio en la manera de pensar. Hasta ahora los programas de tratamiento y prevención del VIH han estado relativamente ensilados. Solíamos pensar en el tratamiento principalmente como una forma de reducir la morbilidad y la mortalidad. Reconocer que el tratamiento también evita nuevas infecciones nos ofrece nuevas oportunidades de integrar mejor los esfuerzos de prevención y atención. Requiere asimismo que recalculemos la rentabilidad de ofrecer tratamiento.

¿Por qué la participación comunitaria es esencial para el éxito de un enfoque descentralizado del tratamiento y la atención del VIH?

Sin la participación de las comunidades afectadas, es imposible que la atención llegue a las personas más expuestas al riesgo y que puedan utilizarla de manera efectiva. La utilización global del VIH es muy deficiente. Si no se invierte más en la movilización comunitaria, será imposible mejorar el acceso a las pruebas del VIH y a los servicios de prevención y atención. Esta es la realidad para la población general y más aún para las poblaciones más expuestas al riesgo, que sufren una discriminación grave cuando buscan servicios de salud: las personas pobres que viven en áreas rurales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres,

los profesionales del sexo,... Estos grupos tienen motivos suficientes para no confiar en los empleados de la salud pública ni en los servicios que sus gobiernos gestionan.

¿Cuáles son los riesgos de un enfoque como este (derechos humanos, calidad de la atención, etc.)?

Cualquier tipo de prueba del VIH o de atención se tiene que ofrecer dentro de un marco que proteja los derechos humanos. No hay nada en el enfoque del Tratamiento 2.0 que cambie este hecho. La única manera de que las personas puedan acceder a estos servicios es si no corren el riesgo de que se violen sus derechos. El Tratamiento 2.0 mejorará la calidad de la atención al incluir a más personas dentro del alcance de los proveedores de atención y al facilitar el uso del tratamiento y el diagnóstico.



Los jóvenes necesitan poder acceder a información sobre el VIH

DAR SENTIDO AL DINERO

*OUTLOOK argumenta a
favor de las necesidades
de la vida.*





¿LA SALUD ES UNA NECESIDAD O UN LUJO?

¿Su reacción emocional? Una necesidad.

Las personas deben tener acceso a la atención sanitaria, ¿no es así?

Sin embargo, la respuesta, teniendo en cuenta el comportamiento de gasto en atención sanitaria, parece indicar que las personas la tratan como un lujo. En la mayoría de los países, el gasto en salud aumenta al mismo ritmo que crece la economía general. En un mundo de economistas, donde la necesidad tiene una elasticidad de 0 y el lujo una elasticidad de 1, la atención sanitaria tiene una elasticidad cercana a 1 (véase el recuadro).

Por eso, ¿cómo se puede cambiar su reacción emocional para que refleje la realidad?

OUTLOOK analiza las posibilidades.

Más inversión en salud

En tiempos de bonanza económica, las inversiones en atención sanitaria aumentan. Como la atención sanitaria tiene una elasticidad cercana al 1, un aumento en los ingresos per cápita del 1% daría lugar a un incremento semejante en la demanda de salud. Y el mundo ha visto que esto sucede.

Sin embargo, es poco probable que la confianza en una economía próspera funcione en todos los casos por igual. No todas las economías son lo suficientemente grandes para aumentar los recursos requeridos para satisfacer y sostener las necesidades sanitarias. Si se lo hubiera dejado exclusivamente a las fuerzas del mercado, hoy en día pocas personas estarían en tratamiento para el VIH.

La composición de la inversión mundial en salud seguirá siendo una combinación de asistencia internacional e inversión nacional. Actualmente, las inversiones en salud en los países de ingresos bajos y medios han alcanzado casi los US\$700 000 millones.

Podría decirse que aquello que ha sido bueno para la respuesta al sida también ha sido bueno para la salud mundial en general. El financiamiento para la respuesta al sida ha permitido que se destine más dinero a los programas de control de la tuberculosis y la malaria.

El gasto en VIH ascendió a casi US\$15 600 millones en 2008. En los países donde existen datos, aproximadamente el 70% del desembolso en los países de ingresos bajos y medios proviene de la asistencia internacional. El resto es financiado por ingresos nacionales y el gasto del propio bolsillo de los individuos y las familias.

Entender los límites del gasto nacional en VIH

La Declaración de Abuja recomendó que el gasto en salud de los países debe ser del 15% aproximadamente del presupuesto gubernamental. Pero, ¿qué significa realmente en la práctica?

En 2008, la República Democrática del Congo aprobó una legislación histórica, en la que declaraba que era responsabilidad del Estado proporcionar o facilitar el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para todo su pueblo. El ONUSIDA estima que las necesidades totales de recursos para el país —donde entre 300 000 y 400 000 personas viven con el VIH— para 2010 son de alrededor de US\$330 millones, casi un 3,8% de la economía total.

Según indicadores del Banco Mundial, la economía general de la RDC podría no ser tan vulnerable a impactos económicos

EL ONUSIDA ESTIMA QUE LOS GOBIERNOS DEBEN ASIGNAR AL VIH ENTRE EL 0,5% Y EL 3% DE LOS INGRESOS PÚBLICOS, SEGÚN LA PREVALENCIA DEL VIH EN EL PAÍS.

como otros países. Se estima que la economía de esta nación es de US\$9000 millones. De esta suma, la porción de ingresos del gobierno es de alrededor del 13%, y de esto, desembolsa unos US\$3,8 millones, o el 0,3%, en el VIH.

El ONUSIDA estima que los gobiernos deben asignar al VIH entre el 0,5% y el 3% de los ingresos públicos, según la prevalencia del VIH en el país.

Si la República Democrática del Congo fuera a aumentar su aporte nacional al 0,6%, adecuado para sus niveles de prevalencia del VIH, simplemente gastaría otros US\$2,9 millones. Aún le faltarían al país unos US\$323 millones. Para cumplir con sus obligaciones constitucionales, el país tiene que aumentar los impuestos o depender de la asistencia internacional.

A fines de 2008, la asistencia internacional aportó unos US\$91 millones, es decir, el 96% del gasto total en VIH en el país. Si esta ayuda económica se redujera, el país tendría que tomar decisiones difíciles, incluso la de suspender su actual programa de tratamiento.

En 2008, el gasto interno en VIH en África fue seis veces más alto que en otras partes del mundo. Botswana encabeza el mundo en cuanto a gasto interno en VIH como proporción de sus ingresos públicos (de más del 4%). Puede hacerlo porque la porción de la economía del gobierno es de alrededor del 35%, y su economía relativamente fuerte es menos vulnerable a los golpes.

Y los resultados son reales. La cobertura para las personas que necesitan tratamiento supera el 80%, y el 94% de las embarazadas tiene acceso a los servicios para prevenir la transmisión del VIH a sus bebés. Sin embargo, ahora la cuestión es si Botswana podrá mantener en el tiempo los niveles actuales de inversión.

Países como Mozambique y Uganda destinan al VIH alrededor del 1% de sus ingresos públicos, aunque su porción de la economía es de apenas el 13% aproximadamente. Ambos países tienen una alta tasa de prevalencia del VIH y un importante número de personas que viven con el VIH. Además, sus economías son frágiles. Malawi se encuentra en una situación parecida, ya que gasta en VIH alrededor del 2,5% de sus ingresos públicos.

Swazilandia desembolsó alrededor del 1,7% de sus ingresos en la respuesta al sida en 2007; se prevé que este gasto aumentará a casi el 3% a medio plazo. El Banco

Mundial no considera sostenible el impacto fiscal de este nivel de inversión para el VIH a largo plazo. De hecho, algunos economistas sugieren que los valores netos actuales de esta inversión en VIH superan en mucho lo que puede sostenerse a largo plazo.

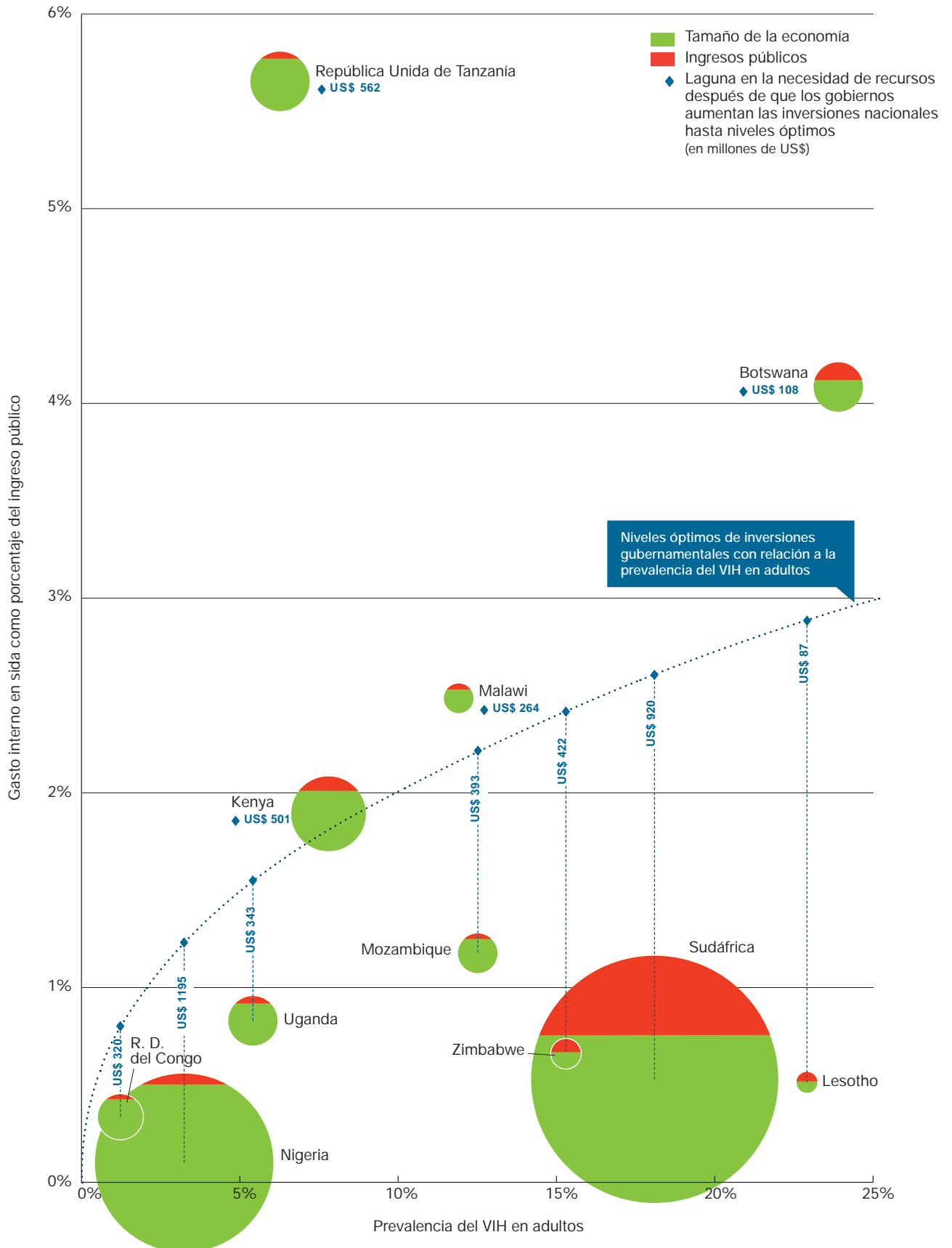
¿Es justo esperar que los países gasten más?

En algunos casos, la respuesta es “sí”. Las grandes economías emergentes, como las de China, la India y Sudáfrica, aún tienen la capacidad para invertir más. Y si lo hicieran, podrían liberar recursos para los países que tienen mayores necesidades y pocas vías para incrementar los recursos a nivel interno. Tomemos el ejemplo de Sudáfrica: las necesidades totales de recursos para 2010 son de alrededor de US\$3200 millones, aproximadamente el 1,2% de su economía y el 3,7% de sus ingresos públicos. En términos de tamaño puro, la inversión de US\$1000 millones realizada por el país es la mayor que se ha hecho alguna vez, pero sigue siendo sólo un tercio de la necesidad total, y mucho menos que la tasa de gasto en otros países con niveles similares o inferiores de prevalencia. La buena noticia es que su economía había estado creciendo a razón de un 5% aproximadamente hasta la reciente crisis financiera mundial. Si el crecimiento vuelve a estos niveles, el país podrá ampliar sus inversiones.

China y la India actualmente reciben más de US\$245 millones al año como asistencia oficial al desarrollo para el VIH. Juntas, representan el 8% de los fondos proporcionados por el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). La India ha aumentado su presupuesto sanitario en los últimos años, aprovechando el crecimiento económico continuo. Sin embargo, aún recibe asistencia internacional para una parte considerable de su respuesta al sida.

Los países de ingresos medios necesitarán apuntalar sus inversiones nacionales. Países como Brasil, China, la India, México, la Federación de Rusia, Ucrania y Viet Nam pueden financiar íntegramente sus respuestas al sida a través de fuentes internas. Los países de ingresos bajos también deben aumentar sus inversiones a niveles proporcionales a sus ingresos. La mitad de las necesidades mundiales de recursos para países de ingresos bajos y medios se encuentra en 68 países que tienen una necesidad nacional de menos del 0,5% de su ingreso nacional bruto. Estos países podrían financiar una parte significativa de su respuesta nacional al sida.

¿Pueden los gobiernos satisfacer las necesidades de recursos para la respuesta al sida con ingresos públicos?



LOS GASTOS DE BOLSILLO EMPUJAN LA CARGA DE ATENCIÓN SANITARIA SOBRE LOS INDIVIDUOS Y LAS FAMILIAS, LO QUE A SU VEZ HACE QUE PAREZCA MÁS UN LUJO QUE UNA NECESIDAD. UN PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD SOCIAL QUE SEA EQUITATIVO PUEDE SUAVIZAR EL IMPACTO, ESPECIALMENTE EN LOS POBRES

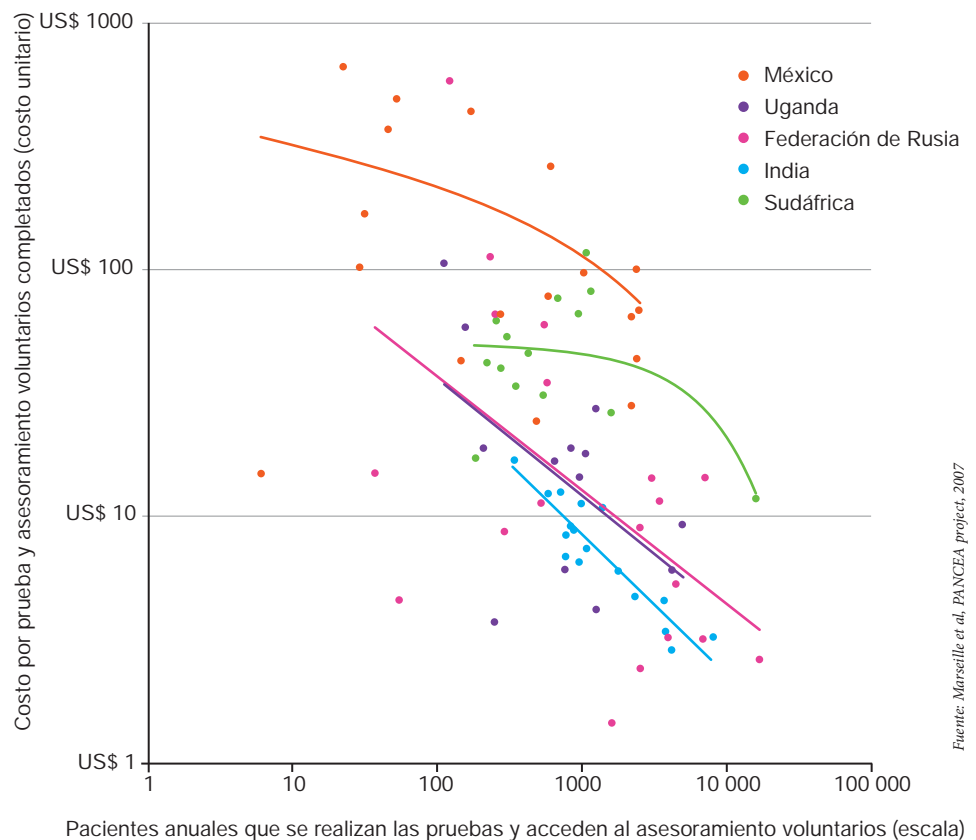
Sin embargo, se debe dar protección a las poblaciones marginadas en programas financiados por fuentes internas. Los programas del sida deben trabajar con profesionales del sexo, personas que se inyectan drogas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y transexuales, las poblaciones que son más propensas a ser excluidas del acceso a los servicios sociales y sanitarios, incluso en países con economías más fuertes. Es una cuestión de especial interés en países que no reúnen los criterios para recibir asistencia internacional debido a los indicadores económicos y que no tienen una fuerte tradición de apoyar a las organizaciones de la sociedad civil y los grupos comunitarios.

Innovación en financiamiento de salud: reducir el riesgo individual

La canalización de los gastos de bolsillo puede ser otra opción para aumentar las inversiones en salud. Son escasos los datos precisos acerca de cuánto gastan las personas de sus propios ingresos y ahorros, pero diversas estimaciones calculan que, a nivel mundial, alcanzaría a los US\$1000 millones. Sin embargo, el alto costo de la atención de la salud puede disuadir a la gente a acceder a ella.

Los gastos del bolsillo empujan la carga de la atención sanitaria sobre los individuos y las familias, lo que a su vez hace que parezca más un lujo que una necesidad. Un programa de seguro de salud social que sea equitativo puede suavizar el impacto, especialmente en los pobres. Al distribuir el riesgo de manera equitativa en

Enorme variación del costo promedio para la prestación de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias en varios lugares dentro de los países



Fuente: Marselle et al, PANCEA project, 2007

la población, los recursos generados pueden satisfacer las necesidades de aquellos que más los necesitan. Esto resulta particularmente atractivo en países en el que la participación del gobierno de la economía no es considerable.

Cuando los pobres no pueden pagar su parte, el Estado puede ayudar proporcionando cobertura, ya sea de sus propios recursos o a través de la asistencia internacional. Rwanda ha iniciado un sistema de ese tipo. Se utilizaron los recursos aportados por el Fondo Mundial para pagar las primas para los más pobres y las personas que viven con el VIH. Los resultados en salud fueron positivos, no sólo para el sida, la tuberculosis y la malaria, sino en todas las áreas de la salud. Se han intentado métodos similares en Burkina Faso y Ghana.

Gravar impuestos al lujo por el bien social

En los últimos años, se han propuesto varios sistemas innovadores con el objeto de obtener recursos para el VIH a partir de impuestos indirectos. El proyecto MassiveGood tiene como finalidad recaudar dinero de la industria del turismo, mientras que UNITAID reúne valiosos fondos a partir de los tributos impuestos a los pasajeros de aerolíneas. Se habla de gravar las transacciones bancarias de valores altos, el uso de teléfonos móviles y el cambio de dinero.

Los impuestos al consumo de gasolina han ayudado a construir puentes y sistemas de transporte masivo rápido. Sin embargo, aunque es eficaz para recaudar dinero, a la larga la capacidad de estas iniciativas para producir resultados depende del crecimiento económico a largo plazo. Hay límites en lo que la sociedad puede esperar obtener de la economía y sostenerlo en el tiempo antes de que disminuya el interés público.

Hacer rendir más el dinero

Al mismo tiempo que los recursos internacionales para responder a la epidemia de sida aumentaron en la primera parte de la última década, hubo un llamamiento a hacer rendir el dinero. En 2010, esto ha dado paso a un reclamo ligeramente modificado: hacer rendir más, mejor y con más inteligencia el dinero.

Hay dos maneras de lograrlo: aumentando la eficiencia y la eficacia de los programas relacionados con el VIH. Esto significa actuar mejor, es decir, saber qué hacer, dirigir los recursos en la dirección correcta y no desperdiciarlos, reducir los precios y contener los costos.

En un estudio llevado a cabo por el proyecto PANCEA, se detectó que el costo unitario de las pruebas del VIH variaba marcadamente de un centro a otro, incluso dentro del mismo país, en algunos países en más de diez veces. El costo de la prestación de servicios muchas veces difiere, según cuál sea la fuente del dinero. En la India, por ejemplo, el gobierno fijó el costo unitario básico asociado con un programa para profesionales del sexo. No obstante, muchas organizaciones han gastado muy por encima del límite establecido; estos gastos en general son financiados por fuentes externas, cuya previsibilidad de sostener el financiamiento a largo plazo es incierta.

Sudáfrica recientemente cambió sus políticas, cuando cayó en la cuenta de que para comprar los fármacos antirretrovíricos a nivel local gastaba más que si los importaba. Bajar los costos es una pieza del rompecabezas de la asistencia sanitaria en África.

Y África no puede permitirse tener organismos fragmentados de reglamentación sanitaria; un plan farmacéutico único, que actualmente se debate en la Unión Africana, puede simplificar el acceso y la entrega de medicamentos que salvan vidas para todo el continente. La creación de un fondo común de patentes podría ayudar a poner en el mercado medicamentos más eficaces y más baratos.

Muchos países han utilizado la flexibilidad que permiten los ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) para acceder a medicamentos contra el VIH menos costosos. Sin embargo, en años recientes, se ha observado una tendencia a firmar acuerdos comerciales que limitan su capacidad para actuar, en especial con la generación más nueva de medicamentos.

Muchos países han realizado evaluaciones para identificar dónde se produjeron las últimas 1000 infecciones y las triangularon con patrones de inversión para determinar si el dinero se dirigía a los lugares correctos. Como resultado,

Elasticidad

La elasticidad-ingreso de la demanda de cualquier bien es una medida de la relación entre un cambio porcentual en los ingresos y el cambio porcentual en la demanda de ese bien. Un valor alto de la elasticidad significa que la demanda es sensible a los ingresos; un valor bajo significa que no lo es.

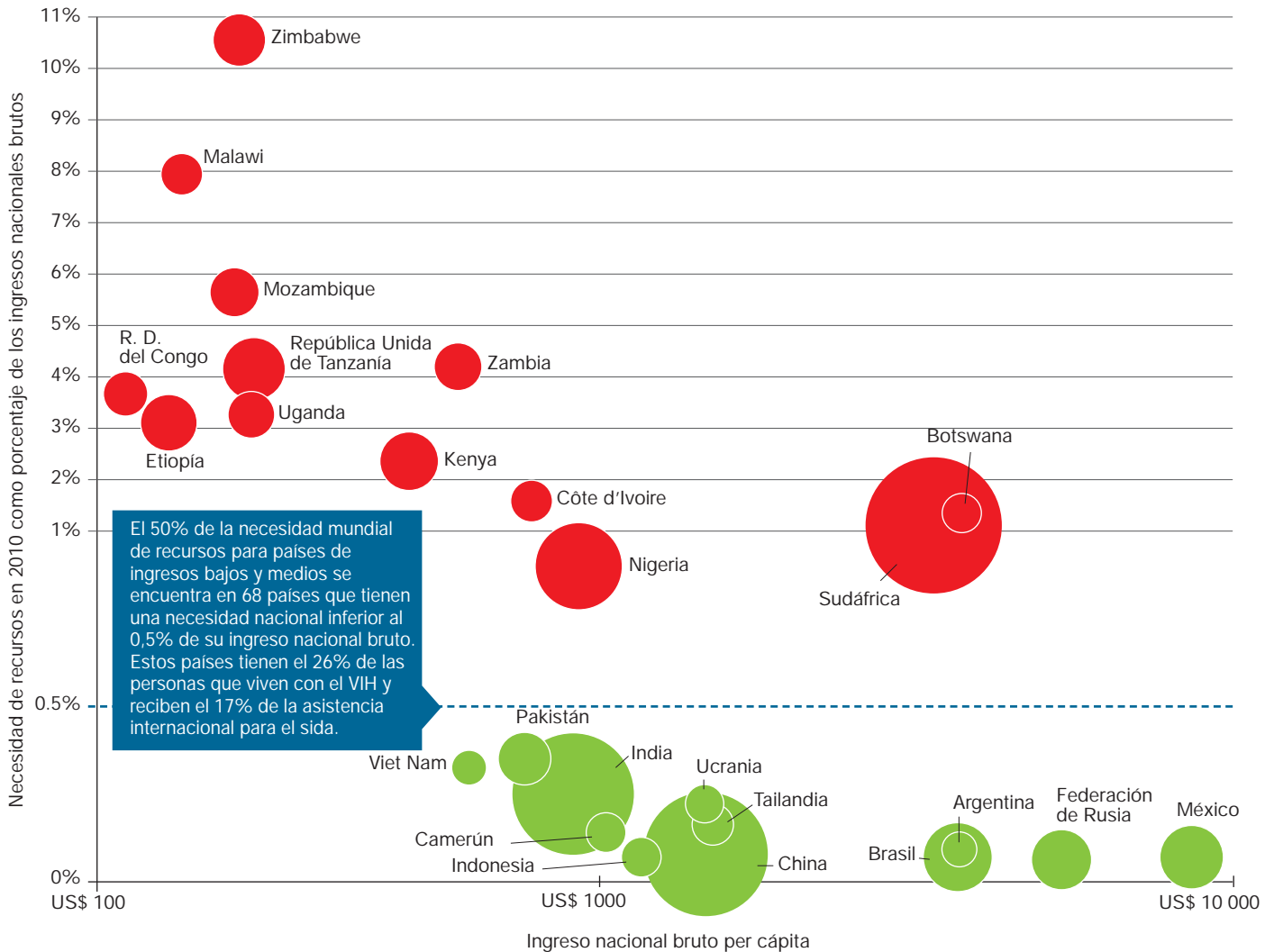
Una elasticidad ingreso de menos de 1 significará que la demanda cambiará en menos del cambio porcentual de los ingresos. Esto normalmente se asocia con las necesidades, que la gente tratará de consumir independientemente de sus ingresos. Así, los más pobres gastarán una proporción más grande de sus ingresos en las necesidades de lo que gastan más personas solventes.

Una elasticidad ingreso superior a 1 significará que la demanda cambiará en más que el cambio porcentual de los ingresos. Esto normalmente se asocia con los lujos, para los cuales los más pobres tenderán a usar una proporción más pequeña de sus ingresos de lo que usan más personas solventes.

Una elasticidad-ingreso de 1 para la salud significa que el cambio porcentual en la demanda de salud será igual que el cambio porcentual de los ingresos en el país en cuestión. Como término medio, las poblaciones destinarán a la salud una proporción fija de sus ingresos, con un promedio de alrededor del 5% en los países de ingresos bajos y bajos (incluidos el gasto público y el privado).

¿Quiénes pueden soportar la carga de recursos de la respuesta al sida?

Los 25 países representados este gráfico figura requieren el 75% del total de recursos necesarios para la respuesta al sida. Alrededor del 85% de las personas que viven con el VIH residen en estos países. Juntos, estos países generan el 70% del ingreso nacional bruto mundial en países de ingresos bajos y medios.



- Países que pueden satisfacer una proporción considerable de sus necesidades de recursos a partir de recursos internos (públicos y privados).
- Países que no pueden satisfacer sus necesidades de recursos solamente con recursos internos (públicos y privados).

El tamaño del círculo de un país representa su necesidad total de recursos para la respuesta al sida en 2010 (estimaciones del ONUSIDA).

las prioridades programáticas están cambiando. En un estudio sobre los modos de transmisión realizado en Benin, se encontró que más del 30% de todas las nuevas infecciones ocurren a través del comercio sexual. Sin embargo, los recursos que destinaron a programas relacionados con el comercio sexual fueron sólo el 3,5% del gasto en materia de prevención. En Ghana, desde hace mucho tiempo se observa un patrón similar. En muchos países con epidemias bajas y concentradas, es mucho más fácil conseguir recursos para llegar a la población general y los jóvenes que para los profesionales del sexo o los adolescentes que corren mayor riesgo. Bangladesh ha encontrado ahora un equilibrio positivo. La división entre los recursos asignados a los jóvenes y las poblaciones más expuestas es casi la misma (de alrededor del 40%).

La población de jóvenes no es homogénea. En Asia, se estima que el 95% de las infecciones entre jóvenes se producen entre adolescentes de mayor riesgo. Pero menos del 10% de los recursos gastados en los jóvenes se dirigen a este subconjunto de la población.

En África subsahariana, pocos programas llegan a los hombres y mujeres en relaciones prolongadas; se considera que el riesgo que corren es bajo, aunque una mayoría de las infecciones ocurren en este grupo.

¿Es aceptable esto? ¿Se pueden dirigir los recursos de manera más eficiente?

Otra medida compleja y muy debatida es revisar las eficiencias de los diferentes enfoques programáticos. ¿Los programas para el VIH están fundamentados en pruebas y es clara la responsabilidad por los resultados?

Los costos de la prestación de asistencia sanitaria se pueden reducir a través de la integración de los servicios para la tuberculosis y el VIH, la prestación de todos los servicios de atención materno-infantil en un solo lugar y la rotación de tareas. La difusión a los jóvenes puede ser más inteligente y más barata si se utilizan las redes sociales y los SMS en lugar de los métodos actuales que requieren bastante dedicación de personal.

Hacer previsible la disponibilidad de recursos

La enseñanza más importante que ha aprendido la respuesta al sida en la actual crisis económica es la cuestión de la previsible. Los países no pueden responder eficazmente a la epidemia por año fiscal. Los esfuerzos para financiar programas relacionados con el sida deben considerar qué se necesita ahora y qué se necesita a largo plazo. Los cimientos para una respuesta integral al sida debe tener la suficiente solidez para satisfacer las necesidades no sólo en los próximos 12 meses sino también durante los siguientes 10, 20 y 30 años.

En los últimos 12 meses, varios países han informado de desabastecimientos críticos de medicamentos para el VIH debido a una escasez de recursos y las ineficiencias administrativas. Las clínicas rechazan personas que necesitan iniciar el tratamiento porque se tienen que enfocar en mantener a flote los programas existentes. En su mayoría, los países dependen de fuentes externas para cubrir los costos del tratamiento. El Fondo Mundial financió por sí solo el tratamiento para la mitad de los 4 millones que lo recibieron en 2008, mientras que el gobierno estadounidense es otra fuente importante de inversiones en programas de tratamiento. Si el Fondo Mundial no es financiado íntegramente y la comunidad de donantes no cumple sus promesas ni cambia sus políticas de ayuda económica, el salvavidas de millones de personas podría estar en peligro.

La demanda de acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH se ha multiplicado en los últimos años. Se prevé que esta demanda aumentará aún más en los próximos años. Esto debe ser transformado en una oportunidad para incrementar los recursos destinados a la salud mundial. Para un crecimiento económico fuerte, se necesita una población sana y “apta para trabajar”. Para lograrlo, la salud debe convertirse en una necesidad, no un lujo. ●

Un sistema desequilibrado

Sudáfrica gasta en salud alrededor del 8% de su producto interno bruto, que es algo menos que el 8,9% de Suecia. Sin embargo, el gasto se produce en un sistema desigual y de dos niveles. La mayor parte del desembolso se dirige al sector privado, donde se concentra la mayoría de los recursos. A mediados de los años 2000, el país destinaba al sistema público de salud cerca del 3,5% de su producto interno bruto, una proporción menor que en países considerablemente más pobres, como Honduras (4%), Lesotho (5,5%) o Colombia (6,7%).

Cada año, casi el 60% del gasto en salud costea la atención sanitaria de alrededor de 7 millones de personas, generalmente sudafricanos más pudientes que pertenecen a planes médicos privados y que utilizan el sistema privado de salud, bien dotado de recursos y con fines de lucro.

En consecuencia, más de 23 millones de sudafricanos dependen por completo de un sistema de salud sobrecargado y escaso de personal, mientras que alrededor de 10 millones de personas utilizan el sector público, pero ocasionalmente pagan de su propio bolsillo para utilizar el sector privado.

Algunos en Sudáfrica confían en un sistema de seguro nacional de salud como una forma rápida de mejorar los resultados de salud. El Ministro de Salud cree que esto tiene que ir de la mano de una reforma del mismo sistema público de salud. Una distribución más equitativa de los fondos podría ayudar a acelerar las mejoras.

La respuesta de los BRICS*

**Mientras el poder pasa del G8 al G20,
cinco países destacan por su capacidad
para cambiar el curso de la
epidemia mundial de sida.**

**OUTLOOK analiza por qué Brasil,
China, India, la Federación de Rusia
y Sudáfrica podrían detener
la trayectoria.**

* A Jim O'Neill, de Goldman Sachs, se le atribuye en gran parte haber acuñado el término 'países BRIC' en un artículo de 2001 titulado *The world needs better economic BRICs*, que trataba sobre Brasil, la Federación de Rusia, India y China, países que guardan similitudes desde el punto de vista económico.

En 2010, el ONUSIDA utiliza el nuevo término BRICS para incluir a Sudáfrica entre los cinco países del G20 que podrían tener una gran repercusión en la trayectoria de la epidemia mundial de sida.



Brasil

Panorama general de la epidemia del VIH

Brasil tiene una epidemia del VIH concentrada, con un índice de prevalencia de un 0,6%, que ha permanecido relativamente constante desde el año 2000. De las 630.000 personas seropositivas que viven en el país, 250.000 no conocen su estado serológico con respecto al VIH.

El consumo de drogas inyectables y las relaciones sexuales sin protección (entre hombres, personas transgénero, y profesionales del sexo y sus clientes) son las principales vías de transmisión del VIH. Estudios realizados en diez municipios brasileños en 2008 y 2009 mostraron un índice de prevalencia del VIH de un 6% entre consumidores de drogas inyectables, de un 13% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y de un 5% entre profesionales femeninas del sexo.

La epidemia del VIH muestra diferencias sustanciales a lo largo del país. Así, en las regiones del sudeste y el centro oeste, el número de nuevas infecciones disminuyó entre 2000 y 2008. Sin embargo, en ese mismo periodo de tiempo, aumentó en el norte, el noreste y el sur.

Brasil lleva facilitando terapia antirretrovírica de forma gratuita desde 1996. El programa está financiado por el gobierno y cuenta con 190.000 personas seropositivas inscritas, de las que 35.000 entraron en 2008. En 2009, cerca de la mitad de las mujeres embarazadas que viven con el VIH recibieron medicamentos



antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión a sus hijos.

En 2008, el gasto de Brasil para intervenciones relacionadas con el sida sumó un total de USD 623 millones, de los que un 99% procedía de fuentes públicas internas.

Mientras el 84% de los fondos se destinó a programas para el tratamiento y la atención del VIH, la prevención recibió menos de un 7% del gasto total.

La respuesta

La respuesta de Brasil al VIH se fundamenta en el respeto de los derechos humanos,

la participación activa de la sociedad civil y el acceso gratuito y precoz a la terapia antirretrovírica. Cuando se detectó el primer caso de sida en el país, Brasil estaba viviendo un fuerte movimiento popular, y se había iniciado un diálogo público sobre ciudadanía y democracia. Se instaba al estado a proporcionar atención sanitaria y educación.

La estrecha relación que existe entre el gobierno y la sociedad civil ha sido vital para garantizar el éxito de la protección y la promoción de los derechos humanos en la respuesta al sida.

Brasil siempre ha apoyado la prevención del VIH basada en resultados, con una actitud que aboga por no estigmatizar a los grupos de población más expuestos al virus, entre los que se encuentran los consumidores de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y los profesionales del sexo. El reparto de preservativos de forma gratuita también ha sido una de las señas de identidad de la respuesta al sida de Brasil. Además, el profiláctico femenino se lleva distribuyendo desde 1998. En 2009, se repartieron por todo el país 466 millones de preservativos masculinos y dos millones de femeninos, la mayor cantidad de su historia. A pesar de que esta política se lleva aplicando desde los años 90, una encuesta nacional reciente señaló que el uso del preservativo había disminuido. Esta situación requiere un análisis profundo y adecuado para identificar sus posibles causas y establecer de nuevo las tendencias que se han observado a lo largo del tiempo.

La atención que ha prestado el gobierno a la prevención del VIH y el acceso gratuito al tratamiento sin duda ha desempeñado un papel muy importante a la hora de reducir la gravedad de la epidemia del VIH en el país.

Detener la trayectoria



Brasil presta un volumen de tratamiento sin precedentes, lo que unido a su enfoque basado en el respeto de los derechos humanos, le permite seguir ampliando su liderazgo en todo el mundo.

Puesto que solo un 50% de las mujeres embarazadas seropositivas tiene acceso a servicios para evitar la transmisión materno-infantil del VIH, Brasil tiene la oportunidad de aumentar la cobertura de los programas de asesoramiento y pruebas del virus en las clínicas prenatales. También se podría ampliar el número de centros de maternidad que prestan servicios para prevenir la transmisión materno-infantil, y se debería prestar una especial atención a las zonas más aisladas del país, como la región del Amazonas, en el norte y el noreste de Brasil.

Entre 2003 y 2008, un tercio de los nuevos casos de VIH se detectaron en los últimos estadios de la infección, por lo que ampliar el alcance de los servicios de asesoramiento y pruebas con el fin de evitar que se produzcan diagnósticos tardíos podría considerarse una prioridad.

Asimismo, Brasil debería redoblar sus esfuerzos para alcanzar el acceso universal a la prevención del VIH, puesto que se le dedica menos de un 7% del gasto total destinado a hacer frente al sida.



Preguntas y respuestas

Dra. Mariângela Batista Galvão Simão
Directora del Programa nacional sobre el sida

¿Cuáles son algunos de los principales logros que ha alcanzado Brasil en su respuesta al sida en los últimos tiempos?

El Plan estratégico nacional sobre el sida de Brasil se centra en los grupos de población más expuestos a la infección por el VIH. Este plan establece unos objetivos claros, así como indicadores para medir el progreso. La respuesta al sida está descentralizada e implica a todos los niveles del gobierno (federal, estatal y municipal), además de a organizaciones de la sociedad civil, consideradas como iguales en la respuesta y el proceso de toma de decisiones. Por último, hemos conseguido resultados satisfactorios al ampliar la presencia de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH en diferentes lugares.

¿Cuáles son las principales barreras del acceso universal en Brasil?

Aunque Brasil lleva aplicando una política de acceso universal al tratamiento desde 1996, todavía hay algunos grupos de población que no pueden acceder a los servicios sanitarios: personas transgénero, profesionales del sexo y consumidores de drogas. El estigma y la discriminación siguen siendo barreras clave para ellos. Sin embargo, hay que señalar que todas las personas que viven con el VIH en Brasil tienen derecho a recibir tratamiento y atención gratuitos a través del sistema sanitario nacional. No hay listas de espera para recibir tratamiento.

Mirando hacia el futuro, ¿qué es lo que podría marcar la diferencia a la hora de evitar que en Brasil se produzcan nuevas infecciones?

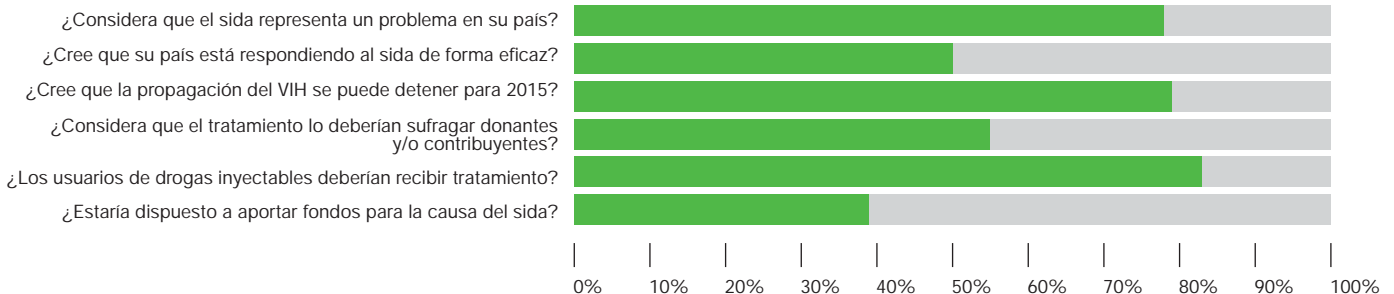
No hay una respuesta sencilla a esta pregunta, puesto que prevenir nuevas infecciones requiere una gran variedad de estrategias de tratamiento y prevención integradas y combinadas, siempre bajo el principio del respeto de los derechos humanos. Todavía nos faltan datos sobre la incidencia del VIH en Brasil, algo esencial para garantizar que aplicamos una respuesta dirigida.


SABÍAS QUÉ...

En 2009, Brasil presentó un Plan nacional para fomentar la ciudadanía y los derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales, y un Plan nacional para la protección de los derechos humanos con el fin de hacer frente al estigma y la discriminación asociados al VIH.

A pesar de que se le conoce por ser un país que celebra la diversidad sexual en lugar de estigmatizarla, en Brasil todavía se cometen delitos motivados por prejuicios contra lesbianas, gays, bisexuales y transexuales. En 2009, se produjeron 180 casos documentados de este tipo de crímenes, de acuerdo con un estudio realizado por la organización Grupo Gay da Bahia.

Resultados de la encuesta de referencia del ONUSIDA: Brasil



 = Porcentaje de respuestas afirmativas



Federación de Rusia

Panorama general de la epidemia del VIH

La epidemia del VIH de la Federación de Rusia está muy concentrada entre los usuarios de drogas inyectables. De acuerdo con fuentes gubernamentales, el 78% de las personas que viven con el VIH en el país lo ha contraído a través del uso de drogas inyectables. Sin embargo, la transmisión sexual está aumentando. Los resultados de algunos estudios muestran índices de prevalencia altos entre profesionales del sexo (6-39%), hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (1-9%) y parejas sexuales de los consumidores de drogas inyectables.

Por otra parte, la incidencia de nuevas infecciones sigue aumentando. En 2009, en la Federación de Rusia se registraron cerca de 58.400 nuevas infecciones, 160 al día, en comparación con las 44.800 de 2007.

Las mujeres del país cada vez representan un parte más importante del número de nuevas infecciones. En 2009, el 42% de las personas que contrajeron el VIH eran mujeres, en comparación con el 22% de 2001. Además, los jóvenes se ven gravemente afectados. Tres cuartas partes de todas las infecciones que tienen lugar en la Federación de Rusia se producen en personas menores de 30 años.

Aunque el acceso a la terapia antirretrovírica para las personas seropositivas está mejorando (en 2009,



71.000 personas recibieron tratamiento, en comparación con las 30.000 de 2007), estos esfuerzos no siguen el ritmo del número de nuevas infecciones. En 2009, por cada cuatro pacientes en tratamiento, once contraían el VIH. Se calcula que para 2015, 400.000 personas seropositivas necesitarán terapia antirretrovírica, con lo que las tendencias de financiación auguran que habrá una disminución en el número de personas con acceso al tratamiento.

El gobierno ruso es el principal donante de los cerca de USD 1.500 millones que el país ha destinado para responder al sida entre 2006 y 2011.

La respuesta

La Federación de Rusia lidera el camino que lleva a eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH. De las 14.000 mujeres seropositivas que se quedaron embarazadas en 2008, más del 95% se benefició de los servicios destinados a evitar que sus hijos contraigan el virus.

La educación sexual sigue siendo un tema delicado. Aunque en 2009 el 92% de las escuelas del país organizó jornadas para sensibilizar sobre el VIH, los jóvenes siguen teniendo poca información.

El gobierno ya no respalda los programas de reducción de daños, y la terapia de sustitución de opiáceos es ilegal. En su lugar, se ha dado prioridad a las acciones encaminadas a fomentar la sensibilización y los estilos de vida saludables entre la población general, con especial hincapié en la reducción de la demanda de drogas.

Como este año el gobierno ruso no ha financiado actividades para prevenir el VIH entre los grupos de población más expuestos (entre los que se encuentran los usuarios de drogas inyectables, los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres), las organizaciones de la sociedad civil que ofrecen este tipo de programas cada vez se enfrentan a más dificultades económicas.

Por otra parte, los esfuerzos que se realizan para que los servicios de prevención lleguen hasta los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se ven frustrados por la homofobia. Además, las minorías sexuales denuncian que a menudo se vulneran sus derechos humanos.

Detener la trayectoria



El consumo de drogas inyectables está provocando que la epidemia del VIH continúe creciendo en el país, lo que para la Federación de Rusia representa una oportunidad para causar un impacto positivo.

Es necesario que se apliquen medidas urgentes para reducir la infección del VIH entre los más de un millón y medio de consumidores de drogas inyectables del país. Algunas de ellas podrían consistir en emprender acciones de divulgación en la comunidad de usuarios de drogas, llevar a cabo programas de intercambio de agujas y jeringuillas, repartir preservativos, facilitar terapia de sustitución de opiáceos y desarrollar programas de rehabilitación y tratamiento del VIH. Además, concentrar los servicios de prevención en los grupos de población más expuestos podría reportar grandes recompensas.

La transmisión sexual del VIH cada vez tiene más protagonismo en la epidemia del VIH del país, sobre todo entre cónyuges y parejas de usuarios de drogas, por lo que es necesario hacer más hincapié en los programas de prevención destinados a la población general.

La Federación de Rusia es un país donante nuevo y una importante fuerza científica. Debido a su liderazgo internacional, podría desempeñar un papel crucial a la hora de promocionar la cooperación regional con el fin de hacer frente a la epidemia del VIH en Europa oriental y Asia central.



Preguntas y respuestas

Profesor Vadim Pokrovsky

Presidente del Centro federal sobre el sida, Federación de Rusia

¿Cuáles son algunos de los principales logros que ha alcanzado la Federación de Rusia en su respuesta al sida en los últimos tiempos?

Todas las mujeres embarazadas del país tienen acceso a las pruebas de detección del VIH y a los servicios destinados a prevenir la transmisión maternoinfantil, por lo que el número de niños que nacen con el virus está disminuyendo. En general, el acceso a la terapia antirretrovírica ha aumentado de forma considerable, y el nivel de protección contra la infección por el VIH en las transfusiones de sangre es muy alto.

¿Cuáles son las principales barreras del acceso universal en la Federación de Rusia?

El acceso a información sobre el VIH es insuficiente, lo que supone un obstáculo muy serio. Esto se debe, sobre todo, a que se han producido recortes en los fondos destinados a realizar actividades de prevención del VIH para los grupos de población más expuestos y la población general, por lo que estamos asistiendo a un aumento en el número de nuevas infecciones.

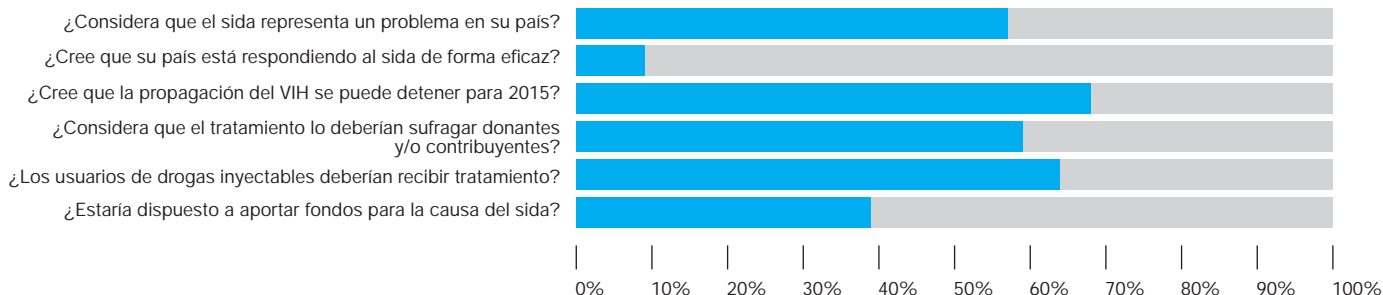
Mirando hacia el futuro, ¿qué es lo que podría marcar la diferencia a la hora de evitar que se produzcan nuevas infecciones en la Federación de Rusia?


Hay que incrementar considerablemente la financiación para prevención primaria, información pública y educación sobre el VIH.

SABÍAS QUÉ...

A pesar de que las tasas de infección en mujeres están creciendo, se ha producido un descenso drástico en la transmisión maternoinfantil del VIH. Ha pasado de un 19% en 2000 a un 6% en 2009.

Resultados de la encuesta de referencia del ONUSIDA: Federación de Rusia



 = Porcentaje de respuestas afirmativas.



India

Panorama general de la epidemia del VIH

Aunque se considera que la India tiene un índice de prevalencia bajo, un 0,3%, el país soporta la tercera carga del VIH más alta del mundo, por detrás de Sudáfrica y Nigeria. El 60% de los 2,2 millones de personas que viven con el VIH en el país, se concentra en seis estados de prevalencia alta.

La epidemia de la India se propaga principalmente por transmisión sexual, sobre todo a través del comercio sexual y las relaciones sexuales sin protección entre hombres. Como el uso del preservativo no es óptimo ni habitual, los hombres que compran servicios sexuales representan la fuente principal de la epidemia del VIH en la India. Sin embargo, el uso de drogas inyectables es la vía de transmisión más importante en el noreste del país.

La cantidad de mujeres infectadas por el VIH ha ido en aumento, lo que es especialmente llamativo. En 2007, constituían cerca del 40% de las personas seropositivas del país.

El estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con el VIH y los grupos de población más expuestos, tanto en sus comunidades como en el sector sanitario, sigue suponiendo una barrera muy importante para acceder a los servicios.

A pesar de estas tendencias, se han divisado señales de progreso en el frente de la prevención del VIH. El índice de



prevalencia está disminuyendo entre las profesionales del sexo gracias a los programas destinados a ellas. Además, en los estados más afectados del país, Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra y Tamil Nadu, la prevalencia disminuyó un 54% en mujeres de entre 15 y 24 años que visitaron clínicas prenatales entre 2000 y 2007.

También se están realizando progresos en el frente del tratamiento. El acceso a la terapia antirretrovírica pasó de un 32% en 2008 a un 45% en 2009. El porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibe tratamiento está aumentando, aunque sea lentamente: de un 16% en 2008 a un 17% a finales de 2009.

La respuesta

Durante los últimos años, la India ha reforzado su respuesta al sida al ampliar los programas de prevención, tratamiento y apoyo para atender a los grupos de población más expuestos a la infección, así como los servicios destinados a mujeres embarazadas seropositivas, y los de asesoramiento y pruebas del VIH.

La India se ha comprometido a redoblar sus esfuerzos de prevención, con un 67% del presupuesto nacional para el sida destinado a este cometido. Así, se han distribuido más de 245 millones de preservativos, y los programas de prevención están obteniendo resultados muy satisfactorios a la hora de acceder a los profesionales del sexo. En la actualidad, estos servicios llegan a más de un 80% de estas personas en cuatro de los estados más afectados. Por otra parte, es necesario que se hagan más esfuerzos para atender a los usuarios de drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero.

En julio de 2009, el Tribunal Supremo de Delhi hizo un anuncio histórico al revocar un estatuto nacional que llevaba 150 años en vigor y que declaraba ilegales los comportamientos sexuales entre personas del mismo sexo. El Tribunal Supremo también determinó que la ley de sodomía impedía a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres acceder a los servicios relacionados con el VIH. Las leyes opresivas de este tipo empujan a la gente a la clandestinidad, lo que dificulta aún más llegar hasta ellos para proporcionarles servicios de prevención, tratamiento y atención relacionados con el VIH.

Detener la trayectoria



Gracias a su sólida plataforma de prevención, la India puede llevar a la región a frenar las nuevas infecciones por el VIH.

Sin embargo, el descenso de la epidemia de la India oculta el hecho de que el índice de prevalencia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas inyectables y las personas transgénero va en aumento. Así, se presenta una oportunidad para ampliar los servicios de prevención y tratamiento del VIH dirigidos a estos grupos de población, lo que a su vez permitiría evitar que el virus se propague más en la población general a través de las comunidades 'puente' (los profesionales del sexo, los conductores de camiones y los trabajadores móviles).

La transmisión del VIH en relaciones íntimas de pareja (también entre cónyuges) es un problema al que se le presta poca atención, y está creciendo por toda Asia, India incluida. En este país, las mujeres casadas contraen la mayor parte de las nuevas infecciones. Más del 90% de las mujeres que viven con el VIH se han infectado a través de sus maridos o parejas sexuales estables. Dedicar más esfuerzos a identificar a las parejas serodiscordantes y aplicar métodos eficaces que reduzcan la transmisión entre cónyuges podría reportar grandes beneficios.



PREGUNTAS Y RESPUESTAS

K. Chandramouli

Director general de la Organización nacional del control del sida, India

¿Cuáles son algunos de los principales logros que ha alcanzado la India en su respuesta al sida en los últimos tiempos?

Nos estamos moviendo en la dirección correcta para lograr nuestro objetivo general, que es detener y reducir la epidemia del VIH. Los programas que suministran paquetes de servicios de prevención a los grupos de población más expuestos son nuestra estrategia de prevención más importante. En marzo de 2010, el número de programas de este tipo había aumentado hasta 1.311, con los que se atiende al 78% de las profesionales del sexo, el 76% de los usuarios de drogas inyectables, y el 70% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero. El programa de terapia antirretrovírica de la India ya está presente en 270 centros. En marzo de 2010, más de 315.000 personas estaban recibiendo tratamiento gratuito de primera línea, y más de 1.100 tenían acceso a regímenes de medicamentos de segunda línea. Esto ha dado muchas esperanzas.

¿Cuáles son las principales barreras del acceso universal en la India?

La tuberculosis es una de las infecciones oportunistas que más afectan a las personas seropositivas. Solo se ha detectado cerca de un 30% de las coinfecciones por el VIH y la tuberculosis. De los 27 millones de mujeres que se quedan embarazadas en la India cada año, solo el 14% se somete a las pruebas del VIH. De los 21.000 casos de madres seropositivas que se detectaron el año pasado, solo el 50% recibió profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH.

Entre los grupos de población más expuestos, muy pocas personas acceden a los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH.

Proporcionar terapia antirretrovírica de por vida a las personas seropositivas supone otro problema importante. Casi un 2%-3% de las personas que reciben medicamentos de primera línea podría necesitar tratamiento de segunda línea en un periodo de tres a cinco años. Sin embargo, como el programa de terapia antirretrovírica comenzó en 2004-2005, y su ampliación es gradual, en la actualidad, el número de personas que necesitan fármacos de segunda línea es bajo.

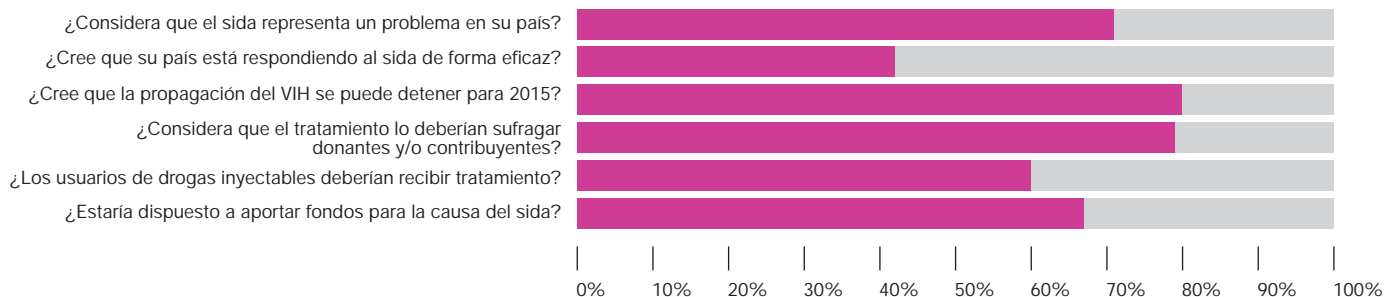
Mirando hacia el futuro, ¿qué es lo que podría marcar la diferencia a la hora de evitar que se produzcan nuevas infecciones en la India?

La propagación de la epidemia del VIH en la India se debe, sobre todo, al coito sin protección con profesionales del sexo femeninas, entre hombres y al uso de drogas inyectables. Muchos hombres que adoptan comportamientos de alto riesgo acaban infectando a sus parejas. Tenemos que dirigirnos a los grupos de población más expuestos, y para ello debemos sensibilizar sobre el VIH, fomentar el uso del preservativo, y controlar y prevenir el contagio por vía sexual.

SABÍAS QUÉ...

El Red Ribbon Express se presentó en 2007 y constituye el esfuerzo de movilización en masa contra el VIH más grande de la región. El tren para en 180 estaciones de todo el país cada año, y pretende llegar a más de 6,2 millones de personas en más de 50.000 municipios, en los que distribuye información esencial sobre prevención del VIH y realiza pruebas de detección del virus y reconocimientos médicos a sus habitantes. Seis equipos de actuación bajan del tren en cada parada y se montan en una flota de bicicletas para visitar decenas de municipios, donde representan obras de teatro y sátiras sobre cómo prevenir la infección por el VIH y combatir el estigma y la discriminación.

Resultados de la encuesta de referencia del ONUSIDA: India



 = Porcentaje de respuestas afirmativas.



China

Panorama general de la epidemia del VIH

Aunque se calcula que China cuenta con la mayor población de usuarios de drogas inyectables del mundo, la transmisión a través del coito heterosexual ha reemplazado al uso de drogas inyectables como la principal vía de transmisión del VIH. Además, el contagio a través del coito homosexual está aumentando a gran velocidad.

A finales de 2009, 740.000 personas vivían con el VIH en el país, de las que más de un 30% eran mujeres.

En general, el índice de prevalencia de la epidemia de China sigue siendo bajo, menos de un 0,1%, pero algunas provincias están viviendo epidemias muy graves. Las cinco provincias con los índices de prevalencia más altos suman el 53% de las infecciones del país, mientras que aquellas con los índices más bajos representan menos del 1% del total.

Todavía hay retos a los que hacer frente para detener la propagación del VIH. Se realizan pocas pruebas de detección del virus, y menos de una de cada tres personas seropositivas conoce su estado serológico con respecto al VIH. La cobertura de la terapia antirretrovírica y los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil siguen siendo insuficientes. Además, su política "Cuatro servicios gratuitos y una atención única" se continúa aplicando de forma irregular a lo largo del país.

A pesar de estos retos, en 2009 se realizaron progresos en varios frentes. El número de mujeres embarazadas que se sometieron a pruebas del VIH se duplicó, de menos de dos millones a cuatro millones en 2009. Además, los programas de prevención para profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones



sexuales con hombres y usuarios de drogas inyectables se han ampliado de forma considerable en los últimos años.

China también ha realizado un gran esfuerzo para extender los programas de reducción de daños destinados a usuarios de drogas inyectables. En el suroeste del país, el número de nuevas infecciones que se producen al año se ha reducido dos tercios gracias a estos programas.

La respuesta

La respuesta al sida de China ha conseguido logros muy importantes en los últimos años. En 2003, China introdujo su política "Cuatro servicios gratuitos y una atención única" (asesoramiento y pruebas del VIH, terapia antirretrovírica de primera línea, servicios de prevención maternoinfantil y educación sobre el sida para

huérfanos, todos ellos gratuitos, y atención para las personas seropositivas), con el fin de garantizar una respuesta integral al VIH, con especial atención sobre la prevención, el tratamiento y el apoyo relacionados con el virus.

Esta política se aplica en 31 provincias, por lo que el número de adultos seropositivos que reciben tratamiento ha aumentado considerablemente. En la actualidad, cerca de 65.000 personas están bajo tratamiento en China, en comparación con las 35.000 que lo recibían en 2007. Sin embargo, en algunas provincias, más del 30% de los pacientes en regímenes de primera línea ha experimentado resistencia a los fármacos.

Durante los últimos dos años, China ha hecho frente el tráfico y el consumo de drogas, así como al comercio sexual. Además, ha puesto en práctica numerosos programas de prevención del VIH destinados a los grupos de población más expuestos. Algunas de sus actividades consisten en fomentar el uso del preservativo, proporcionar terapia de mantenimiento con metadona y facilitar agujas esterilizadas.

China ha tomado medidas proactivas para extender las pruebas de detección del VIH. Así, ha puesto en marcha una red nacional que ofrece servicios de asesoramiento y pruebas voluntarios de forma gratuita que está presente en 7.000 clínicas de todo el país.

En abril de 2010, el gobierno chino eliminó la prohibición de viajar para personas seropositivas que estuvo vigente durante años. Esta medida supone un paso importante en la respuesta al sida de China, y envía una señal de que el gobierno central está decidido a conseguir que aquellos que viven con el VIH disfruten de los mismos derechos que cualquier otra persona, y a hacer frente al estigma y la discriminación. A lo largo de los años, el liderazgo del presidente Hu Jintao con respecto al VIH ha facilitado el avance de la respuesta al sida.

Detener la trayectoria



Gracias a su habilidad para avanzar rápidamente, China está preparada para conseguir un adelanto muy importante. Ya sea a través de un sistema que permita distribuir y ofrecer tratamiento a costes bajos, o por medio de nuevas formas de diagnóstico, el mundo se podría beneficiar de sus innovaciones para hacer frente al sida.

China ha tomado medidas valientes para reforzar su respuesta al sida, pero en los frentes de la prevención y el tratamiento hay que emprender acciones urgentes para detener la propagación del VIH. Así, habría que incrementar la terapia antirretrovírica para las personas seropositivas, expandir los servicios que salvan la vida a las madres y garantizan que sus hijos nazcan sin el virus, además de ampliar los programas del VIH destinados a los grupos de población más expuestos, entre los que se encuentran los usuarios de drogas inyectables, los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los migrantes.

También se puede reforzar la presencia de los grupos de la sociedad civil de modo que desempeñen un papel más activo en la respuesta, sobre todo a la hora de proporcionar servicios esenciales para los más vulnerables a la infección.



Preguntas y respuestas

El Dr. Wu Zhunyou

Director del Centro nacional sobre el sida/Control y prevención de ETS, China CDC

¿Cuáles son algunos de los principales logros que ha alcanzado China en su respuesta al sida en los últimos tiempos?

En la actualidad, más de 260.000 usuarios de drogas tienen acceso a la terapia de mantenimiento con metadona en 685 clínicas, y cerca de 115.000 se benefician de diferentes servicios integrales, entre los que se encuentran el tratamiento farmacológico, el asesoramiento y las pruebas del VIH, el tratamiento y el diagnóstico de la sífilis y la hepatitis C, el control del recuento de células CD4 en personas seropositivas, y la terapia antirretrovírica para pacientes de sida.

Esta terapia se ha suministrado a más de 80.000 pacientes en China, de los que cerca de 64.000 siguen tratamiento de primera línea y 2.000 de segunda línea.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de 61 ciudades tienen acceso a servicios de asesoramiento y pruebas del VIH. La prevención de la transmisión maternoinfantil llega a 453 condados, lo que permite a más de 7,7 millones de mujeres embarazadas someterse a las pruebas de detección del virus.

El programa de vigilancia centinela de China se ha ampliado a 1.888 centros, con lo que se da cobertura a ocho grupos centinela.

¿Cuáles son las principales barreras del acceso universal en China?

El estigma.

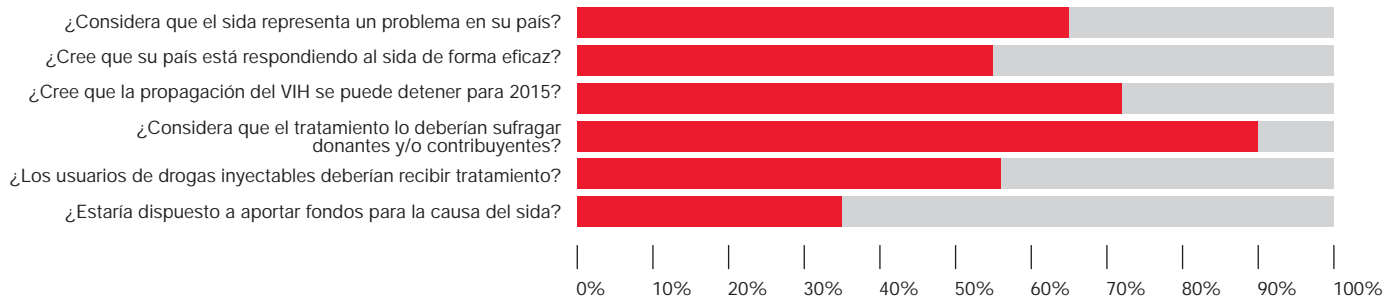
Mirando hacia el futuro, ¿qué es lo que podría marcar la diferencia a la hora de evitar que se produzcan nuevas infecciones en China?


Animar a la población a que se someta a las pruebas del VIH lo antes posible.

SABÍAS QUÉ...

De acuerdo con la encuesta sobre el índice de estigma en China que se realizó en 2009 entre más de 2.000 personas seropositivas, un 42% había sufrido graves discriminaciones relacionadas con el VIH, a un 15% se le había negado un puesto de trabajo por su estado serológico, y un 32% manifestó que su condición seropositiva se había hecho pública sin su consentimiento.

Resultados de la encuesta de referencia del ONUSIDA: China



 = Porcentaje de respuestas afirmativas.



Sudáfrica

Panorama general de la epidemia del VIH

En la actualidad, cerca de una de cada seis personas seropositivas del mundo vive en Sudáfrica. El 18% de los adultos del país es VIH-positivo, 5,7 millones de personas.

De acuerdo con encuestas recientes que se han realizado en el país, en Sudáfrica el índice de prevalencia del VIH en jóvenes (entre 15 y 24 años) ha descendido de algo más de un 10% en 2005 a casi un 9% en 2008. Sin embargo, el VIH sigue afectando de manera desproporcionada a las mujeres. Se calcula que una de cada tres mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 29 años es seropositiva. En cuanto a los hombres, el índice de prevalencia es más alto en la franja de edades que va de los 30 a los 34 años, donde cerca de uno de cada cuatro vive con el VIH.

Sudáfrica cuenta con el mayor programa de terapia antirretrovírica del mundo, lo que le aporta grandes beneficios en materia de salud pública, asociados a las mejoras en el acceso al tratamiento. En la provincia sudafricana de Cape occidental, las tasas de mortalidad a partir del sexto mes en pacientes que se encontraban en centros de tratamiento del VIH descendieron casi un 50% entre 2001, cuando comenzó el programa, y 2005.

Más de dos tercios de los fondos de la respuesta nacional de Sudáfrica al sida provienen de fuentes internas. En 2010, el país ha destinado a este propósito USD 1.000 millones, un 30% más que el año anterior. El resto lo aportan socios externos, entre los que se encuentran el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos



para el Alivio del Sida (PEPFAR), el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, el Departamento de Desarrollo Internacional de Reino Unido (DFID) y la Unión Europea.

La respuesta

El 29 de octubre de 2009, el presidente de Sudáfrica, Jacob Zuma, instó a los líderes nacionales a utilizar enfoques basados en pruebas para hacer frente a la epidemia del VIH del país. En un discurso histórico, el presidente planteó objetivos ambiciosos en la respuesta al sida de Sudáfrica, entre los que se encuentran reducir a la mitad la tasa de nuevas infecciones y ampliar los programas de tratamiento con el fin de dar cobertura al 80% de las personas que lo necesitan para 2011.

“La gente debe estar provista de información”, afirmó el presidente Zuma durante su intervención en el Consejo Nacional de Provincias. “El conocimiento nos ayudará a enfrentarnos al rechazo y el estigma asociados a la epidemia”.

El discurso del presidente Zuma representó una ruptura crucial con las políticas de su predecesor, Thabo Mbeki, que cuestionaba el vínculo causal entre el VIH y el sida, así como el papel decisivo de la terapia antirretrovírica en el tratamiento de la enfermedad.

En abril de 2010, el presidente Zuma transformó sus palabras en hechos con la presentación de una campaña histórica que podría cambiar la fisonomía de la epidemia, en Sudáfrica y en todo el mundo. La campaña pretende someter a pruebas de detección del VIH a 15 millones de personas para 2011, en comparación con los 2,5 millones de 2009, lo que supone alcanzar una cantidad seis veces superior en tan solo dos años. Además, cerca de un millón y medio de personas recibirán terapia antirretrovírica para junio de 2011, en comparación con el millón que lo hizo en 2009.

Durante la presentación de la campaña, muchos líderes sudafricanos se sometieron a pruebas del VIH, entre los que se encontraban el presidente, ministros y altos cargos del gobierno. Con este gesto, animaron a miles de personas de todo el país a realizarse las pruebas del VIH. Sudáfrica es el único lugar del mundo donde el liderazgo nacional ha servido de ejemplo de una forma tan abierta.

Las pruebas del VIH suponen un punto de partida crucial para entablar conversaciones sobre temas delicados, como la sexualidad, la violencia contra la mujer y el sexo intergeneracional. Durante la campaña, cada persona que se someta a las pruebas recibirá 100 preservativos, lo que motivará un nuevo diálogo sobre prevención de VIH y prácticas sexuales más seguras con todas las comunidades.

Detener la trayectoria

El país está invirtiendo mucho en la programación para prevenir el VIH al garantizar que todos los sudafricanos tengan acceso a asesoramiento y pruebas del VIH gratuitas y rutinarias. Además, este servicio servirá para fomentar el uso habitual del preservativo. Por otra parte, la circuncisión masculina por razones sanitarias se está ampliando a escala provincial, empezando por KwaZulu-Natal, que cuenta con el índice de prevalencia más alto del país.

Como más madres conocen su estado serológico con respecto al VIH, y su acceso a los medicamentos antirretrovíricos ha aumentado, se espera que las tasas de transmisión disminuyan considerablemente. Con combinaciones de antirretrovirales más eficaces, Sudáfrica podría avanzar hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil.

La combinación de los programas de prevención y tratamiento a escala nacional podría tener un impacto positivo en la trayectoria del VIH. Solo el objetivo de ampliar la terapia antirretrovírica intentará llegar hasta, al menos, un millón y medio de personas para junio de 2011.

Puesto que cerca del 50% de las muertes maternas que se producen en Sudáfrica están relacionadas con el VIH, también existe una necesidad urgente de integrar la salud materna e infantil en los programas del VIH para mantener con vida a madres e hijos.

A escala global, Sudáfrica es un promotor de la respuesta al sida. Se puede seguir aprovechando el impulso y compartir con la región, y el mundo en general, las lecciones que se han aprendido al hacer frente a la epidemia del país.



Preguntas y respuestas

Mark Heywood

Vicepresidente del Consejo nacional sudafricano sobre el sida

¿Cuáles son algunos de los principales logros que ha alcanzado Sudáfrica en su respuesta al sida en los últimos tiempos?

El Día mundial del sida de 2009, el Presidente Zuma anunció que Sudáfrica aceleraría la respuesta nacional al VIH, y para ello aumentaría el número de pruebas del VIH y seguiría las directrices de las Organización Mundial de la Salud para reducir la transmisión maternoinfantil. Además, reduciría el impacto de la coinfección por el VIH y la tuberculosis, y mejoraría los regímenes de terapia antirretrovírica. La programación sobre prevención se ha reforzado para disminuir el número de personas que necesitan tratamiento a largo plazo. Sudáfrica cuenta con el mayor programa de terapia antirretrovírica del mundo. El cambio hacia la prevención del VIH y el objetivo de someter a pruebas voluntarias del VIH a 15 millones de personas para 2011 es ambicioso.

La asignación presupuestaria para sanidad se ha incrementado para apoyar la puesta en práctica de los programas y complementar el compromiso político. Las asociaciones entre entes públicos y privados se han reforzado, y la mayor cadena farmacéutica ofrece asesoramiento y pruebas del VIH de forma gratuita. Está surgiendo una verdadera respuesta multisectorial en la que participan las prisiones de Sudáfrica, el ejército, las universidades, la sociedad civil y el servicio público, entre otros.

Cada provincia ha asumido la responsabilidad de ampliar la respuesta al VIH y la

campana de pruebas está pasando al ámbito de los distritos.

¿Cuáles son las principales barreras del acceso universal en Sudáfrica?

La escasa demanda de asesoramiento y pruebas del VIH, la tímida integración de los servicios de tuberculosis y VIH, y el acceso insuficiente a la terapia antirretrovírica constituyen las principales barreras. También se necesitan regímenes más eficaces para evitar la transmisión maternoinfantil.

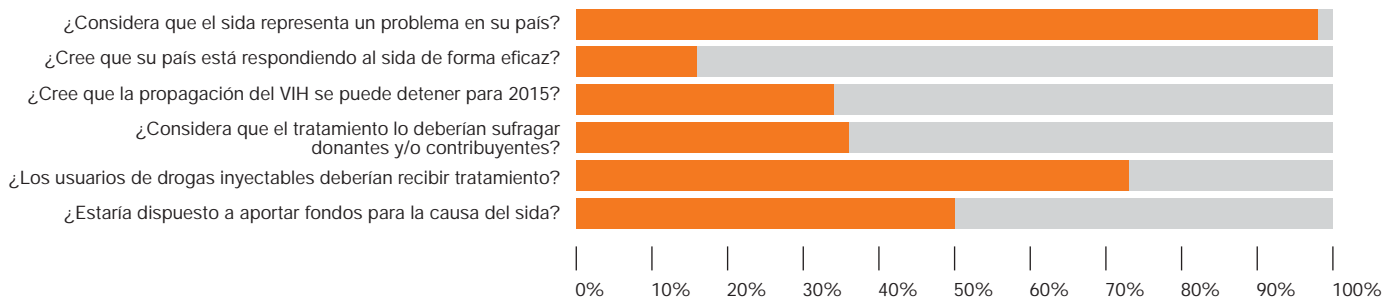
Mirando hacia el futuro, ¿qué es lo que podría marcar la diferencia a la hora de evitar que se produzcan nuevas infecciones en Sudáfrica?

Las pruebas del VIH a escala nacional (incluido el asesoramiento sobre la reducción del riesgo y el cambio de estilo de vida), junto con la sensibilización comunitaria y el cambio conductual, deberían traer consigo una disminución en el número de nuevas infecciones. Los resultados de la mayoría de las personas serán negativos, y se les animará a mantener esta condición a través del cambio conductual. Esta combinación de actividades de prevención y la mejora en el acceso al tratamiento es lo que invertirá la tendencia de la epidemia en Sudáfrica.

SABÍAS QUÉ...

De acuerdo con una encuesta nacional realizada en Sudáfrica a más de 7.000 adultos, las normas sociales más extendidas animan a tener parejas simultáneas y a sustituirlas rápidamente, mientras que comprometerse con una única persona recibe poco apoyo. Solo el 21% de los encuestados dijo que "tener una sola pareja y ser fiel" podría prevenir la transmisión del VIH, y solo un 5% identificó la reducción del número de parejas sexuales como una estrategia de prevención sólida.

Resultados de la encuesta de referencia del ONUSIDA: Sudáfrica



 = Porcentaje de respuestas afirmativas.

LA RESPUESTA TRANSFORMADA DE SUDÁFRICA AL SIDA

“Es la primera vez que un país ha ampliado la respuesta tan rápidamente, a tantas personas”, asegura el director ejecutivo del ONUSIDA, Sr. Michel Sidibé.

Una de las ampliaciones más ambiciosas y rápidas de una respuesta al sida finalmente se encuentra en marcha en Sudáfrica, un país en el que más de 5 millones de personas viven con el VIH. En marzo de 2010, el Consejo de Ministros del país aprobó un plan cuyos objetivos son hacer pruebas del VIH en un tercio de la población para finales del próximo año, reducir a la mitad la tasa de nuevas infecciones por el VIH y proporcionar terapia antirretrovírica al 80% de las personas que la necesitan.

“Le pedimos liderazgo a nuestro gobierno, y ahora lo tenemos”, dice una de las personalidades más destacadas del país que vive con el VIH, el Juez Edwin

Cameron, del Tribunal Constitucional de Sudáfrica.

El gobierno ha aumentado enormemente los fondos que destina al VIH. Este año, invertirá más de US\$1000 millones en su respuesta al sida, esto es, un tercio más que lo invertido hasta ahora.

“Es la primera vez que un país ha ampliado la respuesta tan rápidamente, a tantas personas”, asegura el director ejecutivo del ONUSIDA, Sr. Michel Sidibé.

El gobierno del presidente Jacob Zuma también ha lanzado una campaña masiva de circuncisión masculina. Estudios realizados en Kenya, Sudáfrica y Uganda muestran que la circuncisión



masculina puede reducir en hasta un 60% el riesgo de los hombres de contraer el VIH, y hay signos de que sus parejas femeninas también podrían correr un menor riesgo de infección.

En la provincia más afectada, KwaZulu-Natal, el plan es circuncidar a 2,5 millones de varones. El año pasado, el rey zulú, Goodwill Zwelithini, declaró que la tradición de circuncisión (suspendida en el siglo XIX) debe ser reavivada entre sus súbditos.

“Permitamos que éste sea el comienzo de una era de apertura, de asumir responsabilidad personal y de trabajar juntos en unidad para prevenir las infecciones por el VIH y hacer frente a sus efectos”, instó el presidente Zuma a

sus compatriotas el Día Mundial del Sida, en diciembre del año pasado.

La ex viceministra de salud, Nozizwe Madlala-Routledge, cree que el mayor desafío ahora es generar “una corriente de esfuerzo sostenido para prevenir las nuevas infecciones”.

Seguir adelante

Estas iniciativas son, en potencia, enormes pasos en el intento de frenar la epidemia de Sudáfrica, que sigue siendo la más grande del mundo. Alrededor del 17% de todas las personas infectadas por el VIH del mundo viven en Sudáfrica, un país que alberga apenas el 0,7% de la población mundial (véase el recuadro).

En 2008, 5,7 millones de sudafricanos vivían con el VIH. Ese mismo año, más de 250 000 fallecieron por enfermedades relacionadas con el sida. Y casi 2 millones de niños han perdido a uno o a ambos padres a causa de la epidemia.

En abril, el presidente Zuma se convirtió en el primer Jefe de Estado sudafricano en someterse públicamente a una prueba del VIH y revelar su estado serológico (VIH-negativo). Sin embargo, la mayoría de los demás sudafricanos aún no conoce su estado serológico respecto al VIH.

“Es realmente una pena que muchos de nosotros no conozcamos nuestro estado serológico”, expresó el ministro de salud Aaron Motsoaledi en Johannesburgo en abril. “Tenemos nuestras cabezas enterradas muy profundo en la arena”.

El objetivo es hacerles las pruebas a 15 millones más de sudafricanos para 2012, y a cada uno de ellos también se les entregarán 100 preservativos.

En la actualidad, el gobierno sigue una política de ofrecer rutinariamente pruebas del VIH a todas las personas que utilizan el sistema público de salud. Cientos de farmacias también ofrecen pruebas gratuitas, a través de los estuches suministrados por el gobierno.

“Este es un cambio gigantesco en nuestra respuesta al VIH/sida”, comenta el Dr. Alan Whiteside, director de la División de Salud, Economía e Investigación en VIH/Sida de la Universidad de KwaZulu-Natal. “Lamentablemente”, agrega, “se ha perdido tiempo y los recursos serán limitados; nuestras opciones van a ser difíciles”.

Equilibrar las cuentas

Dado que las personas viven más con el tratamiento antirretrovírico, el número total de personas que viven con el VIH probablemente permanezca inalterado, aun cuando las nuevas infecciones se reduzcan considerablemente.

“Los niveles actuales de infecciones diarias son insostenibles”, afirma el Juez Edwin Cameron, uno de los principales activistas contra el sida del país. “No podemos tener 1000 infecciones nuevas cada día y continuar proporcionando tratamiento con antirretrovíricos a todos”.

Algunos economistas sanitarios predicen que hasta un 50% más de pacientes necesitarán medicamentos antirretrovíricos para el año 2012, lo que implicaría un costo potencialmente enorme para el Estado.

Sin embargo, los estudios muestran que el tratamiento administrado antes sería rentable. Reduciría la carga sobre el sistema de salud a medio plazo, ya que menos pacientes con sida tendrían que ser hospitalizados, y podría disminuir las nuevas infecciones.

Para 2012, se estima que 2,75 millones de sudafricanos necesitarán medicamentos antirretrovíricos. Si el 50% de las personas aptas para la terapia antirretrovírica fueran diagnosticadas y comenzaran el tratamiento, se podrían evitar alrededor de 600 000 muertes (es decir, una reducción de un tercio de la tasa de defunciones relacionadas con el VIH), y el gasto en salud aumentaría en un neto de US\$1100 millones en un lapso de cinco años.

En el caso de diagnóstico y tratamiento en un 100%, se evitarían aproximadamente 1,5 millones de muertes a un costo adicional de US\$1500 millones en cinco años (a un costo adicional de alrededor de US\$1000 por paciente).

¿Puede Sudáfrica solventar un programa de este tipo?

Con un crecimiento económico moderado en los próximos cinco años, y si el gasto en salud pública se incrementa del actual 3% a un 5% del producto interior bruto, un programa de terapia antirretrovírica con una cobertura del 80% absorbería la misma porción del presupuesto de salud que en la actualidad (12%-14%).

Trascender a la negación

La imposibilidad de evitar el rápido crecimiento de la epidemia en los años noventa y las demoras en la aplicación de un programa de tratamiento a comienzos de los años 2000 contribuyeron a la duplicación de las defunciones en Sudáfrica entre 1997 y 2005.

El cuestionamiento del vínculo entre el VIH y el sida por parte de funcionarios gubernamentales en el pasado y la desconfianza en los fármacos antirretrovíricos estancaron la respuesta al VIH en Sudáfrica. “Si hubiéramos actuado hace más de una década, quizás no nos encontraríamos en esta situación”, sostiene la ministra Motsoaledi.

En un estudio realizado en la Universidad de Harvard en 2008, se estimó que podrían haberse evitado unas 330 000 muertes prematuras si el país hubiera actuado antes para suministrar medicamentos antirretrovíricos a las personas con enfermedades relacionadas con el sida y a mujeres embarazadas VIH-positivas.

Entre 2005 y 2006, más de 290 000 personas morían por año a causa de enfermedades relacionadas con el sida. La tendencia ascendente en las defunciones está retrocediendo lentamente, gracias a lo que se ha convertido en el programa de medicamentos antirretrovíricos más grande del mundo.

Salvar vidas

Cuando en 2004 se puso en marcha el programa público de terapia antirretrovírica de Sudáfrica, menos de 30 000 sudafricanos obtenían los medicamentos que necesitaban y casi todos ellos estaban en el sistema privado de salud.

Al cabo de dos años, alrededor de 230 000 personas habían comenzado la terapia antirretrovírica, una cifra que aumentó a más del doble en el año 2008. Para entonces, la mayoría de esos pacientes recibían tratamiento gratuito en el sistema público de salud.

Proporcionar terapia antirretrovírica a todos los que la necesitan es un esfuerzo descomunal. La mejor estimación es que alrededor de 570 000 personas recibían terapia antirretrovírica en 2008. Aproximadamente 1,5 millones de personas necesitaban tratamiento ese año, pero el gobierno asegura que, en 2012, proporcionará terapia antirretrovírica al 80% de las personas que la necesitan.

Hasta principios de 2010, los fármacos antirretrovíricos se dispensaban a través de sólo unos 400 centros de salud acreditados. El plan es incorporar diez veces más clínicas y centros de salud públicos en el programa de terapia antirretrovírica. Solamente en abril, más de 500 establecimientos de salud comenzaron a dispensar medicamentos contra el sida.

La descentralización del programa de tratamiento también promete mucho. Un estudio reciente efectuado en municipios de Ciudad del Cabo y Johannesburgo demostró que otorgar más responsabilidad a enfermeros y otro personal médico produce resultados terapéuticos prácticamente iguales a los obtenidos cuando únicamente los médicos se encargan de la provisión de medicamentos.

La respuesta al sida recibió un estímulo adicional el último mes de diciembre, cuando el presidente Zuma anunció que la tuberculosis y el VIH se tratarían en el mismo lugar. Los pacientes que tengan ambas infecciones recibirán terapia antirretrovírica si sus recuentos de CD4 son de 350 o menos.

Antes, los pacientes derivados de clínicas de tratamiento de la tuberculosis a menudo tenían que viajar a centros de salud distantes autorizados para dispensar medicamentos antirretrovíricos. Ese sistema era deficiente, costoso y lento; además, suponía mucha duplicación en las pruebas y el mantenimiento de registros.

Los beneficios de la integración son obvios. En 2007, sólo alrededor del 20% de los pacientes que recibían tratamiento en el municipio de Khayelitsha, Ciudad del Cabo, por ejemplo, habían sido derivados desde dispensarios de tratamiento de la tuberculosis; hacia finales de 2009, ese porcentaje se había elevado a casi el 70%.

Ahora, un desafío importante es el tratamiento del número cada vez mayor de pacientes a quienes se les diagnostica tuberculosis farmacorresistente. Se están reclutando trabajadores sanitarios jubilados para que ayuden al personal en estas iniciativas nuevas.

El Ministerio de Salud ha enviado peticiones a miles de médicos, enfermeros y farmacéuticos que no ejercen actualmente. Hacia principios de abril, alrededor de 4000 trabajadores jubilados habían indicado que deseaban cooperar.

Mantener el impulso

La realización de pruebas a 15 millones de personas en un plazo de dos años es una meta imponente, pero los analistas creen que puede lograrse. En la República Unida de Tanzania, 3 millones de personas recibieron las pruebas de VIH en seis meses, mientras que en Malawi 200 000 personas se hicieron la prueba en el lapso de una semana.

Por primera vez, la amplia variedad de estructuras de la sociedad civil existentes en el país (desde organizaciones religiosas a clubes deportivos o de jóvenes hasta redes sociales) participan en la iniciativa de pruebas del VIH.

La campaña utiliza mensajes de móviles para dirigir a las personas al puesto de pruebas del VIH más cercano. Algunas empresas usan boletos de rifas, alimentos y otros incentivos para alentar a los trabajadores a someterse a las pruebas.

La campaña de pruebas costará a Sudáfrica unos US\$200 millones. Sin embargo, si logra aumentar la aceptación del tratamiento y reducir las nuevas infecciones, los beneficios a largo plazo serán enormes.

La impresionante ampliación de la respuesta al sida de parte de Sudáfrica ha recibido grandes elogios. Pero es un secreto a voces que el sistema de salud del país actualmente funciona con deficiencias y tiene un alto grado de desigualdades.

“Ya casi hemos superado el negacionismo”, dice el Juez Cameron. “Pero quedan por delante los sombríos problemas de capacidad, recursos, personal y temores individuales, todos los problemas que existían desde un principio”.

El crecimiento del programa de terapia antirretrovírica de Sudáfrica fue rápido en 2008, pero se desaceleró considerablemente en 2009, sostiene el Sr. Mark Heywood del Proyecto de Leyes sobre el Sida en Johannesburgo. Las dificultades en la elaboración de presupuestos y la gestión financiera eran algunos de los problemas, junto con la deficiencia en la vigilancia y evaluación de los programas de tratamiento.

Los ministerios nacionales y provinciales de salud se ven presionados a satisfacer la creciente demanda de terapia antirretrovírica. En 2009, varias provincias se excedieron de sus presupuestos para salud, y se han comunicado casos de desabastecimiento de medicamentos

antirretrovíricos y otros fármacos en siete de las nueve provincias del país.

“Sabemos que el sistema de salud no funciona bien, no podemos ocultarlo”, admite el Ministro de Salud. “Algunos hablan de colapso, otros hablan de crisis”. Entre los desafíos prioritarios nombra “la capacidad en recursos humanos y los problemas de suministro y logística”.

Las técnicas de gestión, los sistemas de vigilancia y evaluación, así como el suministro de artículos básicos y los sistemas de gestión del suministro, deben mejorarse, asegura la directora del Consejo Nacional del Sida, la Dra. Nono Simelela.

Además, dice, hay falta de “enfoques ascendentes a la planificación” y “compromiso y participación de la comunidad” fuertes en la respuesta al sida. El Consejo Nacional del Sida trabaja para ampliar la participación de la comunidad y la sociedad civil, pero llevará tiempo superar la animosidad y las sospechas que, hasta hace bastante poco, empañaban las relaciones con el gobierno.

Un trayecto largo y arduo

Para una epidemia tan grande como la de Sudáfrica, un programa de tratamiento que logre que al menos el 80% de los pacientes que necesitan medicamentos antirretrovíricos comiencen el tratamiento y lo continúen sólo puede sostenerse si se reducen considerablemente las nuevas infecciones por el VIH y se bajan los precios de los fármacos.

“A este ritmo, no es sostenible si queremos aumentar el número de personas que deben recibir medicamentos antirretrovíricos”, dice el ministro Motsoaledi.

“El sentido común debe decirnos que necesitamos prevenir esta enfermedad e impedir que se propague”.

Hay algunos indicios de buenas noticias en ese terreno.

Las tasas de infección entre los sudafricanos parecen estar disminuyendo. Las encuestas nacionales sobre VIH muestran un descenso importante entre 2005 y 2008 en la incidencia del VIH entre adolescentes. Lamentablemente, no se observa lo mismo entre los sudafricanos mayores.

Sin embargo, el uso del preservativo ha aumentado espectacularmente. En una encuesta de 2009, alrededor del 70%

La epidemia en líneas generales

El mayor desafío de Sudáfrica, que sigue siendo el epicentro de la epidemia mundial de sida, es reducir considerablemente la tasa de nuevas infecciones.

En un discurso el último diciembre, el presidente Zuma comparó la lucha contra el VIH con la lucha contra el apartheid.

“En otro momento de nuestra historia, en otro contexto, el movimiento de liberación observó que llega un momento en la vida de cualquier nación en que sólo quedan dos opciones: rendirse o pelear”, aseveró. “Ese momento ha llegado en nuestra batalla por vencer al sida”.

La escala y la intensidad de la epidemia son sobrecogedoras. Se estima que al menos 350 000 adultos y alrededor de 59 000 niños se infectaron con el VIH en 2009. Casi 1000 sudafricanos mueren cada día por enfermedades relacionadas con el sida. Un estimado de 1,5 millones de adultos y 106 000 niños necesitaban medicamentos antirretrovíricos en 2009.

Los niveles de infección por el VIH entre mujeres embarazadas entre 2006 y 2008 permanecieron en un 29%, lo que indica que la epidemia se ha estabilizado, pero en niveles extraordinariamente altos. En total, una de cada tres mujeres de 20 a 34 años es VIH-positiva, al igual que uno de cada cuatro hombres de 25 a 49 años, según la encuesta nacional sobre VIH más reciente del país. La mayoría de ellos no sabe que están infectados.

La epidemia se ha propagado en forma despareja por todo el país. El porcentaje de adultos que viven con el VIH es más del doble en la provincia de KwaZulu-Natal que en la provincia de Western Cape, por ejemplo, y las disparidades entre distritos son aun más amplias. En algunos, más del 40% de las mujeres embarazadas resultan VIH-positivas, mientras que en otros, la prevalencia del VIH es de apenas un 5%.

de los sudafricanos comunicaron haber utilizado un preservativo en la última relación sexual “ocasional”, en comparación con entre el 30% y el 40% en 2003.

Los investigadores han identificado que tener parejas sexuales múltiples y las relaciones sexuales sin protección entre mujeres más jóvenes y hombres mayores son los factores más importantes que impulsan la epidemia del VIH en Sudáfrica y países vecinos, pero resulta difícil transmitir el mensaje.

En la tercera encuesta nacional del VIH en Sudáfrica, se halló que el porcentaje de mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) con parejas al menos cinco años mayores se elevó del 19% en 2005 al 28% en 2008. El año anterior, el porcentaje de hombres jóvenes (de 15 a 24 años) con más de una pareja sexual se incrementó del 27% al 31%.

Curiosamente, el conocimiento exacto acerca de cómo se transmite el VIH pareció ser bajo en todos los grupos de edad. Los investigadores dicen que los participantes de la encuesta tuvieron dificultad para comprender el vínculo entre parejas múltiples y el mayor riesgo de contraer el VIH.

Proteger a las madres y sus bebés

También se esperan grandes avances en los programas destinados a prevenir la transmisión del VIH de madres a sus recién nacidos.

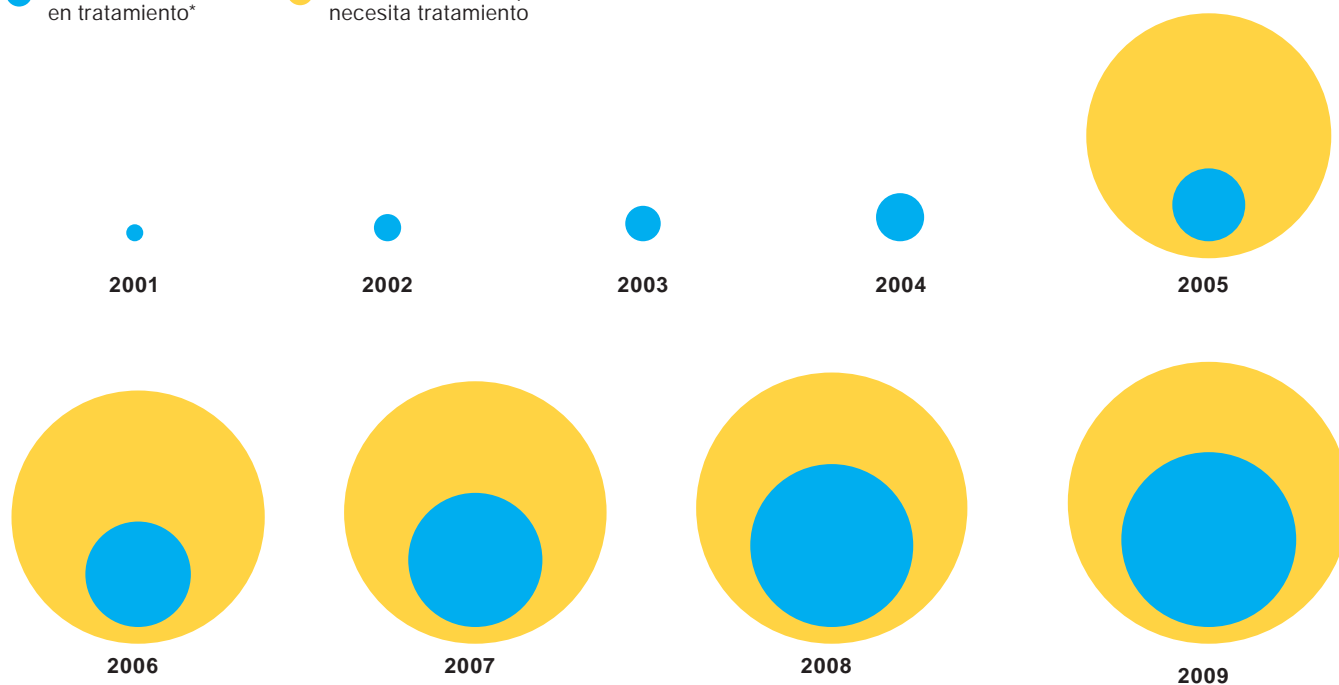
La política gubernamental ahora estipula que todos los bebés nacidos de madres infectadas por el VIH deben recibir un medicamento por el VIH, la nevirapina, desde el nacimiento hasta las seis semanas de vida (anteriormente se les administraba AZT durante un plazo de una a cuatro semanas). El tratamiento para las embarazadas VIH-positivas se iniciará apenas los recuentos de CD4 sean inferiores a 350.

El Dr. Hoosen Coovadia, profesor de investigación sobre sida en la Universidad de KwaZulu-Natal, opina que es un cambio en la política “de apenas un poco menos de 360 grados”.

El gobierno también planea tratar a todos los bebés VIH-positivos, una medida que podría mejorar las tasas de supervivencia de niños en Sudáfrica, uno de los apenas 12 países del mundo donde la mortalidad infantil ha empeorado desde los años noventa. Todos los niños menores de un año ahora recibirán tratamiento si resultan VIH-positivos.

Tratamiento versus necesidad en Sudáfrica

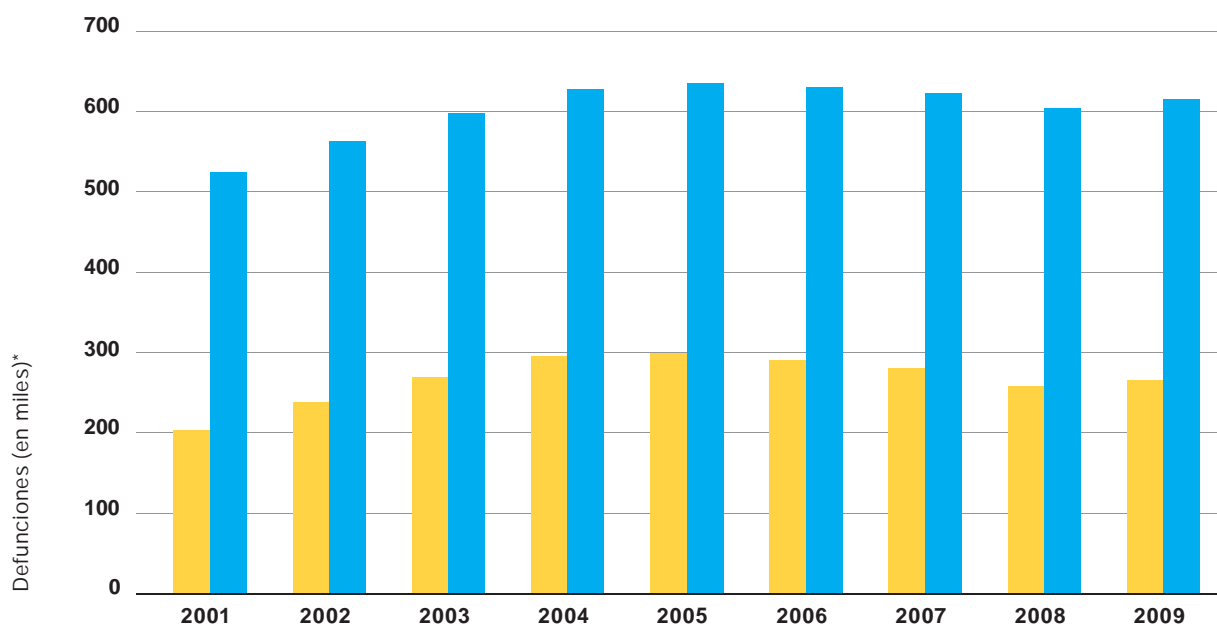
● Número estimado en tratamiento* ● Número estimado que necesita tratamiento



* Ésta es la mejor estimación disponible de personas que están en tratamiento tanto en el sector público como en el privado. Las estimaciones para el periodo de 2001 a 2004 reflejan principalmente las personas que recibían medicamentos antirretroviricos en el sector privado de salud. El Departamento de Salud publica periódicamente sus propias estimaciones, pero éstas reflejan las personas que en algún momento comenzaron el tratamiento: no significa que estén en tratamiento. Esas estimaciones sólo reflejan el desarrollo del tratamiento en el sector público. Fuente: Adam, M. & Johnson, L. (2009) "Estimation of adult antiretroviral treatment coverage in South Africa", South African Medical Journal, Vol. 99 N.º 9, septiembre. Los datos de 2009 provienen del informe 2010 sobre los progresos de Sudáfrica para el UNGASS.

Causas de defunción en Sudáfrica

■ Defunciones relacionadas con el sida ■ Defunciones registradas (todas las causas)



* Excepto en 2009, las defunciones totales reflejan las defunciones registradas. Se cree que el sistema de registro de defunciones de Sudáfrica está completo en más de un 90%. Esto significa que probablemente las defunciones totales reales sean un 10% más de lo indicado. Las cifras de 2009 son proyecciones, basadas en tendencias anteriores y los certificados de defunción recibidos hasta mediados de año. Fuente: Statistics SA (2009) Mid-year population estimates 2009, Statistical Release P0302, July, Statistics SA, Pretoria. Puede consultarse en <http://www.statssa.gov.za/publications/P0302/P03022009.pdf>.

El uso más amplio del “tratamiento doble” es muy prometedor. En la provincia de KwaZulu-Natal, la transmisión del VIH de las madres a sus recién nacidos se redujo en casi dos tercios (hasta el 7%) cuando se utilizó el tratamiento doble. (El tratamiento doble implica administrar AZT a las embarazadas VIH-positivas a partir de las 28 semanas de gestación y una dosis única de nevirapina durante el parto).

“En el estudio se ha demostrado que una generación libre del VIH es factible y también está a nuestro alcance”, asegura la Sra. Sibongile Zungu, directora del departamento de salud de la provincia.

No obstante, para obtener todos los beneficios, tendrán que solucionarse las debilidades en el programa actual. En más de dos tercios de las mujeres, se hacen las pruebas en los últimos meses del embarazo, con frecuencia mucho después de lo que debería haberse iniciado el tratamiento doble.

Pagar las cuentas

Esta respuesta fortalecida tiene importantes implicaciones económicas. El tratamiento más temprano, por ejemplo, significa que más personas necesitarán tomar medicamentos antirretrovíricos y durante más tiempo.

Este año, el gobierno destinará a su respuesta un tercio más que en 2009. Este aumento llegó cuando el presidente Zuma, impresionado ante los informes sobre las últimas tasas de infección por el VIH y de defunciones relacionadas con el sida, amplió el presupuesto para asegurar que la respuesta al sida recibiera fondos suficientes.

Sin embargo, el presidente Zuma cree que se necesitan más dinero y ahorros para invertir el curso de la epidemia.

“La cantidad de recursos dedicados a prevención, tratamiento y atención se ha incrementado, pero no es suficiente. Debe hacerse mucho más. Necesitamos medidas extraordinarias para invertir las tendencias que observamos en el perfil de salud de nuestra gente”, les dijo a los sudafricanos el Día Mundial del Sida del año pasado.

También hay oportunidades para ahorrar. Sudáfrica paga mucho más por los medicamentos antirretrovíricos (hasta el 60% más en algunos casos) que otros países africanos. “Esto se va terminar”, prometió el Ministro de Salud en abril.

La mayoría de los medicamentos se compran a compañías farmacéuticas

Golpe doble: tuberculosis y VIH

Más de un cuarto de todas las personas con tuberculosis a nivel mundial viven en Sudáfrica. Las altas tasas de farmacoresistencia y la coinfección por el VIH agravan la epidemia de tuberculosis: casi tres de cada cuatro (73%) de las nuevas infecciones por tuberculosis ocurren entre personas que también están infectadas por el VIH.

La epidemia de tuberculosis tiene más de un siglo de vida. Llegó a su punto máximo en los años sesenta, aminoró un poco y luego se intensificó nuevamente, esta vez junto con la epidemia de VIH. Entre 1986 y 2006, las tasas de notificaciones de casos de tuberculosis se cuadruplicaron. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia anual de tuberculosis en Sudáfrica en 2006 se registró en torno a los 940 por cada 100 000 personas.

Los nuevos casos de tuberculosis aumentaron a más del doble entre 2001 y 2007, cuando se registraron 382 000 casos. La epidemia de tuberculosis es extraordinariamente intensa en algunas partes del país, principalmente en KwaZulu-Natal, donde las tasas de notificación de casos superaron los 1000 por cada 100 000 en 2006.

La introducción de la estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa) a mediados de los noventa aumentó potencialmente la eficacia del tratamiento. Sin embargo, la aplicación presentó deficiencias, mientras que la epidemia de sida también saboteara las posibles mejoras.

Entre 1997 y 2005, mientras se aplicaba la estrategia DOTS, el número anual de defunciones por tuberculosis en Sudáfrica aumentaba en más de un 300%. Los renovados esfuerzos en materia de tratamiento mejoraron la tasa de curación de tuberculosis a alrededor del 63% en 2006, porcentaje todavía inferior a la meta del 85% de la OMS.

La deficiente ejecución anterior de los programas de control de la tuberculosis y las bajas tasas de curación han originado la propagación de la farmacoresistencia de la tuberculosis, que ahora representa un importante obstáculo que también amenaza con socavar la respuesta al sida. Desde 2006, se han comunicado brotes de tuberculosis multiresistente en cada una de las nueve provincias, año en que 53 de estos casos se detectaron por primera vez en un hospital rural de KwaZulu-Natal.

La epidemia de sida exacerba estas complicaciones mortales, pero las causas están en la mala gestión y ejecución de los programas de control de la tuberculosis a través de los años. Al igual que la respuesta al sida, el programa de Sudáfrica contra la tuberculosis ofrece grandes oportunidades para mejorar.

locales. En un intento por obligar a bajar los precios, el gobierno tiene planes de abrir su próxima licitación de medicamentos antirretrovíricos a la competencia internacional.

Los funcionarios creen que los esfuerzos renovados pueden lograr las reducciones necesarias en los precios a fin de permitir la provisión masiva asequible de fármacos contra el VIH, incluidos los de segunda línea. La Sra. Madlala-Routledge cree que un “esfuerzo internacional para reducir el precio de los medicamentos” debe estar nuevamente en la agenda.

“Necesitamos imperiosamente la voluntad política a fin de autorizar las licencias obligatorias para la producción de fármacos patentados, según los acuerdos de Doha y los ADPIC”, expresa el ex Viceministro de Salud.

El compromiso de poner fin a la epidemia de sida nunca ha sido más firme en Sudáfrica. Pero aún queda un trabajo arduo por delante.

Por ejemplo, se debe fortalecer más la gestión de adquisiciones y suministros, y se necesitan mecanismos de respaldo para evitar los desabastecimientos (véase el recuadro). Los sistemas de derivación y vigilancia tienen que mejorar para hacer un seguimiento más exacto de la observancia del tratamiento y la retención de pacientes.

No obstante, el mayor desafío es desacelerar fuertemente la propagación del VIH. Los esfuerzos por reducir a la mitad la tasa de nuevas infecciones durante los próximos años medirá el temple de esta democracia joven y sus líderes. ●

Sudáfrica, ¿qué piensas?

La respuesta al sida en Sudáfrica se encuentra en una encrucijada histórica. Con cerca de 5,7 millones de personas seropositivas, la voluntad política del gobierno está cambiando. El 24 de abril, se presentó una campaña nacional de asesoramiento y pruebas del VIH cuya misión consiste en realizar las pruebas de detección del virus a 15 millones de personas y ampliar el alcance de la terapia antirretrovírica, con el fin de garantizar que para 2011 el 80% de aquellos que la necesitan pueden acceder a ella.

El mundo acogió esta medida con gran entusiasmo y la considera un punto de inflexión, no solo para Sudáfrica, sino para toda la región de África meridional.

OUTLOOK ha preguntado a personas de Johannesburgo si durante el año pasado notaron algún cambio en la actitud de Sudáfrica hacia el VIH.



Gqabi Njokweni

Estudiante de cine

El gobierno ha invertido mucho para sensibilizar sobre el VIH. Ahora mucha más gente tiene conocimientos sobre el VIH y sabe cómo prevenirlo. Mucha más gente lo entiende, al contrario que en anteriores generaciones, quienes tenían la información pero no entendían cómo prevenirlo o tratarlo. Ahora se puede acceder a la información más fácilmente que antes.



Nomahlubi Mthimkhulu

Propietaria de un puesto de venta ambulante

Creo que la respuesta ha mejorado. Ahora hay medicamentos antirretrovíricos y la gente está más enterada. La mayoría de mis conocidos saben lo que es el VIH. Pero no he visto una mejora notable, así que las cosas podrían estar aún mejor. Por ejemplo, se podría tratar más en las escuelas, incorporarlo al programa de estudios a edades más tempranas.



Fikile Kunene

Recepcionista

No creo que el año pasado las cosas cambiaran mucho. Todavía hay problemas con el suministro de medicamentos antirretrovíricos, sobre todo en las zonas rurales. Pero el gobierno actual lo está intentando. Parece que está haciendo algo, desde luego más que antes.



Larissa Nathoo

Diseñadora de interiores

Creo que la respuesta al sida en Sudáfrica ha estado estancada. Creo que se debería sensibilizar más sobre el VIH porque todos los días se infecta mucha gente.



Bongani Julius Mavundla

Ejecutivo de investigación de mercados

Creo que las cosas están mejorando. Hay más preservativos y antirretrovíricos. Se habla más del VIH, ¡incluso el presidente habla sobre ello!



Henriette Lehman

Nutricionista

El sida afecta a diferentes segmentos de la sociedad de formas distintas, pero en Sudáfrica la pobreza empeora la situación. Se ha hecho mucho en los últimos cinco años, incluso más el año pasado en cuanto a educar a la población sobre el sida. Hay más campañas, más activismo. La clave es educar a la gente porque ayuda a combatir la epidemia de sida.



Boston Tshabuse

Guarda jurado y presidente de una asociación para el desarrollo comunitario

Creo que la respuesta al sida incluye a todo el mundo. Presido una organización para el desarrollo comunitario en Soweto y formamos a la gente sobre el VIH. Veo que cada vez se implican más personas en la comunidad. Cuanto más hablemos sobre el sida, menos gente le tendrá miedo. Las cosas están cambiando, despacio, pero están cambiando.



Yesheen Maharaj

Estudiante de diseño de interiores

Tenemos que hacer que la gente se entere, no se ha sensibilizado lo suficiente, lo que es evidente porque muchos jóvenes mantienen relaciones sexuales sin protección y se infectan.



Meme Mpuru

Diseñadora

La gente se ha vuelto insensible al VIH. Se ven más campañas y carteles, pero la gente simplemente los ignora. Se ha insistido mucho en ello. Necesitamos un enfoque nuevo. No está ocurriendo nada nuevo en términos de respuesta al VIH.



Pridepeter Malunga

Paseador de perros

Creo que las cosas están mejorando, el gobierno dedica más dinero a hacer frente al sida y pide a la población que se someta a las pruebas de detección del VIH. Se están esforzando por que las cosas mejoren.



Annette Primo

Recepcionista

La educación sobre el sida es un movimiento que va de la oscuridad a la luz. Hay que hacer más en las escuelas para educar a los niños. A muchos de nuestros niños todavía les afecta la pandemia. La realidad del sida obliga a la gente a considerar el sexo como una posible trampa mortal: tus elecciones tienen consecuencias. Creo que se ha hecho más en términos de respuesta el año pasado. Hay más acceso a medicamentos antirretrovíricos, más activismo y el gobierno se está poniendo más serio a la hora de hacer frente al sida. La población ya no se esconde del problema, es un tema más abierto del que todo el mundo puede tomar parte.



[vamos a **JUGAR** seguro]



Evgeny Pisemsky

Evgeny Pisemsky, de 32 años, es el fundador y director ejecutivo de Phoenix Plus, una organización no gubernamental que él y su pareja, Georgy, crearon en 2005. Phoenix Plus, que tiene su sede en la ciudad de Oryol, de la Federación de Rusia, brinda atención y apoyo a las personas que viven con el VIH en la región central del país. En 2008, Phoenix Plus recibió el Premio Cinta Roja en reconocimiento por su trabajo para mejorar la prestación de servicios relacionados con el VIH y ofrecer una variedad de canales de apoyo.

Evgeny vive con el VIH desde hace diez años y lo contrajo a través de la inyección de drogas. Se enteró de su estado serológico poco después del fallecimiento de su madre; y al no contar con el apoyo y la guía de ella, Evgeny no pudo sobrellevar la noticia. Su vida cayó en un espiral descendente, que a la larga derivó en un intento de suicidio. Tocar fondo lo motivó a pedir ayuda, la que encontró al conocer a otras personas que viven con el VIH. Se unió a un grupo de apoyo y, allí, conoció a un hombre homosexual por primera vez. Evgeny pronto reconoció su propia homosexualidad y se enamoró. Hoy en día, al mirar hacia atrás, se siente orgulloso de haber superado su propio estigma interior acerca del VIH y la homosexualidad.

8:00 DESPERTAR

Soy un búho nocturno, me gusta acostarme tarde y levantarme tarde. Es muy difícil para mí despertarme temprano a la mañana. Georgy, mi pareja, es madrugador. Me da ánimo para prepararme para mi día.

8:20 HORA DEL CAFÉ

Habitualmente, mi desayuno es una taza de café o té chino fuerte. No como mucho a la mañana, pero si lo hago, por lo general como una manzana, yogur con *muesli* o un sándwich pequeño. Tomo mi tratamiento durante el desayuno. Tengo que tomarlo una vez al día.

8:40 VIAJE AL TRABAJO

Me subo al autobús para ir al centro regional de sida. Tardo de unos 15 a 20 minutos, según el tráfico. Aprovecho el tiempo para ver mis correos electrónicos y marcar los más importantes para responder después.

9:00 TRABAJO EN EL CENTRO DEL SIDA

Tres veces a la semana trabajo en asesoramiento entre pares en el centro de sida. Es la parte favorita de mi trabajo, ya que trato con personas, no con papeleo y burocracia. Estoy aquí para ayudar a personas reales. A veces, mucha gente acude al centro de sida al mismo tiempo y tiene que hacer fila para ver a un médico o asesor. Con frecuencia, la sala de espera se convierte en un grupo de apoyo improvisado. Eso me gusta. Habitualmente me quedo en el centro hasta la hora del almuerzo.

13:00 ALMUERZO

A menudo estoy tan ocupado que sólo como algún pastel y algo de leche. Cuando tengo más tiempo, voy a almorzar a la cafetería de un edificio gubernamental cercano.

14:00 OFICINA

Comienzo controlando todos los aspectos para asegurarme de que Phoenix Plus funcione sin problemas. Esto implica preparar y redactar informes. Puesto que dirijo una organización no gubernamental, tengo que mantener buenas relaciones con la comunidad. Durante el último año y medio, recibimos financiamiento del departamento regional de una de las empresas más grandes del mundo, por lo que una casa bien administrada es importante. Admito que no me gustan las pilas de papeles, pero es un proceso gratificante.

16:00 TIEMPO DE ASESORAMIENTO

Me reservo dos horas diarias para las sesiones de asesoramiento individual, reuniones con mi personal y otras consultas. Generalmente usamos este tiempo para las formaciones, cuando surge la necesidad o la oportunidad.

18:30 DEPORTE

Necesito un escape después de un día atareado reuniéndome con gente y ocupándome de la administración. Me encanta el deporte y voy al gimnasio con regularidad. Fuera del gimnasio, me gusta andar en bicicleta (tengo dos). A Georgy y a mí nos gusta salir a andar en bicicleta juntos. Me gustaría ir en bicicleta a mi trabajo pero, para eso, tendría que usar ropa deportiva en la oficina; no creo que eso suceda pronto.

20:30 CENA

Me apasiona cocinar, aunque mi agenda rara vez me lo permite. No me gusta comprar comidas precocinadas de supermercado. El momento de la cena puede ser un verdadero dilema: quedarme en el trabajo o salir a comprar ingredientes frescos y cocinar. Cuando nos apartamos un poco del trabajo, nos gusta preparar sushi, fondue o platos con pescado o carne.

21:30 TRABAJO, UNA VEZ MÁS

Por la noche me gusta revisar mis correos electrónicos y crear materiales para un sitio web dirigido a hombres VIH-positivos que tienen relaciones sexuales con hombres. Acostarme tarde me da tiempo para hacerlo.

23:00 RELAX

Antes de ir a la cama, nos gusta ver películas. Me gustan las películas que reflejan la sociedad y sus problemas. Hace poco vi *Prayers for Bobby*. Lloré como nunca antes. Soy una persona emocional, pero esa película era diferente.

*“Mi ídolo es Harvey Milk,
porque defendía sus ideas
y luchaba por la igualdad.
Quiero crear una organización
no gubernamental dedicada a
los hombres gay VIH-positivos
para poder contribuir al
movimiento de derechos
humanos en la Federación
de Rusia.”*

— Evgeny Pisemsky





¿Qué lleva en la cartera?

1. “EL BOLSO”

Estaba con Georgy es una tienda lujosa de San Petersburgo cuando vi por primera vez este bolso de cuero. Lo quise de inmediato, pero no podía costearlo, así que me fui de la tienda con las manos vacías. Georgy no entiende porqué las personas gastan su dinero en artículos caros; sin embargo, al día siguiente me la dio como regalo (había regresado a la tienda cuando yo ya estaba de vuelta en el hotel). Me emocionó mucho.

2. GAFAS DE SOL

Para verse bien, por supuesto.

3. PASAPORTE

Siempre llevo conmigo el pasaporte. Nunca sabes cuándo lo necesitarás.

4. CÁMARA DIGITAL

Me gusta documentar los proyectos de Phoenix Plus y sorprender a mis amigos haciendo tonteras.

5. BOLÍGRAFO

Siempre estoy tomando notas.

6. PASTILLERO

Hace poco me olvidé mi pastillero cuando salí de viaje. Ahora tengo dos, uno en casa y otro en mi bolso.

7. TARJETA DE BONUS DE AEROLÍNEA

Sueño con juntar las millas suficientes para ir a Nueva York. Estoy a mitad de camino.

8. PRESERVATIVO

Relaciones sexuales seguras siempre.

9. TARJETAS DE PRESENTACIÓN

Resultan prácticas cuando necesito dar mis datos de contacto.

10. CORTAÚÑAS

Sorprendentemente útil en los viajes de negocios.

11. REFRESCANTE BUCAL

El aliento fresco es muy importante.

12. ORDENADOR PORTÁTIL

Llevo mi ordenador a todos lados. Al ser moderador de un grupo de discusión sobre VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, es importante reaccionar a las peticiones lo más rápido posible.

13. AURICULARES

Acallan el ruido de fondo durante los viajes.



3 cosas que hay que saber acerca de Evgeny

1. Su ídolo es Harvey Milk, porque defendía sus ideas y luchaba por la igualdad. Tiene planes de establecer una nueva organización no gubernamental dedicada específicamente a hombres VIH-positivos que tienen relaciones sexuales con hombres. Evgeny quiere contribuir con el movimiento de los derechos humanos en su país y asegurarse de que se derribe el silencio en cuestiones como la homosexualidad, la bisexualidad y las personas transexuales.

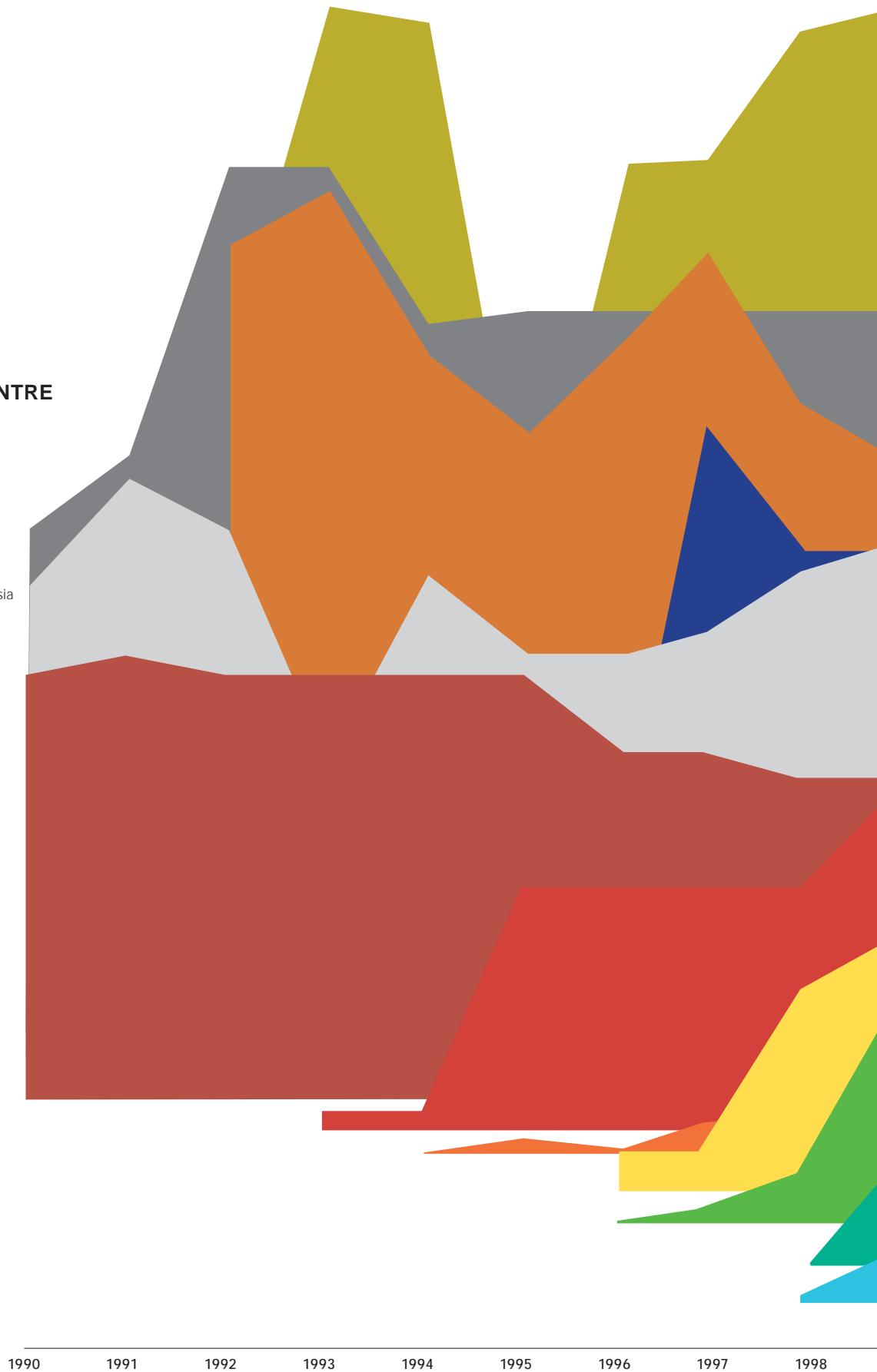
2. Uno de sus momentos más felices fue cuando recibió el Premio Cinta Roja en 2008.

3. Tiene pensado aprender inglés el año que viene.



PREVALENCIA DEL VIH ENTRE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

- Dhaka, Bangladesh
- Región de Minsk, Ucrania
- San Petersburgo, Federación de Rusia
- Provincia de Guangdong, China
- Región de Riga, Tukums, Letonia
- Chandigarh, India
- Región de Kiev, Belarús
- Hanoi, Viet Nam
- Estado de Tamil Nadu, India
- Rio de Janeiro, Brasil
- Odessa, Ucrania
- Yakarta, Indonesia
- Bangkok, Tailandia
- Katmandú, Nepal
- Rangoon, Myanmar
- Estado de Manipur, India
- Ho Chi Minh, Viet Nam
- Mandalay, Myanmar



Picos y valles

ESCALAR MONTAÑAS PARA PREVENIR EL VIH ENTRE USUARIOS DE DROGAS

Los geólogos creen que los picos del Himalaya crecieron rápidamente como consecuencia de las colosales fuerzas de las placas tectónicas que chocaban entre sí. Las placas en desplazamiento empujaban las rocas hasta alturas enormes, lo que dio origen a las cumbres más altas del planeta.

El vertiginoso aumento del VIH entre los usuarios de drogas inyectables puede compararse con la silueta de una montaña: la altura del pico y el mantenimiento de ese nivel elevado una vez que la epidemia se satura dependen de si se amplían o no los servicios para este grupo de población y del momento en que se amplían.

En las colinas al pie del Himalaya se encuentra la ciudad principal de Katmandú, la capital de Nepal, que ha experimentado su propio ascenso himalayano del VIH entre los usuarios de drogas.

En 1991, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables era inferior al 1%. Los trabajadores del sector sanitario pensaron que habían contenido la epidemia al llegar a los usuarios de drogas a través de programas de intercambio de agujas. En la Conferencia Internacional de Sida de 1994, celebrada en Yakohama, Japón, Shiba Hari Maharjan y sus colegas informaron de que “los clientes de este programa de reducción de daños en Katmandú han modificado considerablemente su comportamiento de riesgo de infección por el VIH en relación con el uso de drogas, desde un punto de partida de alto riesgo. El programa se instituyó antes de la propagación del VIH y parece haber alcanzado un nivel suficiente de cambio conductual para haber mantenido baja la prevalencia del VIH. Nuestro modelo indígena de prevención del VIH a través de la reducción de daños en un país en desarrollo está demostrando ser eficaz, culturalmente adecuado y comparativamente rentable”.

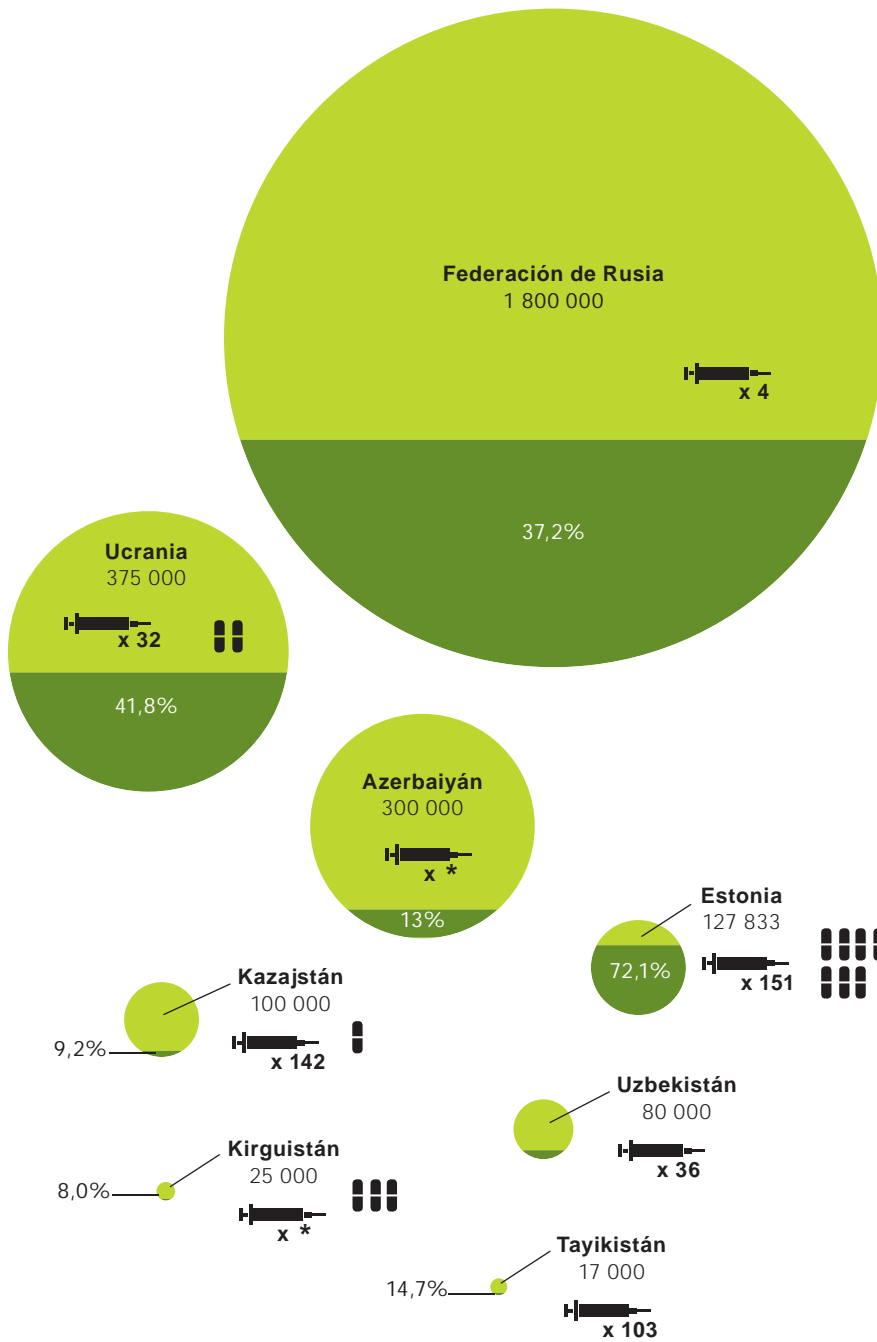
Para 1999, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables, en su mayoría jóvenes, en Katmandú se había elevado al 50% aproximadamente. También se registraron tasas similares en otras partes del país.



Fuente: Base de datos sobre el VIH de la Oficina del Censo de los EE.UU.



USO DE DROGAS INYECTABLES EN EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL



- Número de usuarios de drogas inyectables
- Prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables (%):
- Número de agujas y jeringas distribuidas por usuario de drogas inyectables por año
- Número de personas que reciben tratamiento de sustitución de opioides por cada 100 usuarios de drogas inyectables
- * Sin datos disponibles

Más al este, en el Himalaya oriental, se encuentra Churachandpur, una ciudad del estado de Manipur, en la India. En septiembre de 1989, los investigadores del Consejo Indio de Investigación Médica se establecieron allí para detectar posibles casos de infección del VIH en una región conocida por su alto nivel de uso de drogas (según las estimaciones, había 15 000 usuarios de drogas en la ciudad). Los investigadores encontraron que ninguno de los usuarios de drogas inyectables era VIH-positivo.

Sin embargo, apenas seis meses más tarde, descubrieron que cerca de la mitad de ellos estaban infectados.

¿Qué resultó mal?

El VIH entre usuarios de drogas inyectables alcanza el punto máximo en un corto espacio de tiempo

La situación en Katmandú y Churachandpur no es única. A comienzos de los años ochenta, el VIH se propagó rápidamente entre usuarios de drogas inyectables en Edimburgo, Reino Unido, y se disparó del 5% al 55% en un período de dos años. Tendencias similares se han observado en Bangkok, Hanoi, la región de Kiev, la región de Minsk, Yakarta y muchas otras ciudades.

La transmisión del VIH a través del uso de drogas inyectables es más eficiente que a través de las relaciones sexuales. Un solo acto de exposición a través del uso de drogas inyectables tiene un 1% de probabilidad de causar la infección por el VIH, en comparación con el 0,2% de probabilidad que existe en una relación heterosexual sin protección. Esta cuestión se agrava por el hecho de que hay nuevas cohortes de nuevos usuarios de drogas que surgen mientras los usuarios existentes fallecen o dejan las drogas. Esto crea las condiciones para que continúen las nuevas infecciones por el VIH.

Cuando los usuarios de drogas comparten agujas, jeringas o equipos contaminados, reciben una minitransfusión sanguínea, es decir, se inyectan en el cuerpo, además de la droga, restos de sangre de los usuarios anteriores. Si se combina esto con una red interconectada de usuarios de drogas, que refleja la cadena de suministro de drogas ilícitas, en la que sólo uno de sus miembros sea VIH-positivo, y las condiciones para la transmisión rápida de la infección por el VIH son ideales.

Las herramientas web como Facebook muestran la naturaleza de las redes sociales: el mosaico de interacciones y conexiones que vinculan a las personas entre sí. Los usuarios de drogas inyectables forman estas redes, y cuando el VIH se entremete, la red facilita la transmisión.

“ El temor puede impulsar a los usuarios de drogas a inyectarse de manera rápida y furtiva. ”

Paras, de Katmandú, se infectó con el VIH la primera vez que utilizó drogas, incitado por un amigo. “Fui a la casa del amigo de un amigo a pasar un rato. No tenía idea de que mi amigo tomaba drogas, ni siquiera que habría drogas en ese lugar. Éramos sólo cinco o seis personas en la casa. Había una aguja que todos compartían, y terminé usándola. No había tiempo para pensar, ni tiempo para pedir agujas limpias, ni siquiera se pensaba en el VIH”, relató.

Pero, ¿por qué los usuarios de drogas comparten agujas? Si cada persona usara su propio equipo de inyección, la transmisión del VIH no se produciría. Y si los usuarios pueden costearse las drogas, ¿no tienen dinero para comprar agujas y jeringas estériles? Mejor aún, ¿no se los puede apartar de las drogas?

Aquí es donde finaliza el idealismo y las realidades sociales y políticas toman las riendas.

Hay casi 16 millones de usuarios de drogas inyectables en todo el mundo. Aproximadamente tres millones de ellos viven con el VIH. Y un tercio de todas las nuevas infecciones por el VIH que se producen fuera de África subsahariana ocurren entre usuarios de drogas inyectables. Entre China, la Federación de Rusia y los Estados Unidos, hay alrededor de seis millones de personas que se inyectan drogas. El uso de drogas está penalizado en todos estos países, y la mayoría de las actividades de control de drogas tiene que ver con el control policial y el encarcelamiento.

Esto genera un terreno propicio para el uso compartido. Los costos de las drogas suelen ser altos, por eso, los individuos a menudo solventan su propio uso mediante la venta de pequeñas cantidades de droga a otros usuarios. El riesgo de ser sorprendidos con agujas y jeringas pesa mucho en la mente de los usuarios, ya que muchos agentes del orden público consideran que la posesión de estos elementos es un indicador del uso de drogas. El temor puede impulsar a los usuarios de drogas a inyectarse de manera rápida y furtiva.

Choton circula por las transitadas calles de Dhaka, Bangladesh. Es usuario de drogas inyectables desde hace muchos años y nunca lleva consigo sus agujas y jeringas, por temor a que lo descubran. “Prefiero usar una aguja sucia en un sitio de inyecciones antes que llevar encima la mía e ir a la cárcel”, comenta.

La burocracia tampoco ayuda. En muchos casos, las farmacias no venden agujas sin receta, o bien hacen muchas preguntas. En los lugares donde existe acceso legal, los usuarios de drogas raramente confían en que los funcionarios de salud mantendrán la confidencialidad. El temor a la discriminación y la intimidación por parte de empleadores y la policía si se registran como usuarios de drogas es muy real en muchos países.

Timur Islamov, director de la organización no gubernamental rusa Desarrollo de Educación, Salud y Prevención del VIH/Sida, es un ex usuario de drogas y ha vivido personalmente esa situación, “Si estás registrado como usuario de drogas, no puedes tener una licencia de conducir y hay restricciones para ciertos tipos de trabajo”, comenta. “Además, muchas organizaciones cuentan con servicios de seguridad que tienen acceso a las bases de datos de los centros de atención a usuarios de drogas. Esto significa que estos datos personales pueden ser usados como motivo para no contratar a una persona debido a su pasado. Una persona puede ser detenida en cualquier momento en la calle y obligada a someterse a un análisis médico de drogas. Si el resultado es positivo, la persona puede ser encarcelada de tres a 15 días”.

En Bangladesh, las autoridades convirtieron en anónima su vasta base de datos de usuarios de drogas a fin de evitar que sea objeto de uso indebido por parte de la policía y otras entidades.

El Dr. Munir Ahmad, ex líder de equipo de Operaciones del programa de VIH de CARE Bangladesh, estuvo al frente de este proceso. “Esto ayudó a restablecer la confianza entre los usuarios de drogas para acceder a servicios ofrecidos en centros de acogida y consulta y para reunirse sin miedo con los agentes de extensión”, afirma. “Este sistema ahora es imitado por todas las organizaciones gubernamentales que trabajan en programas de reducción de daños con usuarios de drogas en Bangladesh”.

Dos autoridades, un problema: lograr que la salud pública y el cumplimiento de la ley estén del mismo lado

La relación entre los servicios de salud y los organismos de seguridad pública ha sido difícil algunas veces. En ocasiones, han trabajado en objetivos opuestos. Romper el círculo vicioso de VIH y drogodependencia exige que la sociedad establezca relaciones de apoyo entre las personas que usan drogas, las autoridades sanitarias y los organismos de seguridad pública. Tal como lo ha demostrado Portugal, los juzgados civiles que proporcionan asesoramiento y apoyo pueden ser una respuesta más eficaz a los delitos relacionados con las drogas que aquellos tribunales que imparten penas de prisión. En todo el mundo, han comenzado a surgir alternativas al encarcelamiento y tribunales atentos a las necesidades de las personas drogodependientes.

El acuerdo al que se llegó en la reunión anual de la Comisión de Estupefacientes de que las soluciones sanitarias son mejores que las soluciones penales resulta difícil de aceptar para algunos oficiales de lucha contra las drogas, que están más cómodos con las

campañas populistas de “tolerancia cero”. “Esto envía el mensaje equivocado” es el comentario repetido que suele oírse.

Sin embargo, cuando ambos sectores han trabajado juntos, han podido equilibrar con eficacia los objetivos hermanados de control de drogas y prevención del VIH.

Kirguistán es un caso reciente de experiencia positiva. El país tiene aproximadamente 26 000 usuarios de drogas. El Sr. Nurlan Shonkorov es uno de los que se han beneficiado de la instauración de programas de reducción de daños. “He estado con metadona alrededor de tres años y hace más de tres años que recibo antirretrovíricos”, cuenta. “Recibo preservativos y algunos tratamientos de forma gratuita. El tratamiento ha sido gestionado principalmente por la clínica del Centro para el Sida”.

El programa de reducción de daños del país cuenta con el respaldo de las autoridades de cumplimiento de la ley y los funcionarios de salud pública. El tratamiento de sustitución de opioides ha sido avalado tanto por el programa nacional del sida como por el programa nacional contra los estupefacientes. La metadona y la buprenorfina se han incluido en la lista nacional de medicamentos esenciales. Los activistas de la sociedad civil, los especialistas en desintoxicación y los parlamentarios colaboran con personas que se oponen a la estrategia.

Los resultados son prometedores. Una cantidad cada vez mayor de usuarios de drogas ha encontrado empleo. Según lo declarado por los mismos usuarios de drogas, su calidad de vida es diez veces mejor desde que iniciaron el tratamiento de sustitución con metadona. Una encuesta mostró que los encuentros sexuales ocasionales disminuyeron en más de la mitad. Sólo el 14,5% de los usuarios de drogas se habían inyectado drogas en los últimos tres meses y sólo el 3,6% compartieron equipos de inyección. Lo que es más importante, el delito descendió a cero.

“Estos programas son eficaces tanto desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento. Ayudan a los usuarios de drogas a recuperarse de su anterior vida de consumo de drogas”, sostiene la Sra. Oksana Katkalova, una experta que trabaja en Kirguistán. “Para los programas de reducción de daños, un usuario de drogas inyectables no sólo debe acudir a buscar jeringas y agujas, sino que también se le debe ofrecer asesoramiento”.

El trabajo conjunto requiere generación de confianza y una claridad de propósito de todas las partes. En la meridional provincia de Guangxi, China, la policía apoyó la puesta en marcha de programas de intercambio de agujas y jeringas, pero continuaron con las medidas represivas hacia los usuarios de drogas, a los que enviaban a centros de desintoxicación y campos de trabajos forzados. Los agentes de extensión tenían dificultad



para distribuir los equipos de inyección, y el programa fracasó. Algunas personas aún temen que, por la fuerza, les realicen los análisis para detectar el uso de drogas, ya que previamente han sido identificadas como usuarios de drogas. “Cuando hablo con otras personas acerca del angustiante período que atravesé hace cinco años, me invaden el arrepentimiento y el remordimiento”, comenta el Sr. Wang Wen, un ex usuario de drogas inyectables.

“A raíz de esa terrible experiencia, que no soporto recordar, mi vida nunca volverá al estado relajado y apacible que tanto anhelo. Tal vez en el futuro me obliguen a llevar un cartel en la cabeza que diga ‘He usado drogas. ¡Háganme un análisis de orina!’”

En Nepal, el ministerio del interior y el ministerio de salud se han unido junto a organizaciones de la sociedad civil para supervisar los programas de sustitución de opioides y, de esta manera, establecieron un modelo para Asia meridional. En Katmandú, la prevalencia del VIH entre personas que se inyectan drogas ha descendido al 21%, desde un nivel máximo del 68% alcanzado en 2005. El Sr. Anan Pun, presidente de Recovering Nepal, una red de personas que usan drogas y organizaciones de servicios que trabajan con usuarios de drogas inyectables, siente que se ha producido un cambio enorme en el enfoque desde comienzos de los años noventa.

“Las autoridades de cumplimiento de la ley en los niveles más altos muestran apoyo a la reducción de daños, pero los usuarios de drogas aún se enfrentan dificultades a causa de los encargados de hacer cumplir las leyes en las calles”, afirma el Sr. Pun. “No son organismos de reducción de daños con un programa de reducción de daños, pero pueden ser agentes para la introducción satisfactoria de programas de reducción de

daños si un programa eficaz de promoción y educación se adaptara para cambiar sus creencias y comportamientos. Los usuarios de drogas siguen siendo víctimas de acoso, porque la legislación contra las drogas aún los penaliza, y eso no ha cambiado, aunque sí lo ha hecho la política. El temor a la represión punitiva impide que los usuarios de drogas puedan acceder adecuadamente a servicios sociales y de reducción de daños. Ahora es un desafío para su puesta en marcha”.

Australia ha sido pionera en adoptar el enfoque de reducción de daños, ya que comenzó a utilizarlo en 1985, mucho antes de que se supiera que el VIH se estaba propagando entre usuarios de drogas inyectables a una velocidad alarmante. Desde entonces, se han distribuido más de 30 millones de agujas y jeringas estériles al año, y la prevalencia del VIH se ha mantenido en un nivel bajo. Varias revisiones independientes han recomendado que se continuara adoptando este enfoque.

“La reducción de daños en Australia ha resultado ser un método sumamente eficaz, seguro y rentable para controlar el VIH entre usuarios de drogas inyectables”, afirma Alex Wodak, director del Servicio de Alcohol y Drogas del Hospital St. Vincent de Sydney, Australia. Se estima que el país ha ahorrado más de US\$1000 millones en costos de tratamiento y atención como resultado de este enfoque.

El director ejecutivo del ONUSIDA, Sr. Michel Sidibé, en un discurso pronunciado ante la Comisión de Estupefacientes en abril de 2010, expresó: “Pero pese al éxito de estos modelos, con mucha frecuencia hoy es la policía de patrulla y el usuario de drogas en la calle los que se ven forzados a un enfrentamiento en la batalla frontal de la guerra contra las drogas, y las comunidades son el daño colateral. Esta lucha incesante e

infructuosa debe parar. Tenemos alternativas: centrar nuestros esfuerzos en hacer frente a los problemas muy reales de salud derivados de la drogodependencia y el consumo problemático de drogas. La ciencia, la política y la gobernanza deben unirse en esta asociación positiva”.

Despenalizar a los usuarios de drogas

En Ucrania, la prevalencia del VIH entre reclusos es del 15%, en parte debido al gran número de usuarios de drogas que están encarcelados. La prevalencia del VIH entre reclusos con antecedentes de uso de drogas era de casi el 31%, en comparación con apenas un 5,9% registrado entre aquellos que nunca habían consumido drogas. Además, los programas de sustitución de opioides no existen dentro de las prisiones. La posesión de pequeñas cantidades de droga para uso personal sigue siendo objeto de proceso penal. Estas leyes dificultan la ampliación del acceso a los servicios para los usuarios de drogas.

Este es uno de los motivos por el que el ONUSIDA ha pedido la despenalización de los usuarios de drogas. Un reciente fallo de la Corte Suprema de Indonesia, que plantea que los usuarios de drogas necesitan tratamiento, no la prisión, es bien recibido. En el Reino Unido, los equipos de acción contra las drogas derivan a los usuarios de drogas a los servicios sanitarios y sociales. Según la Agencia Nacional de Tratamiento para el Uso Indebido de Sustancias, “Al haber logrado que los usuarios de drogas iniciaran tratamiento, el sistema se enfoca en lograr que se mejoren para que puedan salir, libres de la dependencia. Ese proceso de recuperación, a su vez, puede sostenerse mejor mediante intervenciones que apoyen a los usuarios de drogas a asumir un papel como ciudadanos activos, hacerse responsables de sus hijos, ganarse su propio sustento y mantener un hogar estable”.

Bangladesh modificó su legislación sobre estupefacientes en los años noventa para alentar a la policía a enviar a los usuarios de drogas a centros de tratamiento en lugar de la cárcel. Ucrania fue uno de los primeros países de la Comunidad de Estados Independientes en cambiar y derogar todas las leyes o políticas que discriminaban explícitamente a las poblaciones de mayor riesgo. Ha eliminado las restricciones legales explícitas que obstaculizaban los programas y servicios de prevención del VIH.

El Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, ha instado a los Estados Miembros a garantizar acceso igualitario a los servicios sanitarios y sociales para las personas que luchan con la drogadicción y sostuvo que “nadie debe ser estigmatizado o discriminado por su dependencia de las drogas”.

La magnitud es importante

En el otro extremo del espectro, el problema es que no se hace lo suficiente. A grandes rasgos, un usuario de drogas habitual requiere al menos 150 agujas y jeringas cada año. En Australia, un usuario de drogas inyectables recibe más de 200 agujas y jeringas al año. Pocos países pueden equiparar este número. Estonia está cerca, ya que proporciona alrededor de 151 por persona al año. Sin embargo, en la Federación de Rusia, apenas se distribuyen aproximadamente cuatro agujas y jeringas por persona al año. En Ucrania, la cifra es un poco mejor, 32. Los usuarios de drogas inyectables que reciben menos agujas y jeringas estériles son más propensos a compartir equipos y a exponerse ellos mismos y exponer a otras personas a un mayor riesgo de contraer el VIH.

La cobertura de acceso a programas de agujas y jeringas o al tratamiento de sustitución de opioides es escasa en la mayoría de las regiones del mundo. Los recientes avances logrados en el acceso a estos programas simplemente no alcanzan para hacer retroceder la magnitud de las nuevas infecciones. Según un informe de Bradley Mathers y colegas publicado en Lancet, a nivel mundial sólo el 8% de todos los usuarios de drogas tienen acceso a programas de intercambio de agujas y jeringas. Por cada 100 usuarios de drogas, apenas ocho tienen acceso al tratamiento de sustitución de opioides. En promedio, solamente uno de cada cien usuarios de drogas inyectables en Europa oriental puede acceder a dicho tratamiento. Y el número en Asia central sigue siendo bajo.

La Sra. Batma Abibovna Estebesova preside Sotsium, una de las organizaciones no gubernamentales más prominentes que trabajan en reducción de daños en Kirguistán. Según Batma, “faltan recursos para llegar a todos los usuarios de drogas inyectables y para brindarles apoyo psicosocial. Lamentablemente, muchos donantes no asignan fondos para estas actividades. Por esto, no podemos ayudar a los usuarios de drogas inyectables, que podrían convertirse en nuestros socios en el trabajo con otros usuarios de drogas”.

La buena noticia es que el acceso a los programas de reducción de daños está claramente en aumento en la mayor parte del mundo.

En la actualidad, China cuenta con más centros de sustitución de drogas y programas de agujas y jeringas que cualquier otro país asiático. Un revolucionario programa de tratamiento de mantenimiento con metadona puesto a prueba en 2004 se ha ampliado hasta cubrir 24 provincias con 680 clínicas, y los 1000 centros de intercambio de agujas atienden por mes a 40 000 personas que se

“China cuenta con más centros de sustitución de drogas y programas de agujas y jeringas que cualquier otro país asiático.”

inyectan. Esto constituye un cambio positivo sorprendente que sirve como modelo de reducción de daños para otros países.

En Ucrania, al final de 2009, más de 5000 usuarios de drogas recibían tratamiento de mantenimiento de sustitución en 102 establecimientos de salud de 26 regiones, en comparación con apenas 10 centros que atendían a menos del 10% del número de usuarios de drogas hace unos años.

Acceso a la terapia antirretrovírica

Los usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH no tienen mejor suerte en el acceso a la terapia antirretrovírica. A escala mundial, sólo cuatro de cada 100 tienen acceso al tratamiento. En Europa oriental y Asia meridional, la relación es 1:100; en Asia central, 2:100, en comparación con 89:100 de Europa occidental. En países como Finlandia, Alemania, los Países Bajos y España, casi todos los usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH tienen acceso al tratamiento. Sin embargo, en Brasil, Kenya, Pakistán, la Federación de Rusia y Uzbekistán, menos de uno de cada 100 usuarios de drogas tiene acceso a la terapia antirretrovírica. Según el informe de progreso de 2010 de Ucrania en materia de sida, la tasa de tratamiento de usuarios activos de drogas inyectables continúa en apenas el 7,5% del número total de aquellos que reciben terapia antirretrovírica, debido a la insuficiente disponibilidad de terapia de mantenimiento de sustitución, que es necesaria debido a que se ha comprobado que es beneficiosa para aumentar la observancia de la terapia antirretrovírica.

“Básicamente, el acceso a rehabilitación, asistencia jurídica y tratamiento médico gratuitos no existe a nivel estatal”, comenta la Sra. Tetyana Semikop, del Ministerio del Interior de Ucrania. “El trato represivo de los usuarios de drogas inyectables, aplicado por los servicios antinarcóticos, otras instituciones médicas y organismos de seguridad pública, no ofrece una oportunidad de ejecución eficiente de programas de prevención, entre ellos, programas de reducción de daños, rehabilitación y tratamiento de usuarios de drogas y protección de sus derechos”.

No se gasta lo suficiente

Según un nuevo informe emitido por la Asociación Internacional para la Reducción de Daños, *Three cents a day is not enough. resourcing HIV-related harm reduction on a global basis (Tres céntimos al día no son suficientes: recursos para la reducción de daños derivados del VIH a nivel mundial)*, las inversiones mundiales destinadas a programas de reducción de daños para usuarios de drogas oscilan entre los US\$160 millones y los



US\$180 millones. En un mundo que prioriza la prohibición de las drogas, el interés político por el financiamiento de programas de esta índole ha sido limitado.

Una razón por la que hay solamente nueve agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables en Europa oriental es la baja inversión en programas de intercambio de agujas y jeringas. Se estima que el 76% de todos los recursos invertidos en la región en esta área provienen de donantes internacionales.

Un programa integral y completo para usuarios de drogas costará US\$3000 millones a nivel mundial. Si no se realizan las inversiones adecuadas, un programa exitoso a pequeña escala simplemente será un parche en un edredón hecho jirones.

“Pese al hecho de que el Estado asignó recursos considerables para la lucha contra el VIH y el uso de drogas, creemos que no es suficiente”, afirma el Sr. Evgeniy Petunin, director de programa de ESVERO, la red de reducción de daños de la Federación de Rusia. “El principal problema aquí es que ni los programas para combatir el VIH ni los programas contra las drogas tienen en cuenta la importancia de trabajar con los grupos vulnerables. Los grupos vulnerables siguen siendo la fuerza que impulsa la epidemia: el 63% de las infecciones por el VIH en 2008 y 2009 ocurrieron entre usuarios de drogas inyectables. No hay oportunidades para elaborar programas específicos y orientados a los resultados, en especial los proyectos relacionados con la reducción de daños”.

Otro problema al que se enfrentan los programas es una falta de financiamiento sostenido, la baja cobertura de servicios y la escasa continuidad de los programas. La interrupción en la provisión de fondos se traduce directamente en la interrupción de la prestación de primera línea de servicios para las personas que se inyectan drogas. “En el pasado, la interrupción del financiamiento derivó en un aumento explosivo en el uso compartido entre usuarios de drogas inyectables en el Valle de Katmandú. Existe la apremiante necesidad de ampliar el servicio y necesitamos financiamiento sostenido”, manifiesta el Sr. Pun. Una situación similar se observó en una cohorte de usuarios de drogas en Dhaka, Bangladesh. Cuando el

financiamiento del programa se detuvo por un tiempo breve, se incrementó el uso compartido de agujas.

Pero no hace falta.

¿Qué está funcionando bien?

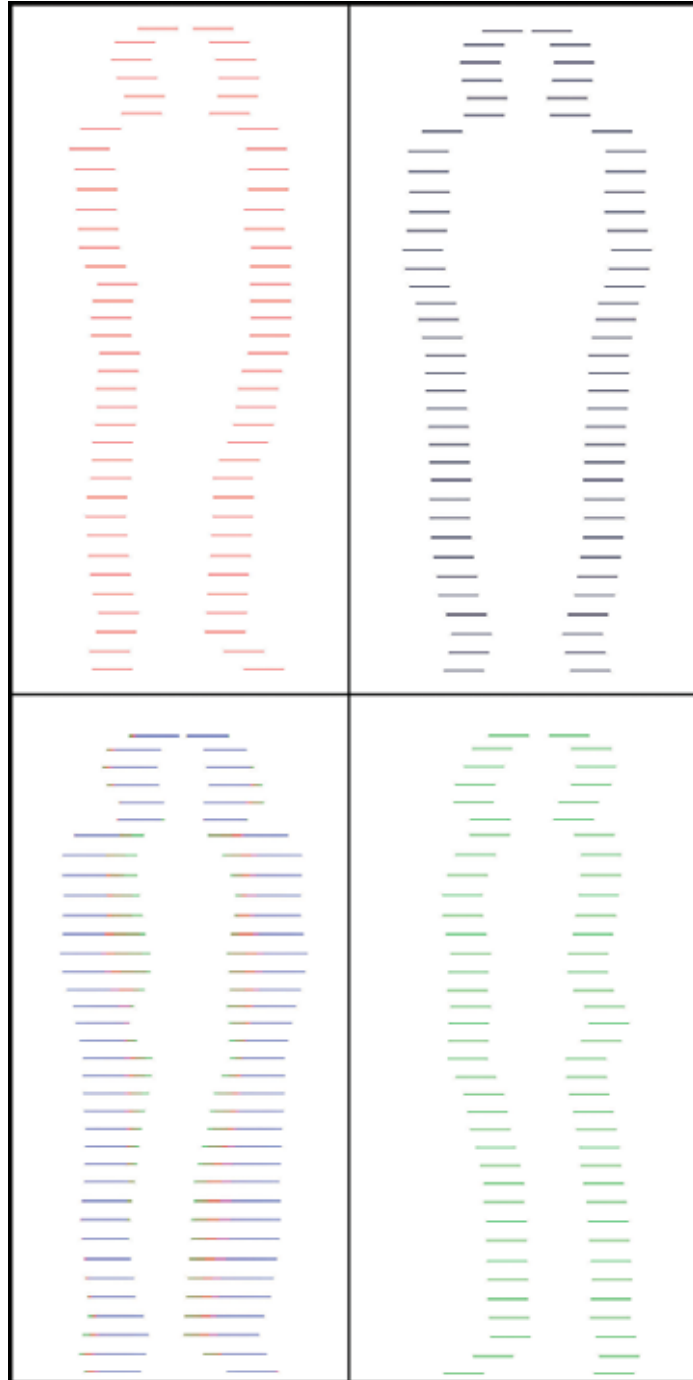
Todos los países deben aspirar a un nivel cero de nuevas infecciones por el VIH entre usuarios de drogas inyectables. Las nuevas infecciones por el VIH en este grupo de población han disminuido, incluso en países que han tenido epidemias significativas entre usuarios de drogas, como Lituania, los Países Bajos, España y Suiza. Portugal, que tiene la epidemia más grande de Europa occidental entre usuarios de drogas, ha reducido a la mitad el número de nuevas infecciones en esta población desde su revisión de las leyes contra las drogas en 2001. Las mismas tendencias se observan en Malasia y Bangladesh.

Este último país aplicó las enseñanzas aprendidas de Katmandú y Churachandpur. Invertió en los programas de reducción de daños en forma temprana. La participación activa de la comunidad en los programas de extensión fue un principio fundamental. Las organizaciones de la sociedad civil, los líderes comunitarios locales, las autoridades de control de drogas y los programas nacionales del sida han trabajado juntos desde el inicio. De esta manera, han impedido que la prevalencia del VIH se eleve vertiginosamente, como fue el caso en otras partes de la región. En 2009, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas apenas superaba el 1%.

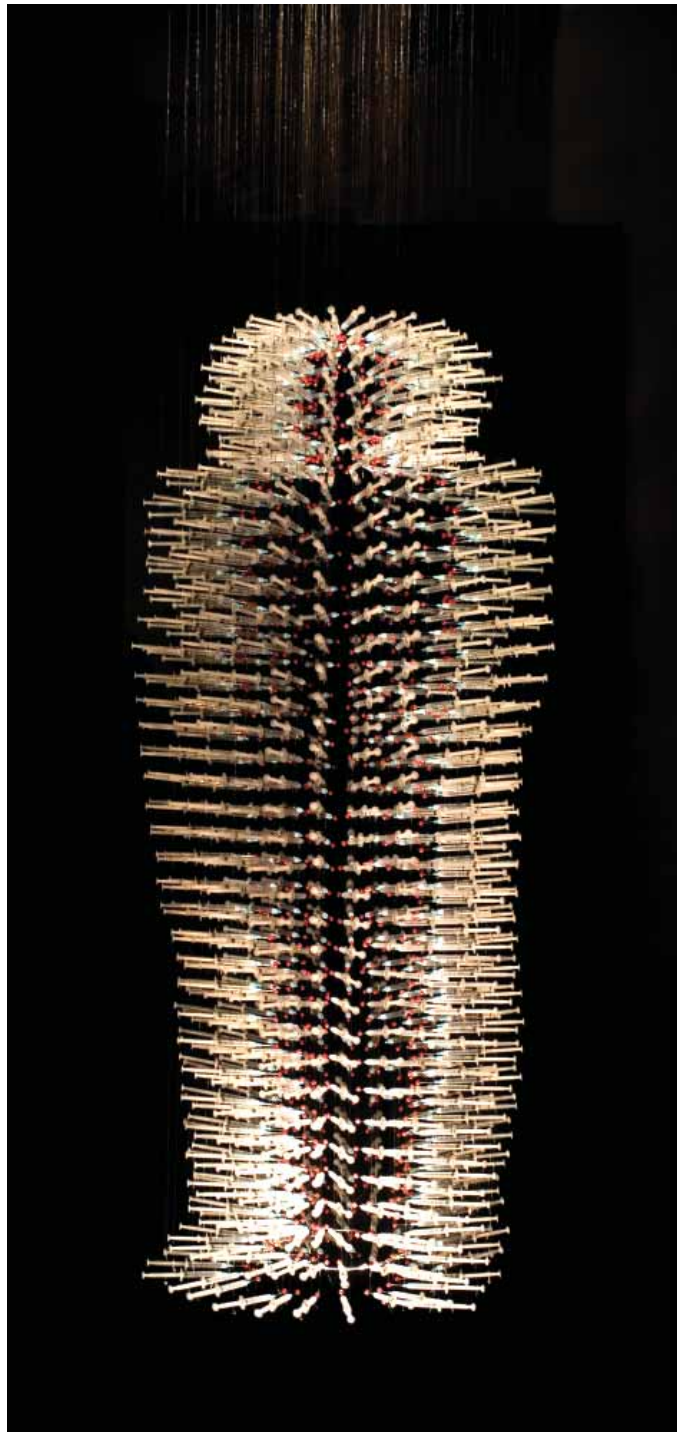
La zona central de Dhaka ostenta un programa de refuerzo de la reducción de daños del 100%. Se estima que hay alrededor de 100 usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH en la ciudad. Seis agentes de extensión especializados aseguran que mantienen contacto diario con estas personas para proporcionarles agujas y jeringas. En promedio, un solo agente de extensión visita a alrededor de 16 personas al día. Cuando no logran entrar en contacto con alguien, se activa un sistema de alerta, de manera que no se interrumpan los servicios. Asegurar el acceso literalmente en la puerta ha permitido mantener en niveles bajos las nuevas infecciones.

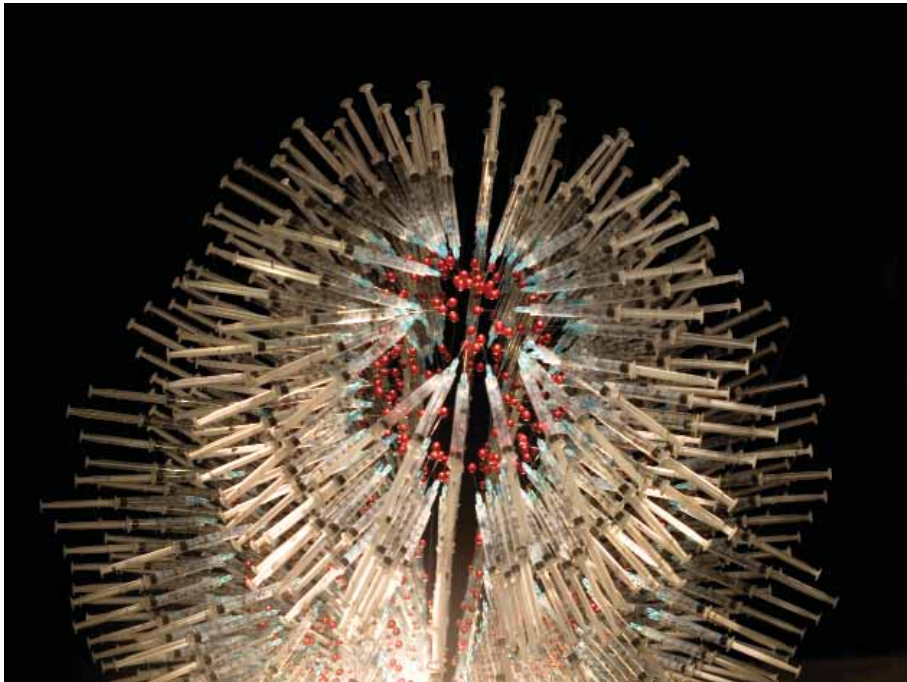
Sanju es uno de los muchos agentes de extensión que brindan ayuda a usuarios de drogas en Bangladesh. Él mismo es un usuario de drogas e ingresó en el programa de prevención del VIH CARE en 1998. La labor que realiza ha transformado su posición entre su familia y amigos. Ha reducido la dosis de drogas que usa, y hace bien su trabajo. Como orgullosamente dice Sanju: “Este programa me ha dado una nueva vida tanto física como socialmente”. ●

Daniel Goldstein lleva creando arte desde el principio de la epidemia de sida, y para ello se sirve de sus experiencias como persona seropositiva. Artista reconocido y establecido en San Francisco, Daniel Goldstein es cofundador de Visual Aid, un grupo sin ánimo de lucro que ayuda a artistas que viven con el VIH. Su trabajo se ha expuesto en galerías y museos de todo el mundo, y numerosos edificios públicos de los Estados Unidos y Japón acogen sus móviles a gran escala. Su obra *Hombre Invisible (Invisible Man)* se expondrá por primera vez en la Conferencia internacional sobre el sida de Viena.



El concepto es una figura cuya forma es similar a la de su escultura Medicine Man, pero en realidad está vacía. Cientos de jeringuillas que apuntan hacia dentro, hacia el cuerpo, rodean este vacío. Los extremos de las agujas, bañadas de cola roja y con una cuenta de este mismo color, dibujan un cuerpo en tres dimensiones. Los puntos rojos al final de las jeringuillas perfilan la figura. Además, las agujas crean un efecto de penumbra en torno a la silueta y la hacen aún mayor. La iluminación es un elemento crucial en esta obra, pues las jeringuillas brillan con la luz.







MAKE ART/STOP AIDS *una iniciativa de UCLA Art | Global Health Center, es una red internacional de universitarios, artistas y activistas dedicados a acabar con la epidemia mundial de sida. Fundada bajo el principio de que los artistas son una parte esencial de la respuesta al sida, la coalición da forma al modo de pensar y actuar de la gente. Entre sus entes de financiación se encuentran la UNESCO, la Fundación Andy Warhol, UC MEXUS, el Banco Mundial y la Fundación Ford. El impulsor de esta iniciativa fue David Gere, profesor adjunto de la Universidad de California, en Los Ángeles, Estados Unidos.*

VIH y legislación

En la encrucijada entre los derechos humanos y la epidemia de sida a menudo se encuentran leyes y normas que pueden discriminar a las personas que viven con el VIH.



“Cuando llegué me sentí genial. Sentaba bien estar desplegado. Esto es por lo que he estado luchando”, afirma el Sgto. Mthethwa.

Para la mayoría de los soldados, la base militar de Kutum, al norte de Darfur, donde las temperaturas alcanzan los 45°C-50°C, no suele ser el mejor de los destinos. Sin embargo, para el Sargento Sipho Mthethwa, esta esquina polvorienta del mundo es un sueño hecho realidad.

Este soldado de 39 años sirve en las Fuerzas de defensa nacionales de Sudáfrica (SANDF, en sus siglas en inglés), como parte de la misión de mantenimiento de la paz en Darfur. Aunque su tarea principal consiste en mantener la paz, el Sgto. Mthethwa cuenta que se ha pasado casi una década luchando contra el estigma y la discriminación. El Sgto. Mthethwa es seropositivo.

“Cuando me enteré fue un shock. Al principio no me lo podía creer. Pensaba que no había oído bien al médico”, recuerda el Sgto. Mthethwa. “Creía que me iba a morir”.

Tras luchar por asimilar esta noticia inesperada, el Sgto. Mthethwa finalmente

le dijo a un amigo que era seropositivo, y se llevó otra sorpresa.

“Mi amigo me dijo que eso no cambiaba nada”, cuenta el Sgto. Mthethwa. “Mi historia es muy distinta a la de otras personas que viven con el virus. Cuando hice público mi estado serológico con respecto al VIH, nadie me creía. Nunca me vieron como un enfermo. Me encanta bromear, así que pensaban que como siempre me estaba riendo no podía ser verdad”.

Aunque sus amigos estuvieron a su lado, la carrera militar del Sgto. Mthethwa se quedó estancada después de conocer su condición serológica en 2001. Su principal tarea era entrenar a los soldados del SANDF para futuros despliegues fuera del país, pero a él nunca le enviaban al extranjero ni le ascendían. En el pasado, el SANDF se mantenía fiel a su política sobre VIH: las personas seropositivas no cumplían los requisitos físicos o mentales necesarios para soportar el estrés de la vida militar

El asunto que estaba sobre la mesa no era si las pruebas de detección del VIH que llevaba a cabo el ejército eran discriminatorias, sino las consecuencias de su política a este respecto.

y podrían suponer un riesgo para el resto de sus compañeros.

El Sgto. Mthethwa se dirigió entonces a la Unión sudafricana de fuerzas de seguridad (SASFU, en sus siglas en inglés), que junto a AIDS Law Project, una organización pro derechos humanos, presentó una reclamación ante el Tribunal Supremo de Pretoria en nombre de la unión y de tres soldados seropositivos. El asunto que estaba sobre la mesa no era si las pruebas de detección del VIH que llevaba a cabo el ejército eran discriminatorias, sino las consecuencias de su política al respecto. La reclamación se oponía a la negativa total del SANDF a emplear, desplegar en el extranjero o promocionar a las personas que vivían con el VIH, y argumentaba que un examen médico individual para cada soldado era lo que debía determinar si era apto o no para el trabajo.

El caso se llevó a tribunal el 15 de mayo de 2008. Después de que los solicitantes diesen su testimonio el primer día de la vista, el gobierno retiró su oposición. Las partes llegaron a un acuerdo en forma de auto judicial, en el que se establecía que negarse a contratar, ascender o desplegar en otros países a los soldados bajo el único argumento de un examen positivo del VIH era inconstitucional. Como consecuencia de este caso que sentó precedentes, el ejército sudafricano modificó su política sobre clasificaciones sanitarias para pasar a tener en cuenta el estado físico de cada empleado del SANDF.

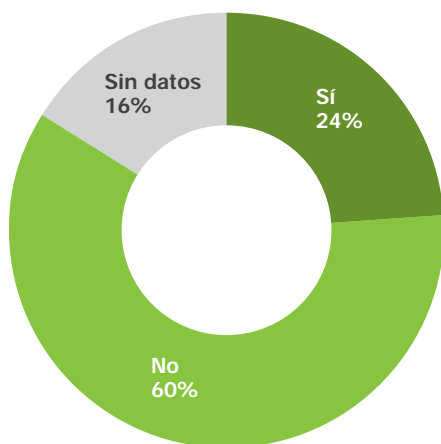
En octubre de 2009, al Sgto. Mthethwa le enviaron a Sudán, donde trabajaba

como oficial de operaciones. Se negó a aceptar un puesto de oficina e insistió en que podría unirse a otros soldados en patrullas de larga distancia. “Corro cuatro kilómetros al día. No quiero dar la impresión de que soy diferente. Sabes que puedes hacer cualquier cosa que te propongas. No eres inútil por vivir con el VIH”, afirma el Sgto. Mthethwa.

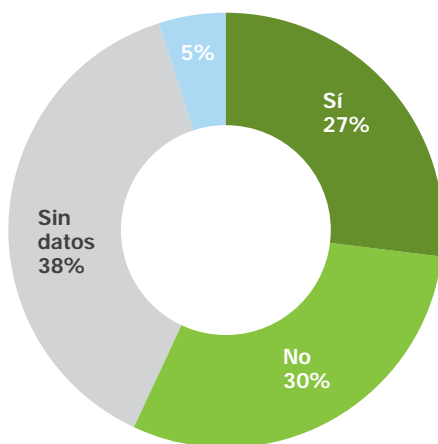
Aunque algunos ejércitos están revisando sus políticas sobre el VIH, los países tienden cada vez más a promulgar leyes punitivas para las personas seropositivas y los grupos de población más expuestos a la infección. Más de 50 países penalizan la transmisión del VIH, y cerca de 80 tienen leyes que criminalizan a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El ONUSIDA insiste en que esta legislación punitiva puede crear un entorno de miedo, lo que a menudo resulta un obstáculo para que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres reciban la información que necesitan para reducir el riesgo de infectarse por el VIH, consigan y utilicen preservativos o accedan al tratamiento si son seropositivos.

Como muestra el caso del Sgto. Mthethwa, los tribunales han ayudado a mejorar el entorno jurídico y a proteger los derechos de las personas que viven con o están más expuestas al VIH. En julio de 2009, el Tribunal Supremo de Delhi anuló una ley vigente durante 150 años que penalizaba “las relaciones carnales en contra de lo que dicta la naturaleza”, que prohibía las relaciones sexuales entre hombres en la India. Cerca de 50 países todavía aplican restricciones

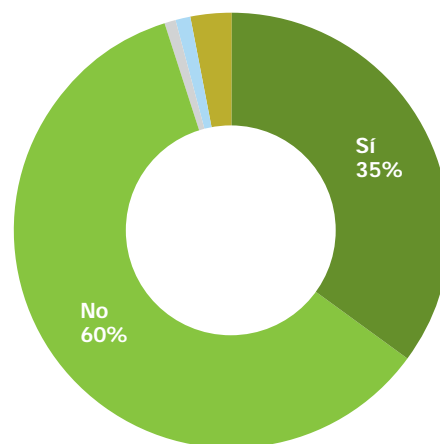
Porcentaje de países que aplican restricciones para entrar, permanecer o residir relacionadas con el VIH



Porcentaje de países con leyes que penalizan la transmisión o exposición al VIH



Porcentaje de países con leyes que penalizan las relaciones homosexuales consentidas entre adultos



■ Sin datos ■ No ■ Sí ■ Contradictorio ■ Pena de muerte



para viajar relacionadas con el VIH, aunque los Estados Unidos y China las han eliminado en 2010.

Para la mujer, vivir con el VIH puede suponer una carga doble. La esterilización forzada que sufren algunas mujeres cuando se descubre que son seropositivas es un claro ejemplo del tipo de violaciones de los derechos humanos relacionadas con el género a las que se enfrentan. En Namibia, la Comunidad internacional de mujeres que viven con el VIH y el sida y el Centro de asistencia jurídica de Namibia realizaron un estudio en 2008 donde concluían que casi una quinta parte de las 230 mujeres seropositivas que entrevistaron habían reconocido que les obligaron a esterilizarse. Por su parte, la organización no gubernamental Vivo Positivo, realizó un estudio en Chile en 2003, cuyos resultados mostraron que el 50% de las mujeres del país que se había sometido a una esterilización quirúrgica tras conocer su estado serológico con respecto al VIH, lo había hecho bajo coacciones de los proveedores de la atención sanitaria o se les había realizado sin su conocimiento.

‘F.S.’, que prefiere permanecer en el anonimato, es una mujer joven de Chile. Afirma que sigue sufriendo las cicatrices emocionales de la esterilización, la que asegura que fue realizada sin su consentimiento. En 2002 se quedó embarazada, lo que para ella fue una gran alegría, pero cuando acudió al hospital público rural, descubrió que era seropositiva. “No se lo conté a mi familia, pero mi marido me apoyó, así que conseguí vivir con la noticia”, cuenta F.S. Su marido también es VIH-positivo, y después de conocer su estado serológico, F.S. empezó a

someterse a terapia antirretrovírica para evitar transmitir el virus a su hijo.

En noviembre de 2002 le programaron una cesárea. Mientras F.S. se encontraba en el quirófano y bajo el efecto de la anestesia, el cirujano extrajo al bebé, pero al parecer también le realizó una ligadura de trompas. F.S. asegura que en ningún momento durante su embarazo o su estancia en el hospital pidió que la esterilizaran, ni dio su consentimiento verbal o escrito para que le practicasen este procedimiento que ha cambiado su vida.

En Chile, los valores tradicionales y los papeles asignados a cada género pueden llegar a ser muy fuertes, y la maternidad es una parte intrínseca de la identidad de la mujer.

“Ser madre es una experiencia extraordinaria. Es parte de la vida. Es parte de ser una mujer”, asegura F.S. “Quería tener dos hijos por lo menos, un niño y una niña. Ese era mi sueño, mi principal objetivo en la vida”.

F.S. dio a luz a un niño sano que es seronegativo, pero siente que se le negó injustamente la felicidad aún mayor que conlleva tener otro hijo. En 2007, cursó una demanda criminal contra el cirujano que la operó. F.S. alega que la esterilización fue forzada y sin consentimiento. La legislación chilena establece que estos procedimientos deben autorizarse por escrito, con el consentimiento totalmente informado del paciente. El equipo que la atendió nunca ha rebatido el hecho de que no se pidió una autorización por escrito para llevar a cabo el procedimiento y ha dado testimonios contradictorios en cuanto al presunto consentimiento verbal de F.S.

Afirma que sigue sufriendo las cicatrices emocionales de la esterilización, la que asegura que fue realizada sin su consentimiento.

El tribunal local desestimó la causa y el tribunal de apelación se ciñó a esta decisión. Entonces, F.S., junto con el Centro de derechos reproductivos y Vivo Positivo, cursó una demanda a través de la Comisión interamericana de derechos humanos en febrero de 2009. La petición alega que el estado chileno violó los derechos de F.S. y pretende exigir al gobierno que responsabilice a los médicos que los vulneraron. F.S. sigue esperando a que su caso sea visto por la Comisión.

Muchos promotores de los derechos humanos sostienen que uno de los mayores retos de la respuesta al sida es garantizar que las personas que consideren haber sufrido una violación de sus derechos a causa de su estado serológico con respecto al VIH puedan acudir a los tribunales en busca de un juicio justo. El caso del Sargento Sipho Mthethwa muestra que al menos en algunas partes del mundo este reto se está superando. ●

A la espera de que el mundo cambie: Restricciones de viaje

La reciente nube de cenizas volcánicas sobre Europa les ofreció a los viajeros varados una idea de cómo te sientes al querer ir a algún lado y no poder. Para los muchos millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo, las restricciones de viaje constituyen un recordatorio diario de que no tienen la libertad para circular internacionalmente, o lo que es aún peor, que quizás tengan que irse del lugar que consideran su hogar.

Unos 51 países, territorios y zonas actualmente imponen alguna forma de restricción a la entrada, la estancia y la residencia de personas debido a su estado serológico respecto al VIH.

Cuando Mark Taylor*, un ciudadano canadiense que trabaja para una empresa del sector financiero de Nueva York, se enamoró de su vida en la Gran Manzana, nunca dudó en solicitar la residencia permanente en los Estados Unidos de América. Corría el año 1995 y le iba muy bien en la vida tanto profesional como personal.

“Mi nuevo jefe dijo que patrocinaría mi residencia permanente, e iniciamos el trámite para obtener todas las aprobaciones requeridas”, relató el Sr. Taylor. A comienzos de 2002, al completar la documentación para la residencia, le aconsejaron que se realizara un examen médico en Canadá para acelerar el trámite.

“Cuando fui a buscar los resultados, me dijeron que la prueba del VIH había dado positivo. Como pueden imaginarse, me sentí desolado. El resultado de mi última prueba en Canadá había sido negativo. No sólo tenía que preocuparme por mi salud y bienestar, sino que estaba seguro de que me obligarían a irme de Nueva York y dejar mi empleo y todos los amigos que tenía allí. De inmediato caí en una profunda depresión; me sentía desesperanzado e impotente”.

Durante 22 años, los Estados Unidos habían mantenido una prohibición de viaje para las personas que viven con el VIH.

Las historias de vida como la del Sr. Taylor eran frecuentes. Esta prohibición comenzó en 1987, cuando en Estados Unidos se agregó la infección por el VIH a una lista de afecciones que convertían a una persona en “medicamente inadmisibles”; de esta manera, se excluía del país a las personas que vivían con el VIH. Era una penuria impuesta sobre muchas personas.

“Una enorme diversidad de frustraciones y restricciones ridículas pesaban sobre las posibilidades de las personas de visitar los Estados Unidos, hacer negocios allí, visitar a la familia, ver a sus amigos o asistir a bodas o funerales”, comentó la directora ejecutiva de Immigration Equality, la Sra. Rachel Tiven. A través de los años, su organización sin fines de lucro recibía anualmente un promedio de 1500 llamadas telefónicas en su línea de ayuda, un cuarto de ellas con preguntas acerca de las restricciones de viaje relacionadas con el VIH.

“La gente nos llamaba para decirnos ‘Estoy en el Aeropuerto JFK y encontraron mis medicamentos cuando pasé



Ilustraciones: Kat Macleod para jackywinter.com

125

países, territorios y áreas no tienen restricciones específicas del VIH a la entrada, estancia y residencia.

51

países, territorios y zonas actualmente imponen alguna forma de restricción a la entrada, la estancia y la residencia de personas debido a su estado serológico respecto al VIH.

5

países niegan visas incluso para estancias breves.

Egipto
Irak
Qatar
Singapur
Islas Turcas y Caicos

5

países exigen la declaración del estado serológico respecto al VIH para la entrada o la estancia, lo que implica, para las personas que viven con el VIH, en una prohibición de la entrada/estancia o la necesidad de aprobación discrecional (incluso a través de la concesión de exenciones).

Brunei Darussalam
Omán
Sudán
Emiratos Árabes Unidos
Yemen

22

países deportan a las personas cuando se descubre su estado VIH-positivo.

| | |
|--|------------------------|
| Armenia | Qatar |
| Bahréin | República de Moldavia |
| Brunei Darussalam | Federación de Rusia |
| República Popular Democrática de Corea | Arabia Saudita |
| Egipto | Singapur |
| Irak | Sudán |
| Jordania | República Árabe Siria |
| Kuwait | Taiwán, China |
| Malasia | Emiratos Árabes Unidos |
| Mongolia | Uzbekistán |
| Omán | Yemen |

por aduanas y me dicen que tengo volver a subirme al avión, ¿es así?”, contó.

Con mucha frecuencia era verdad, la gente debía regresar al avión. Para la Reunión de Alto Nivel sobre Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas, mantenida en 2006 en Nueva York, tuvo que solicitarse una exención especial a fin de que los delegados que vivían con el VIH pudieran ingresar al país para participar. Es una de las razones por las que el director ejecutivo del

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó una resolución en la que exigía la eliminación de las restricciones.

ONUSIDA, Michel Sidibé, hizo del levantamiento de las restricciones de viaje una prioridad.

“No poder participar en los mismos debates acerca de tu futuro no es aceptable”, sostuvo. Y agregó, “Todos deben gozar de igual libertad de circulación mundial”.

La Sra. Tiven añadió, “Simplemente no es una forma eficaz de limitar la propagación del virus. Sabemos que no es sólo retórica, es una buena práctica de salud pública que las personas conozcan su estado serológico y busquen tratamiento, que sean claros respecto de su estado con sus íntimos y evitar que las restricciones de viaje sean el motivo por el que las personas no se sometan a las pruebas para conocer su estado serológico o por el que no lo revelen”.

Justamente en esta misma situación se encontraba el Sr. Taylor: no se hizo las

pruebas de VIH de rutina en los Estados Unidos y, al final, se sintió afortunado de habérsela hecho en Canadá, donde por ley sus resultados no podían ser revelados a nadie si él no prestaba su consentimiento. El Sr. Taylor pospuso su esperanza de obtener la residencia permanente, pero se enteró de que podía permanecer en los EE.UU. con su visa actual por un período prolongado. Eran buenas noticias, pero con una advertencia.

“Sólo podría quedarme en los Estados Unidos si tenía empleo en la empresa que me patrocinaba. Durante los agitados tiempos que la industria financiera atravesó los últimos ocho años, siempre temía estar en la próxima ronda de despidos y tener que abandonar el país”, contó.

Si bien el Sr. Taylor buscó atención médica y asesoramiento, cree que su carrera resultó muy perjudicada. Intentó llevar una vida lo más normal posible, pero siempre sentía que sólo le bastaría un revés más para tener que dejar la vida que había establecido.

“Era reacio a discrepar u objetar a mis compañeros en cuestiones del trabajo. Siempre tenía el temor subyacente de que no podía hacer nada que pusiera en peligro mi empleo”, agregó. “Durante esa época también entablé una relación seria, y sólo pensar en que me apartaran de mi pareja me provocaba más ansiedad aún”.

Unos 51 países, territorios y zonas actualmente imponen alguna forma de restricción a la entrada, la estancia o la residencia de personas debido a su estado serológico respecto al VIH. Cinco países niegan visas a personas que viven con el VIH, incluso para estancias breves, y 22 países deportan a individuos cuando se descubre su estado VIH-positivo.

Las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos estipulan que cualquier limitación de la



libertad de circulación o de la elección de residencia fundada exclusivamente en la situación real o presunta respecto del VIH, incluida la prueba del VIH para los viajeros internacionales, es discriminatoria.

El compromiso internacional sobre el asunto es cada vez mayor. En octubre de 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó una resolución en la que exigía la eliminación de las restricciones. La Unión Interparlamentaria, en su 186.º sesión de abril de 2010, adoptó una declaración para alentar a los “parlamentarios de los países con restricciones a desempeñar un papel principal en su eliminación, mediante la reformas de las leyes y el control de las reglamentaciones, políticas y prácticas de las autoridades pertinentes de cada país.

En la declaración, se insta a los parlamentarios a defender el derecho de sus ciudadanos que viven con el VIH de gozar de igual libertad de circulación y a ejercer presión en los altos funcionarios de sus gobiernos para que aborden esta cuestión con los países que imponen tales restricciones”.

China es el último país que eliminó sus prohibiciones de viaje para las personas que viven con el VIH. El anuncio llegó apenas unos días antes de la apertura de la Expo 2010 Shanghai. El Juez Edwin Cameron del Tribunal Constitucional Sudafricano, que vive con el VIH, había viajado a China dos veces en los 18 meses previos y se había reunido con funcionarios del gobierno para tratar el tema de las prohibiciones de viaje.

“Me complace especialmente conocer esta decisión, ya que las restricciones a las visas eran ilógicas. Casi llevaron a la cancelación de mi último viaje a China debido a un malentendido entre departamentos de gobierno.

Me alivia saber que esto no le volverá a suceder a ninguna persona que vive con el VIH”, aseguró.

A principios de 2009, al ver signos de un movimiento hacia un cambio en las reglamentaciones en los EE.UU., el Sr. Taylor decidió reactivar su solicitud de residencia permanente. Era arriesgado arrojar el dado, ya que apostaba a que las nuevas reglamentaciones estarían vigentes para cuando su solicitud ingresara en el sistema.

“Durante todo el año, seguí de cerca el proceso normativo. Solía visitar obsesivamente los sitios web del gobierno durante todo el día para enterarme de cualquier novedad”, comentó.

La noticia llegó a finales de 2009: los Estados Unidos eliminaban su prohibición de entrada, estancia y residencia, y el presidente Barack Obama dijo en la conferencia de prensa, “Si queremos ser un líder mundial en la lucha contra el VIH/sida, debemos actuar como tales”.

Es un anuncio que el Sr. Taylor recuerda bien. “Dí un suspiro de alivio que había contenido durante más de seis años. Unas semanas después, recibí la notificación de que mi solicitud había sido aprobada, y una semana más tarde mi tarjeta de residente permanente apareció en el correo”.

Y para las organizaciones como Immigration Equality, significa un cambio hacia la divulgación y la educación al público acerca de la revocación. La organización también

China es el último país que eliminó sus prohibiciones de viaje para las personas que viven con el VIH.

vigilará su ejecución en los Estados Unidos para cerciorarse de que todas las personas que viven con el VIH puedan disfrutar del efecto positivo del levantamiento de la prohibición.

Además, para el Sr. Taylor el anuncio llegó justo cuando había aceptado una indemnización por retiro voluntario ofrecida por la empresa. Ahora tiene la libertad de pensar qué hacer en el futuro en Nueva York.

El Sr. Taylor concluyó: “Finalmente me siento como todos los demás”. ●

* Algunos nombres se han cambiado.



REPORTAJE

UN DÍA ENTRE AMIGAS

OUTLOOK se reúne
con Alessandra y
sus nuevas amigas
en Río de Janeiro.



Capacitar a las personas transexuales es una de las áreas de acción prioritarias del ONUSIDA, así que OUTLOOK se alegró de contactar con Jacqueline Rocha Côrtes, de la delegación del ONUSIDA en Brasil, para hablar sobre la posibilidad de preparar una sesión de fotos titulada Un día entre amigas. Antes de hacer la primera pregunta, Jackie ya estaba inmersa en una amena explicación sobre las diferencias entre las personas transexuales, transgénero, travestidas e intersexuales.

¿HAS DICHO TRANSGÉNERO?

Jackie prosiguió para hablar sobre la forma de abordar temas relacionados con lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT). Hacía poco, se había publicado en Brasil un manual que desenmaraña las diferencias entre sexualidad, orientación sexual e identidad de género.

A medida que Jackie hablaba, se hacía cada vez más evidente que hay mucho que aclarar.

La guía de comunicación muestra que el término “transgénero” no está relacionado con la orientación sexual, sino con la identidad de género. De todos modos, puede seguir resultando confuso y algunas personas se pueden preguntar: ¿cuál es la diferencia entre

personas transgénero, transmujeres, travestis o, por ejemplo, hijra (el tercer género institucionalizado de la India)?

Cuestiones de identidad

“Personas transgénero” es un término general y reconocido en todo el mundo que se ha definido recientemente como “aquellos cuya identidad de género y/o expresión del mismo difiere de las normas sociales establecidas para su género de nacimiento. Este término describe una amplia variedad de identidades, roles y expresiones que pueden variar de forma considerable de una cultura a otra”.

A raíz de hablar con personas de esta comunidad, queda claro que este concepto tan amplio no encaja bien con la pléora de personas que se identifican como transexuales, transmujeres, transgénero, transpersonas, travestis, hijra o intersexuales, y en función del país o el continente unos términos se usan más que otros. Además, si se tiene en cuenta que una persona transgénero puede ser homosexual, heterosexual o bisexual, puede resultar complicado, por ejemplo, hablar de una persona transgénero de hombre a mujer a la que le atraen las mujeres.

“En Kenya, a una mujer transexual a la que le atraen las mujeres se le denomina lesbiana, pero no lo es, y no es que sea algo en contra de las lesbianas”, cuenta Audrey Mbugua, que se define como una mujer transexual abiertamente homosexual y políticamente activa. “Es como si a un médico le llamaran carpintero, no le gustaría, y no porque ser carpintero sea malo”. Mbugua afirma que de esta forma a la comunidad trans se “le niega [su] dignidad y orgullo”.

Las tres amigas toman un
café en *Cafecito*, en el bohemio
vecindario de Santa Teresa.



Vestuario

Brechoh Juísi by Licquor
Cervera
Forum
Neon
Lenny
Luiza Barcelos

Lugares

Museo de Arte Moderna
Cafecito
Novo Desenho (tienda del museo)

“La comunidad transexual lleva participando en la respuesta al sida desde principios de los años 90, pero dentro del movimiento gay y encerrada en el término epidemiológico ‘hombres que tienen relaciones sexuales con hombres’”.

Audrey Mbugua trabaja para la organización de la sociedad civil Transgender Education & Advocacy (TEA) en Kenya.

La organización inició su andadura en diciembre de 2008, y desde entonces se encarga de sensibilizar a la sociedad keniana sobre transexualidad e intersexualidad.

Audrey y sus compañeros utilizan diferentes estrategias para abordar y denunciar las violaciones de los derechos humanos que sufren las personas transgénero e intersexuales en Kenya. Por ejemplo, realizan campañas en los medios de comunicación, fomentan la movilización comunitaria e imparten formación a la comunidad transgénero y a sus familias.

En Kenya crece la preocupación en torno a la penalización de la transmisión del VIH y el comportamiento homosexual, lo que complica la labor de recopilar datos precisos para confeccionar programas. De acuerdo con el informe de 2010 de Kenya para el UNGASS, cerca del 15% de las nuevas infecciones se producen en los grupos de población de ‘hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y reclusos’, pero en el documento no se menciona explícitamente a las personas transgénero.

Mbugua describe la discriminación que sufren las personas transgénero en el país, donde se les niega el acceso a los servicios médicos, son víctimas del estigma y la violencia a diario, carecen de acceso a la educación, y además, tienen que enfrentarse a los papeles de género que se le atribuyen tradicionalmente a la mujer. Mbugua confiesa que “el patriarcado es una parte insidiosa de nuestra sociedad. Las mujeres transexuales seguras de sí mismas no son bien recibidas entre la mayoría de los hombres, ni siquiera entre las minorías sexuales”.

Hay que atender la llamada

En la Conferencia internacional sobre el sida celebrada en México en 2008, se hizo un llamamiento para acabar con la epidemia oculta del VIH entre las personas transgénero. En todo el mundo,

esta comunidad se ve más afectada por el VIH que la población general, incluso en lugares con epidemias generalizadas. Los datos muestran que en tres países de América Latina, una de cada cuatro personas transexuales vive con el VIH, y los índices de prevalencia en este grupo de población van del 10% al 42% en cinco países asiáticos. De estas ocho naciones, el índice de prevalencia del VIH en la población general es superior al 1% solo en una de ellas: Tailandia, con un 1,4%.

Por este motivo, los promotores de la causa insisten en que hay que escuchar y tener en cuenta las voces de las personas transgénero.

Tal y como se señala en el *Marco de acción del ONUSIDA: acceso universal para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transexuales*, se dispone de muy poca información sobre el acceso de estas comunidades al tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Es lógico pensar que el estigma, la discriminación y el miedo a la exposición pública impliquen que, en muchos países, estos grupos de población tienen menos posibilidades de acceder a los servicios adecuados.

Dos años después de la conferencia de México los problemas persisten. Los datos epidemiológicos sobre personas transgénero son escasos, y la información sobre la epidemia del VIH en esta comunidad a menudo acaba enterrada en la categoría de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Como señala Luiz Zapeta Mazariegos, que trabaja con OTRANS, una organización transgénero de Guatemala, se trata de un asunto problemático: “la comunidad transexual lleva participando en la respuesta al sida desde principios de los años 90, pero dentro del movimiento gay y encerrada en el término epidemiológico ‘hombres que tienen relaciones sexuales con hombres’”.

“Hoy día todavía se les considera parte de este grupo, cuando la práctica, el contexto y la historia nos dicen lo contrario. ¡Incluso ellos mismos cues-

tionan la categoría biológica ‘varón!’”, explica Luis Zapeta Mazariegos. En el último informe de Guatemala para el UNGASS no se hace referencia a la población transexual como tal.

Sin embargo, un estudio reciente que se ha llevado a cabo en la India indica que “la clasificación ‘monolítica’ [de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)] no refleja las diferencias en los comportamientos de alto riesgo que adoptan los distintos subgrupos que se incluyen en esta denominación, lo que supone un obstáculo para realizar intervenciones e investigaciones eficaces”.

En comparación con otros HSH que se identifican como tales en el estudio, la población hijra registra el mayor índice de prevalencia de VIH y sífilis. El informe también señala que para muchas de las personas de esta comunidad, el trabajo sexual constituye su principal fuente de ingresos, y que muy pocas utilizan el preservativo de forma habitual. Si los datos no se hubiesen desglosado, esta información se habría perdido.

“Existen todas estas sexualidades y tenemos que entenderlas tal y como son”, afirma Laxmi Narayan Tripathi, activista hijra de la India. “Hay que cambiar de punto de vista. Cuando entiendes las prioridades de la comunidad, sabes cómo trabajar con los grupos más expuestos”.

Pero no se trata solo de un problema a la hora de recopilar datos. Tripathi y Mbugua coinciden en que incluir a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a las personas transgénero en una misma categoría, a veces puede dejar a estas últimas sin representación en los procesos de toma de decisiones.

“En la actualidad, todas las organizaciones de la sociedad civil de Kenya hablan de ‘LGBT’, pero solo centran su atención en las comunidades de gays y lesbianas”, dice Audrey Mbugua. “Fíjate en la participación de transexuales e intersexuales en los procesos de toma de decisiones, incluso en las organizaciones LGBT. Es prácticamente nula”.



HISTORIA DE ALESSANDRA

Alessandra, traductora e intérprete de lengua de signos brasileña, está trabajando para desarrollar el primer diccionario virtual bilingüe de lenguaje de signos en portugués.

Perú, que como muchos otros países de América Latina tiene una epidemia concentrada, está tomando medidas para diversificar la categoría de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En su informe para el UNGASS, en el grupo HSH se hace referencia explícita a las comunidades gay, bisexual y transexual, y los datos se muestran en consonancia.

Perú registra un índice de prevalencia del VIH del 0,23% entre los pacientes de los servicios prenatales, y del 13,9% entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Otros estudios realizados a menor escala en Lima y en la mayor área metropolitana, establecen que el índice de prevalencia del VIH entre las personas transgénero es del 30%-33%. Su informe para el UNGASS señala claramente que dentro de la categoría de HSH existen diferentes subpoblaciones que deben estudiarse en profundidad. Además, sus autores apuntan que la población transexual es la más expuesta a la epidemia del VIH en el país.

El VIH no es el único problema

Puesto que las personas transgénero a menudo carecen de acceso a la educación o a oportunidades de empleo, muchas se ven obligadas a recurrir al trabajo sexual en un intento por sobrevivir. De acuerdo con Jhoanna Castillo, asesora del defensor del pueblo en la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, los trabajadores del sexo transgénero suelen ser víctimas de abusos verbales y físicos, lo que les expone a sufrir robos, asaltos y violaciones. A Jhoanna Castillo le preocupa lo que considera una “situación alarmante” para esta población, así como el aumento de la transfobia en el país, lo que ilustra con un listado de personas de esta comunidad que han sido torturadas y asesinadas en los últimos años.

Johana Esmeralda Ramírez, persona trans de la ciudad de Guatemala, ha sufrido estas atrocidades: “En noviembre del año pasado me atacaron, pueden llamarlo un atentado contra mi vida, solo por querer ser yo misma. Temo por mi vida cuando estoy en la calle, pero sigo ejerciendo como trabajadora sexual porque no tengo otro modo de subsistir”.

Zapeta Mazariegos, que trabaja con OTRANS, cuenta que en Guatemala una

El informe de Perú para el UNGASS señala claramente que dentro de la categoría de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres existen diferentes subpoblaciones que deben estudiarse en profundidad...

media de cinco personas transgénero fueron presuntamente asesinadas cada año entre 1996 y 2006, además de otras tres en 2009 y una que lleva desaparecida desde febrero de 2010.

Zapeta Mazariegos asegura que en el país estas personas sufren una “violencia estructural impregnada de transfobia individual, grupal, social, institucional y política”.

Haciendo progresos

En noviembre de 2009, la Comisión electoral de la India permitió, por primera vez, que la comunidad hijra seleccionase la opción “otro” a la hora de indicar el género en los formularios de votación. Además, hace poco se ha elegido a cuatro hijras para ejercer cargos públicos en el estado de Madhya Pradesh.

En Nepal, se ha aceptado el tercer género en los carnés de identidad, y en Australia, en marzo de 2010, se expidió un certificado de nacimiento que



determinaba “sexo no especificado” para Norrie May-Webly, que no quería que su género se considerase ni masculino ni femenino.

La peruana Jana Villayzan, profesional de la sanidad pública, travesti y seropositiva, quiere participar en el cambio: “cuando tenía 42 años descubrí que había contraído el VIH. Ahora me preocupo de llevar el recuento de células CD4 para saber cuándo ha llegado el momento de empezar el tratamiento. Con esto espero mostrar a la población trans de Perú que el VIH no ha muerto y que existe una cosa llamada prevención positiva; o mejor aún, prevención antes de la infección”.

Desde la India, Tripathi nos habla de un tipo distinto de activismo: “Estuve en un reality show con mi familia, y fue la primera vez que mucha gente veía a una hijra junto a su familia biológica. Muchas son rechazadas por sus familias, pero si se les diese una oportunidad y el apoyo de su familia, las cosas podrían ser muy diferentes”. Después del programa, Laxmi recibió llamadas de hijras para contarle que sus padres se habían puesto en contacto y querían recuperar la relación que había perdido.

Más allá de la identidad

Como muchos otros problemas relacionados con la epidemia de VIH, el estigma que sufren las personas transgénero deja huella, y para esta comunidad, desmarcarse de la posición social que tiene asignada a menudo significa mover montañas.

Tal y como explica la antropóloga Serena Nada, en la India, la población hijra pertenece a una categoría social reconocida y desempeña un papel tradicionalmente aceptado: “pedir limosna y recibir dinero por actuar en bodas, nacimientos y fiestas”. Sin embargo, como activista, Laxmi sostiene que “a pesar de que la comunidad hijra es una parte integral de la sociedad, es importante que la gente se dé cuenta de que no están ahí solo para pedir limosna, ni para el trabajo sexual, también pueden participar en la moda, el maquillaje o la interpretación”.

Y aquí reside el conflicto entre organizar un movimiento en torno a una identidad a la vez que se lucha por pasar desapercibido dentro del tejido social.

En Perú, Giuseppe Campuzano, filósofo, artista y travesti, ha iniciado

HISTORIA DE INDIANARA

Indianara, activista sobre el sida y defensora de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales desde los años 90, está orgullosa de cómo ha contribuido al aumento de los esfuerzos de prevención, tratamiento e investigación del VIH en Brasil.



Una tarde tranquila
de verano en el jardín
del Museo de Arte Moderna.



“Lo único que queremos es vivir con dignidad. La gente no debería fijarse solo en nuestras preferencias sexuales porque, como ellos, también somos seres humanos”.

— Sudeep Chakarborty, la India

un proyecto llamado Museo Travesti del Perú. La iniciativa es un proyecto postidentitario que pretende sensibilizar sobre la rica tradición histórica de la comunidad travesti en el Perú prehispánico, que Campuzano ha investigado a través de diversos estudios académicos.

Este proyecto también analiza y presenta la historia travesti contemporánea (1966-1994) a través del periodismo local, y documenta el acoso y la brutalidad que ha sufrido esta comunidad, así como su resistencia. El objetivo del museo es hacer visible esta historia a la población travesti y al público general de Perú.



El “Museo Travesti es una plataforma paralela para la representación, la investigación, el activismo y el arte en torno al género”, dice Campuzano. Se trata de una exposición itinerante de trabajos artísticos y fragmentos de información sobre la comunidad travesti a través del tiempo.

Cuando hablaba sobre la necesidad de llevar a cabo este proyecto Campuzano explicó: “Por un lado, tenía una reproducción de cerámica de la época anterior a los incas en la que se representa un importante ritual andrógino que mediaba entre lo conocido y lo desconocido. Por otro lado, tenía varios recortes de prensa sobre travestis asesinados o que enfermaron y murieron a causa del sida en los 90..., y entre medias, la necesidad de articular tales acontecimientos históricos en una nación”.

Sin embargo, organizar a la gente en torno a una identidad sexual o de género, como el movimiento transgénero, gay o de la mujer, puede “llevar a la exclusión”, como indica Campuzano. Pone el ejemplo de los grupos de apoyo sobre el VIH de Perú, que clasifican a sus miembros en hombre, mujer o travesti, cuando podría existir un factor común entre todos ellos, como el trabajo sexual, que podría facilitar la comunicación entre estos grupos.

Campuzano también considera que es importante fomentar el intercambio de ideas y la solidaridad entre las asociaciones de activistas feministas y transgénero, y afirma que la comunidad travesti necesita liberarse de la opresión asociada al género.

“Queremos mostrar que el intento de clasificar a todos los seres humanos como hombre o mujer plantea problemas, no solo a la población travesti, sino a otras. Necesitamos transformar la estructura binaria de masculino y femenino”. De este modo, una sociedad diferente podría ofrecer una gama de etiquetas de género tan variada como el arco iris, y respetaría la diversidad a la hora de identificarse con un género, señala Campuzano.

Probablemente, Sudeep Chakarborty, de la India, es quien mejor resume las esperanzas de las personas transgénero: “Lo único que queremos es vivir con dignidad. La gente no debería fijarse solo en nuestras preferencias sexuales porque, como ellos, también somos seres humanos”. ●

HISTORIA DE RHAYANA

Rhayana, una peluquera que ha participado en el activismo sobre el VIH y los derechos humanos durante los últimos 10 años, lucha por la inclusión social de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales en Vale do Paríba.



¿Eres homófobo? *



* todo está en tu cabeza

*Era un poeta romántico que
pareaba a la luna llena con su
amado. Observándola en soledad,
anhelando que llegara su amor. Lo
que no sabía es que, cuando por fin
llegó, no estaban solos.*

El febrero de 2010, sin que el Profesor Ramachandra Srinivas Siras lo supiera, se instaló una cámara en su casa. Se grabaron imágenes de él manteniendo relaciones sexuales consentidas con otro varón adulto. Sus compañeros utilizaron estas imágenes para suspenderlo de su cargo acusándolo de haber cometido una falta grave. Fue expulsado de su casa en el campus, en la ciudad de Aligarh, India.

Para el Profesor Siras, un poeta y académico de 64 años en sus últimos meses de docencia, este golpe fue mucho más duro porque fueron sus compañeros de trabajo y sus estudiantes quienes lo acusaron. Cuando le preguntaron sobre la suspensión en una entrevista, el vicerrector de la universidad afirmó: “Esta universidad es una institución de reputación internacional y sus estudiantes forjan aquí su personalidad. La homosexualidad no es buena para ellos y tales actos no se permitirán en el campus.”

Con la ayuda del Colectivo de Abogados y activistas gays de la India, el Profesor Siras recurrió esta decisión ante el Tribunal Supremo de Allahabad. El tribunal retiró la suspensión alegando que “el derecho a la privacidad es un derecho fundamental que debe protegerse y que, a no ser que la conducta de una persona, incluso si es profesor, vaya a afectar o tenga un nexo sustancial con su trabajo, no se debe considerar como falta”.

El Profesor Siras fue hallado muerto tan solo dos días después de ganar el juicio en el Tribunal Supremo. Los activistas de los derechos civiles condenaron su asesinato.

¿Qué llevó a esta institución académica a actuar así? “El miedo a lo desconocido. El miedo a la diferencia. El miedo a su propia sexualidad. El miedo a la ira de Dios”, afirma Mark Clifford, copresidente de la organización PRIDE in Action, de Jamaica.

“La homofobia está impulsada principalmente por la falta de comprensión en

la sociedad del género, la sexualidad y la homosexualidad”, afirma Shale Ahmed, director ejecutivo de Bondhu Social Welfare Society, una de las organizaciones que lleva más años trabajando con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Bangladesh.

¿Qué es la homofobia? El ONUSIDA describe la homofobia como la intolerancia y el desprecio hacia aquellos que tienen identidades y orientaciones diferentes a las heterosexuales. Es la aversión, el odio, el miedo, el prejuicio o la discriminación hacia los hombres homosexuales, personas bisexuales, transgéneros, travestidos, lesbianas y transexuales. La homofobia confiere a la heterosexualidad el monopolio de la normalidad, generando y promoviendo el desprecio hacia aquellos que se alejan de este modelo de referencia.

La homofobia puede tener lugar en varios entornos: familias, trabajo, servicios públicos, política, educación, actividades sociales y deportivas; en resumen, en diversas formas dentro de la sociedad en su conjunto.

LA HOMOFOBIA INSTITUCIONAL

A día de hoy unos 80 países penalizan las conductas homosexuales. “En mi opinión, creo que la homofobia está impulsada por las leyes que existen actualmente contra los homosexuales”, afirma Craig R. Rijkaard, un investigador de la Dirección de Asuntos de Género de Antigua y Barbuda. En muchos países caribeños, los vestigios del colonialismo todavía se manifiestan en las leyes contra la sodomía introducidas hace cientos de años. “Jamaica necesita eliminar las leyes contra la sodomía de su legislación. Los adultos deben ser libres para elegir con responsabilidad”, afirma Carla Bingham-Ledgister, presidenta del Foro de la Sociedad Civil de Jamaica.

Cambiar la ley no cambia necesariamente las actitudes y las acciones. Por ejemplo, en la Federación de Rusia, cuando se abolió el código penal que ilegalizaba la homosexualidad, no hubo un diálogo público ni ninguna explicación sobre este cambio y los estereotipos persistieron. “Los mitos de la era soviética siguen existiendo en la sociedad moderna”, afirma Vyacheslav Revin, director de una organización no gubernamental de la Federación de Rusia.

“El derecho a la privacidad es un derecho fundamental que debe protegerse”

“La penalización está fomentando la homofobia. También está obligando a que se oculten los actos homosexuales...”



Según Youth Advocacy Network en Jamaica, todavía existen expresiones graves de homofobia porque “la ley y los sistemas de justicia prácticamente no la condenan. Apenas hay sentencias ni penas para los infractores, ya que es más fácil decir, por ejemplo, que un hombre gay se estaba insinuando”.

En Fiji, pese a que la Constitución de 1997 protege los derechos de las minorías sexuales, según la Red de HSH de Fiji, las iglesias más importantes han mostrado una fuerte oposición.

Para muchos países ha sido difícil eliminar las leyes contra la homosexualidad. “Los responsables de formular políticas y los legisladores intentan ganar puntos a costa de la población para favorecer sus carreras políticas”, afirma Caleb Orozco, un hombre gay de Belice. “Saber que las leyes no reconocen mi relación refuerza el hecho de que, aunque vivo en una sociedad democrática, sigo estando marginado por las leyes, las políticas de salud y las actitudes institucionales que todavía persisten”, añade.

Tony Reis, presidente de la Asociación brasileña de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales, cree que una cultura que sigue siendo predominantemente religiosa influye en la sociedad y en los legisladores. Además, algunos países de África siguen aprobando nuevas leyes que penalizan las conductas homosexuales. Unos 38 países africanos todavía cuentan estas leyes. Frank Mugisha, director ejecutivo de Sexual Minorities de Uganda, ha sido víctima tanto de la violencia como de la discriminación. Como hombre que vive en Uganda reconociendo abiertamente que es gay afirma que “la penalización está fomentando la homofobia. También está obligando a que se oculten los actos homosexuales y hace más complicado que las personas practiquen el sexo sin riesgos”. Pero lo que más le preocupa es que como la ley no protege a las minorías sexuales, es mucho más difícil que puedan acceder a los derechos que sí están disponibles para las personas heterosexuales. “Cuando se cometen delitos contra los hombres gays, como puede ser la violación, no podemos acudir a la policía ni denunciarlo en ningún lugar. Tampoco podemos buscar tratamiento”, añade.

La discriminación puede ser continua y sutil. Pallav Patankar, actual admi-

nistrador de la organización comunitaria Humsafar Trust de la India, reconoce que fue muy duro ver cómo era discriminado abiertamente en su trabajo por ser homosexual. Afirma que su trayectoria profesional se había estancado debido a su sexualidad. “Uno se da cuenta de que la única solución es enfrentarte a ello. Otros conseguían ascensos porque la dirección afirmaba que tenían esposas e hijos por los que preocuparse y que yo no los tenía. Pero era evidente que me estaban lanzando un mensaje. Finalmente, decidí dimitir y unirme a Humsafar. Al menos aquí sé que seré juzgado por mis méritos y no por mi sexualidad”, afirmó.

“Es realmente difícil vivir fingiendo ser alguien que no eres para poder estudiar, tener un trabajo o progresar en la vida”, afirma Leonardo Sánchez Marte, director ejecutivo de Amigos Siempre Amigos, una organización no gubernamental que trabaja con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la República Dominicana.

Poder llevar a una vida normal, sin sufrir ningún tipo de violencia ni estigma, puede convertirse en un reto diario para hombres y mujeres homosexuales.

EL PAPEL DE LA RELIGIÓN Y LA CULTURA

Muchos miembros de la comunidad gay también son creyentes. En todo el mundo, la repercusión de las escrituras y creencias religiosas sobre la homofobia es profunda, tanto positiva como negativamente. La fe continúa forjando las opiniones de la sociedad sobre las minorías sexuales. En el lado positivo, los grupos religiosos han iniciado diálogos con sus miembros sobre la inclusión y la aceptación de orientaciones sexuales diferentes. Algunos hombres que reconocen abiertamente que son homosexuales han sido ordenados como sacerdotes. “Sigues siendo mi hermano”, afirmó un Imán en Sudáfrica tras escuchar la historia de un hombre gay. Por su parte, el Arzobispo Desmond Tutu declaró que “la homofobia es un crimen contra la humanidad tan injusto como el apartheid”.

En el lado negativo, Mayra Pichardo, directora ejecutiva de Coalición Sida, de la República Dominicana, cree que

los patrones culturales que se basan en creencias religiosas fundamentalistas que han etiquetado y valoran a los humanos como buenos o malos en función de sus prácticas sexuales afectan a aquellos hombres y mujeres que se sienten atraídos por personas de su mismo sexo.

“El miedo que tienen en el fondo las instituciones religiosas es que no pueden controlar la sexualidad de las personas. Un control que se basa en una relación de poder, castigo y sumisión entre la iglesia y sus feligreses”, afirma Mayra Pichardo.

“Debemos separar la religión de las preferencias sexuales de cada uno y permitir que sea Dios quien juzgue, y no el hombre”, afirma Craig R. Rijkaard. “Necesitamos mantener un debate abierto y comprometido con la iglesia”, añade Tai Patai, secretario ejecutivo de Te Tiare Association Incorporated (una red de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de las Islas Cook).

Muchas culturas consideran que las relaciones homosexuales son antinaturales, indecentes y vergonzosas. “El odio se deriva una vez más de estas ideas, y acciones tales como la violencia, el repudio e incluso el asesinato son en ocasiones su resultado”, afirma Miriam Edward, presidenta de Caribbean Sex Work Coalition, con sede en Guyana. “Algunas personas también temen que si muestran compasión o cariño hacia los homosexuales, también se convertirán en homosexuales. Por ello, muchos deciden discriminar abiertamente a los homosexuales y promover la homofobia.”

IGNORANCIA, MITOS Y MIEDOS

Joey Mataele fundó la Asociación Tonga Leiti para ayudar a los grupos de diferentes sexualidades en las islas del Pacífico. Uno de los principales problemas a los que se enfrentó fue la ignorancia.

“La homofobia está motivada y respaldada principalmente por la ignorancia. La naturaleza humana es tal que no puede vivir en un vacío de información”, afirma Joey Mataele.

“Este vacío se llena gradualmente con diversa información incorrecta, mitos y estereotipos. Los mitos más duraderos son aquellos que tienen mensajes más emocionales. En el caso de la homofobia, este mensaje es claramente negativo”.

Radcliffe Williams, de Jamaica, también comparte esta opinión, pues cree que la ignorancia es la principal fuerza tras la homofobia; las personas tienen miedo de aquello que no comprenden y odian aquello que temen. Desde una edad temprana se entreteje en las mentes de las personas una red de prejuicios y falsas creencias que se mantienen con el paso de los años.

“Se cree que los homosexuales pueden “seducir” al virtuoso, se inclinan hacia el mal por naturaleza, seducen a los niños, y también existe la idea de que existe una “mafia homosexual””, afirma Andrei Beloglazov, director de programas del proyecto LaSky, llevado a cabo por Population Services International en la Federación de Rusia.

“El miedo subyacente que es que la homosexualidad es contagiosa, que todos somos pedófilos y que no podemos procrear”, afirma Karlene Williams-Clarke, expresidenta de la organización Women for Women, que dejó Jamaica para buscar asilo en Canadá.

“El público general no está sensibilizado sobre cuestiones en torno a la homosexualidad y se necesita sensibilizar no solo a la comunidad en sí misma sino también a los que nos rodean” puntualiza Sherman De Rose, director ejecutivo de Companions on a Journey, una organización de la sociedad civil de Sri Lanka que trabaja con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. “Necesitamos ser más visibles en la comunidad. Desafortunadamente, debido a los altos niveles de estigma y discriminación, los miembros de nuestra comunidad son reacios a abrirse y a salir del armario”.

Sin embargo, Mark Clifford se mantiene imperturbable. “La discriminación duele, pero soy fuerte y seguiré adelante. Me dan pena aquellos que me discriminan y otros porque lo hacen desde la ignorancia y gastar tanta energía en odiar no puede ser bueno”, señala.

SILENCIO

Durante muchos años, el ejército de los Estados Unidos ha permitido que los ciudadanos gays se alistasen en las fuerzas armadas siempre que no revelaran su orientación sexual. La política de “no preguntes, no hables”

“Me dan pena aquellos que me discriminan y otros porque lo hacen desde la ignorancia...”



“Soy optimista y creo que dentro de unos años no habrá ningún tipo de penalización de la homosexualidad en África”



ayudó a que muchos hombres sirvieran a su país, pero en silencio. Sin embargo, parece que se está produciendo un cambio entre los altos cargos del ejército. El 2 de febrero de 2010, al testificar ante el Comité de Servicios Armados del Senado, el almirante Mike Mullen, presidente de los Jefes de Estado Mayor, afirmó: “creo personalmente que permitir que gays y lesbianas sirvan abiertamente sería lo correcto. De cualquier manera que mire al problema no puedo dejar de preocuparme por el hecho de que tenemos una política que obliga a que los jóvenes, mujeres y hombres, mientan acerca de lo que son para poder defender a sus conciudadanos”.

El dicho de que el silencio es oro no ayuda a la hora de hacer frente al estigma y a la discriminación. “El temor es que si no mostramos que estoy en contra de las prácticas de los homosexuales, puede que me consideren uno de ellos y me vea obligada a defender mi sexualidad”, afirma Carla Bingham-Ledgister. “Es más seguro decir que muchas de las muestras y reacciones homófobas siguen simplemente la norma”.

Joel Simpson, de Guyana, comparte la misma opinión: “a menudo los hombres temen que si aceptan estas identidades, revelarán sus tendencias homosexuales inherentes, lo que los investigadores denominan como homofobia interiorizada”.

“La noción de las relaciones, los sentimientos y el estilo de vida homosexuales supone un reto para todos, incluidas las personas gays.

Algunos aprenden a aceptarlo, tolerarlo o a “dejar vivir”. Otros tienen curiosidad mientras que algunas personas, como mi sobrina, no tienen ningún interés por el tema al igual que no tiene interés por el espacio”, afirma Morris Studdart, un hombre gay que vive en Jamaica. “Pero siempre estarán aquellos que son hostiles por el miedo o las dudas, porque en lo más profundo ven algo que es demasiado terrible de reconocer o aceptar. ¿Por qué? Porque aprenden de la “normalización” de otra conducta social que la homosexualidad está mal”, añade.

La mayoría de las culturas promueven la noción de que la mujer está hecha para el hombre y viceversa. Este principio también define la cultura machista. “Se considera que cualquier cosa que pueda amenazar esta cultura está mal y se debe condenar”, afirma Leonardo Sánchez Marte. “También se teme distorsionar la imagen del macho o aceptar que la masculinidad no se define necesariamente por ser macho”.

“El miedo surge de una mitología que percibe que el hombre es menos hombre si desea o se siente atraído sexualmente por la sexualidad masculina. La lógica afirma que al desear o erotizar a otro hombre uno se vuelve más femenino”, afirma Ashok Row Kavi, uno de los activistas gays más veteranos de la India.

El silencio también puede venir por parte de los miembros de la comunidad. “El principal miedo es ser rechazado por la sociedad y por la propia familia. Gran parte de la homofobia puede ser interna por el miedo al futuro de uno mismo”,

afirma K.A.M. Ariyaratne, director de la Unidad de información para la gestión estratégica del Programa nacional para el control de las ITS y el sida en Sri Lanka.

“Estar alerta 24 horas al día, siete días a la semana, no es bueno para mantener la paz interior o una relación saludable”, afirma Orozco.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: ¿PROMUEVEN LOS ESTEREOTIPOS O LOS NORMALIZAN?

¿Qué posición adoptan los medios de comunicación a la hora de abordar la homofobia? Las formas en las que presentan y tratan la homosexualidad han influido en gran medida en el discurso de la sociedad.

En un artículo publicado en el Express, uno de los principales periódicos del Caribe, su anterior editora de publicaciones especiales, Nazma Mulle, afirma: “ya que ninguna entidad mediática ha defendido la igualdad de derechos o la eliminación del estigma, ni siquiera un debate sobre el derecho a ser gay, también son cómplices de la homofobia”.

“Podría parecer que ignoramos el problema por completo, a no ser que un funcionario del gobierno diga algo, como ocurrió recientemente. Pero de manera general no puedo afirmar que haya habido nunca un intento proactivo en el periódico de representar las opiniones de los gays o de promover la despenalización de la sodomía”, añadió.

“Una de cada dos noticias comienza estigmatizando el tema al definirlo

como “polémico” (y por implicación posiblemente ilícito) en lugar de iniciar un análisis racional e instructivo”, afirma Colin Robinson, de Coalition Advocating for Inclusion of Sexual Orientation de Trinidad y Tobago. “Esto sirve para seguir echando más leña al fuego, pues los medios hacen uso de formas provocadoras que ya no suelen utilizar cuando tratan cuestiones de infidelidades sexuales o diferencias religiosas”.

“Las personas gays, en lugar de ser humanizadas, se reducen a “polémicas” y el proceso de la descolonización del pensamiento homofóbico ha sido más lento que la descolonización de nuestros pensamientos sobre, por ejemplo, las prácticas religiosas y expresivas asociadas con África y con los más desfavorecidos”, añade.

La transformación social no puede ocurrir en el vacío. El cambio se puede

“Cambiar y revocar las leyes homófobas puede comenzar con un diálogo de reconciliación. Necesitamos normalizar a las personas gays”.

producir de muchas formas: un cambio en la legislación, un policía o juez empático, un líder visionario, un periodista sensible o un activista apasionado.

Frank Mugisha es uno de estos activistas. Ha soportado insultos, agresiones y la amenaza de ser enviado a prisión. Pero ha iniciado un diálogo. “Según crecía, la gente afirmaba que no había homosexuales en Uganda. Pensaba que probablemente estaba solo. No comprendía lo que sentía. Pensaba que nadie me comprendía”, afirma.

“Pero hoy, los diálogos que estoy manteniendo con jóvenes, tanto gays como heterosexuales, me han mostrado un futuro muy brillante. Soy optimista y creo que dentro de unos años no habrá ningún tipo de penalización de la homosexualidad en África.” ●

¿Cómo se puede reducir la homofobia?

OUTLOOK planteó esta pregunta a las personas que hemos citado en este reportaje. Prácticamente todos respondieron que con la educación, especialmente para los jóvenes.

Caleb Orozco, de Belice. “Es molesto escuchar a los niños repetir los mismos comentarios homófobos”.

Ashok Row Kavi, de la India. “La única solución es la educación sexual. La educación sexual y una mayor sensibilización sobre el sexo, la sexualidad y el género deberían comenzar desde la escuela secundaria y continuar posteriormente para que hombres y mujeres sean más conscientes de sus cuerpos, sexualidades y los cuerpos de los géneros opuestos o diferentes”.

Toni Reis, de Brasil. “La homofobia se debe integrar en la educación sexual de los programas escolares y los profesores deben recibir una formación adecuada para tratar este tema en las aulas”.

Miriam Edward, de Guyana. “Creo que la educación sobre las causas de la homosexualidad es realmente necesaria. Muchas personas desconocen el hecho de que la homosexualidad no es predominantemente una elección. No saben que también tiene una explicación médica”.

Shale Ahmed, de Bangladesh. “Los hogares pueden ser el primer lugar para el cambio. Cuando tenía 15 años mis familiares me discriminaban por mis gestos afeminados. Sinceramente, me sentía desolado como ser humano porque me odiaban por mis rasgos femeninos. Nunca intentaron comprender mi orientación sexual. También debemos orientar y formar sobre el género, la sexualidad y la homosexualidad a las principales partes interesadas, como los medios de comunicación, los responsables del cumplimiento de la ley, los abogados, los profesionales sanitarios y los líderes políticos y religiosos.”

Morris Studdart, de Jamaica. “Es raro que se produzcan conversaciones entre y dentro de las comunidades. Cambiar y revocar las leyes homófobas puede comenzar con un diálogo de reconciliación. Necesitamos normalizar a las personas gays. Esto comienza cuando un país muestra respeto hacia gays y lesbianas eliminando las leyes contra la sodomía y aplicando leyes relacionadas con la privacidad y la protección en el lugar de trabajo. Así se conseguiría convencer por completo a los ciudadanos de que los homosexuales merecen la misma consideración que cualquier otro ser humano”.

Joey Mataele, de Tonga. “Debemos utilizar nuestra capacidad de movilizar a la comunidad para colaborar con ella, especialmente aquí en Tonga. Nuestra isla es tan rica en religión y cultura que si quiero hacer frente a la homofobia tendré que trabajar de manera más pacífica con todas las organizaciones no gubernamentales, la comunidad, las partes interesadas, y también nuestro gobierno. Sé que me voy a enfrentar a grandes críticas, pero lo llevo haciendo durante los últimos 18 años y puedo decir que ahora soy capaz de cualquier cosa”.

Vyacheslav Revin, de la Federación de Rusia. “Los homosexuales siguen siendo invisibles en la sociedad. Solo ellos podrán resolver el problema de la homofobia con su propio ejemplo, mostrando que son personas reales y no caricaturas impuestas por los homófobos”.

TODOS LOS DÍAS SON EL DÍA DE LA MADRE

Como se suele decir, el trabajo de una madre nunca termina.





Mantener con vida a madres e hijos

La risa de Nee Olutu es contagiosa. Su filosofía de vida, 'simplemente hazlo', le permite sobrevivir a las presiones urbanas de Lagos, Nigeria, una ciudad que se resquebraja por los cuatro costados. Tras conocerla, se podría decir que en realidad Lagos se mueve al ritmo que marca esta mujer.

Está a punto de dar a luz a su segundo hijo. El primero nació sin el VIH, pero no ha sido fácil conseguir que también sea así para el segundo. La carga vírica de Nee Olutu está en niveles muy bajos, por lo que su médico le recomendó un parto por vía vaginal. Sin embargo, no sabe cuánto pueden durar los dolores del parto ni si al final los médicos tendrán que terminar practicándole una cesárea.

A pesar de que la profilaxis antirretrovírica es gratuita, tiene que pagar de su propio bolsillo el resto de los gastos de hospitalización. Ya la han ingresado dos veces. Solamente la comida cuesta USD 5 al día. Cuando nazca el bebé, está pensando en darle el pecho porque el precio de la leche maternizada se ha disparado. Nee Olutu tiene que tomar decisiones difíciles todos los días, pero está desempeñando un papel muy importante para conseguir eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para 2015, un llamamiento que inició el director ejecutivo del ONUSIDA, Michel Sidibé.

Para hacer realidad este objetivo, los programas dirigidos a impedir que los bebés contraigan el VIH deben adoptar un enfoque integral: 'las cuatro pes', como lo llaman los expertos. Hasta ahora se le ha prestado especial atención a la tercera P: prevenir la transmisión del VIH de una mujer seropositiva a su hijo. No obstante, nuevos análisis y estudios señalan que la eficacia de estos programas aumenta de forma considerable si se integran los otros tres elementos, por lo que en OUTLOOK hemos

examinado algunas de las recomendaciones clave presentes en artículos científicos sobre las cuatro pes que se han publicado en los últimos meses, y también hemos analizado cómo podemos lograr este objetivo para 2015.

Cuatro pes para impedir que los bebés contraigan el VIH

La primera P: proporcionar prevención primaria a las mujeres en edad de tener hijos. Se trata de una medida de sentido común. Si desde un principio las mujeres no se infectan por el VIH, sus hijos quedan automáticamente exentos de nacer con el virus.

Prevenir embarazos no deseados en mujeres que viven con el VIH

La segunda P: prevenir embarazos no deseados en mujeres seropositivas. Con esta medida se evitan en África subsahariana 170.000 nuevas infecciones en niños al año, a pesar de que en esta región el acceso a los métodos anticonceptivos es limitado, como señala un estudio de H.W. Reynolds y su equipo. Durante la realización del mismo, sus autores también observaron que si todas las mujeres de esta región que no querían quedarse embarazadas hubiesen tenido acceso a estos métodos, se podrían haber evitado otras 160.000 nuevas infecciones al año. En otro de sus estudios, comprobaron que solo en Sudáfrica se podrían prevenir más de 120.000 infecciones infantiles si las mujeres seropositivas que no quieren tener hijos dispusieran de métodos anticonceptivos.

Por su parte, J.Stover y sus compañeros demostraron en su artículo de 2003 *Costes y beneficios de integrar la planificación familiar en los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH*, que en los países con índices de prevalencia del VIH

“La lactancia conlleva cierto riesgo de transmisión del VIH, pero se puede reducir de forma considerable si las mujeres siguen recibiendo profilaxis antirretrovírica durante este periodo”.

altos, se podrían evitar 71.000 infecciones infantiles si la planificación familiar se incorporase a los servicios de prevención materno-infantil, en comparación con las 39.000 que se impiden si solo se facilita profilaxis antirretrovírica.

En 2006, D. Cooper y sus compañeros realizaron un estudio transversal que analizaba las intenciones de fecundidad de 459 mujeres y hombres seropositivos (que no eran pareja) de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, así como sus correspondientes necesidades de atención sanitaria. Comprobaron que la proporción de mujeres (55%) y hombres (43%) VIH-positivos que no tenían intención de tener hijos era muy similar a la de aquellos que contemplaban la posibilidad de hacerlo (un 45% y un 57%, respectivamente). En general, un interés mayor por tener hijos estaba relacionado con ser hombre, tener menos hijos, vivir en asentamientos informales y recibir terapia antirretrovírica. Por su parte, las mujeres sometidas a tratamiento estaban más dispuestas a tener hijos que las que no lo recibían.

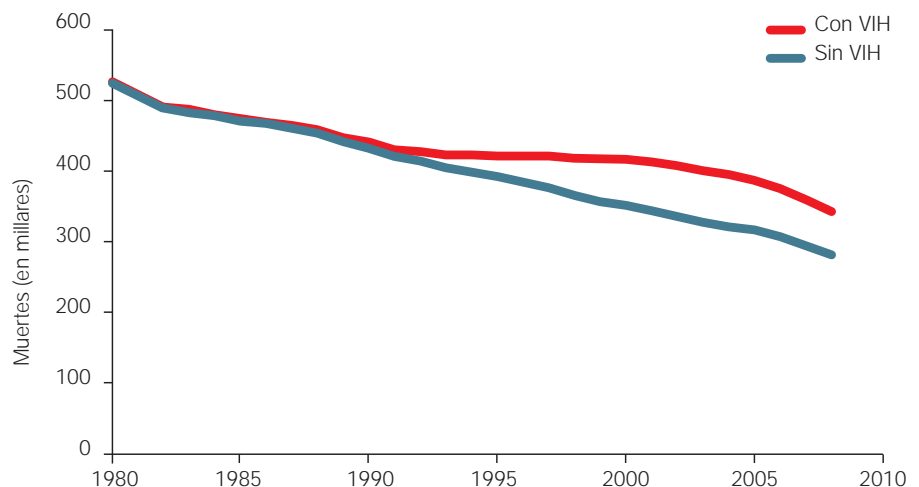
Curiosamente, el estudio reveló que solo el 19% de las mujeres y el 6% de los hombres habían consultado sus intenciones de fecundidad con médicos, enfermeros o asesores. Por otro lado, el 11% de las mujeres que recibían atención relacionada con el VIH había tenido embarazos no deseados desde que le diagnosticaron la infección. Por su parte, el 9% de las sometidas a terapia antirretrovírica se había quedado en estado tras empezar el tratamiento, de las que un 30% manifestó que sus embarazos no habían sido intencionados.

Los hallazgos del estudio revelaron que los servicios de salud sexual y reproductiva deben integrarse en los entornos de atención del VIH de forma urgente, con el fin de crear espacios donde mujeres y hombres puedan hablar sobre sus intenciones de fecundidad.

La mayoría de los programas de prevención de la transmisión materno-infantil desaprovechan esta oportunidad porque van dirigidos a mujeres que ya están embarazadas. W. Rose y C. Willard afirman en el *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, que financiar los programas de salud sexual y reproductiva a través de mecanismos paralelos e independientes, así como la resistencia política que oponen los principales agentes de financiación y los encargados de formular políticas a la hora de considerar la salud sexual y reproductiva un componente esencial de los programas del VIH, impiden a las mujeres seropositivas en edad de tener hijos evitar los embarazos no deseados.

W. Rose y C. Willard afirman que “independientemente del estado serológico con respecto al VIH, aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva permitiría a las mujeres ejercer un mayor control sobre su vida reproductiva, y les ayudaría a cumplir sus deseos de fecundidad sin riesgos. Además, ampliar el acceso tendría importantes beneficios en cuanto a salud pública, ya que repercutiría en la mortalidad y la morbilidad materna e infantil. En concreto, los servicios anti-conceptivos voluntarios son buenos para la salud de mujeres y niños por varias

Muertes maternas en todo el mundo, 1980–2008



Fuente: Chris Murray y col., *The Lancet*, Vol. 375, 8 de mayo de 2010

razones: ayudan a retrasar el primer embarazo, a espaciarlos, a disminuir el número de hijos por mujer, a evitar embarazos no deseados y de alto riesgo, y a reducir la necesidad de recurrir a abortos peligrosos”.

Evitar que las madres mueran por causas relacionadas con el VIH

Se considera que el VIH en mujeres embarazadas es una de las razones principales por las que las tasas de mortalidad materna siguen siendo altas. CAPRISA (el Centro para el programa de investigación sobre el sida en Sudáfrica) realizó un estudio de elaboración de modelos donde se señalaba que el VIH es la primera causa de muerte entre las mujeres en edad fértil, y que en África subsahariana, las tasas de mortalidad materna por causas relacionadas con el VIH estaban aumentando y sobrepasando a otras. Este mismo estudio también indicaba que en Botswana y Lesotho, cerca de la mitad de las muertes maternas estaban relacionadas con el virus, y que en Nigeria se habían producido 10.000 fallecimientos maternos relacionados con el VIH. Por su parte, un artículo que se publicó en la revista *The Lancet*, elaborado por C. Murray y sus compañeros, corroboró estos datos. Cuando sus autores analizaron los archivos de los registros de defunción, comprobaron que en ausencia del VIH se habrían producido 61.400 muertes maternas menos.

Proporcionar profilaxis antirretrovírica a las mujeres embarazadas seropositivas

La tercera P: prevenir que una mujer seropositiva transmita el virus a su hijo por medio de la profilaxis antirretrovírica durante el embarazo y la lactancia. Esta medida reduce la posibilidad de contagio al 1%. Sin embargo, se basa en la premisa de que las mujeres en estado se someten a pruebas de detección del VIH y reciben asesoramiento, cuando muchas no tienen acceso a estos servicios antes del parto.

Muchos estudios han revelado que las salas de parto deberían disponer de servicios permanentes y rápidos de asesoramiento y pruebas, como el elaborado por N.P. Pai y sus compañeros, en el que señalan que “tras una epidemia pediátrica del VIH y la necesidad de

Necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres seropositivas

1. Si una mujer no quiere quedarse embarazada, debería tener la posibilidad de acceder a servicios de planificación familiar.
2. Si quiere quedarse embarazada, tendría que recibir información sobre los servicios prenatales y de fertilidad locales, así como sobre los tipos de quimioprofilaxis disponibles para reducir los riesgos de transmisión al niño. Si está en una relación serodiscordante, también se le debería facilitar información sobre formas de prevención del VIH para minimizar el riesgo de infección por parte de su pareja mientras intentan concebir.
3. Si ya está encinta y desea continuar con su embarazo, debería tener la oportunidad de obtener terapia antirretrovírica para reducir los riesgos de transmisión del VIH.
4. Si está encinta y no quiere seguir adelante con el embarazo, se le debería ofrecer la oportunidad de acceder a un aborto seguro. Por otra parte, a las mujeres que no quieran volver a quedarse embarazadas, habría que ofrecerles la opción de utilizar métodos anticonceptivos postparto.

Fuente: Wilcher R, Cates W. *Opciones reproductivas de las mujeres que viven con el VIH*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2009, 87:833-839.

proporcionar a los niños afectados terapia antirretrovírica de por vida, una simple estrategia para incorporar servicios de asesoramiento y pruebas rápidos y permanentes a las salas de parto podría reducir los gastos de los sistemas de atención sanitaria de todo el mundo”.

La lactancia conlleva cierto riesgo de transmisión del VIH, pero se puede reducir de forma considerable si las mujeres siguen recibiendo profilaxis antirretrovírica durante este periodo. Un estudio de la República Unida de Tanzania titulado “Mitra-plus”, elaborado por C. Kilewo y sus compañeros, reveló que, independientemente de las necesidades sanitarias de la madre, si se proporciona profilaxis antirretrovírica materna triple desde las 14 semanas de embarazo hasta una semana después de terminar la lactancia, la transmisión del VIH a los niños se reduce de forma significativa.

“La terapia antirretrovírica materna durante la lactancia podría ser una estrategia alternativa muy prometedora en los países de recursos limitados”, afirman C.A. Peltier y sus colegas, que comprobaron que en Rwanda había poca diferencia de contagio entre las mujeres que escogían no dar el pecho y las que optaban por continuar con el tratamiento mientras lo hacían.

Estos datos llevaron a la Organización Mundial de la Salud a publicar nuevas guías prácticas sobre lactancia.

Mantener con vida a las madres

La cuarta P: proporcionar tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH adecuados a las necesidades de las mujeres seropositivas, sus hijos y familias. Esta medida amplía los beneficios de mantener con vida a madres e hijos hasta mucho después del parto.

A la mayoría de las mujeres se les pide que dejen de tomar medicamentos antirretrovíricos como protección cuando el periodo de lactancia ha terminado, siempre que su recuento de células CD4 esté por encima del umbral que determina cuándo comenzar el tratamiento. Sin embargo, J. Hargrove y J. Humphrey realizaron un estudio en Zimbabwe donde constataron que las mujeres seropositivas, sea cual sea su recuento de células CD4, tienen un mayor riesgo de defunción en los 24 meses posteriores al parto que las VIH-negativas. A pesar de que los datos sugieren que tras el embarazo no se acelera la progresión de la enfermedad, la mayoría de la información proviene de países desarrollados. Por el contrario, las conclusiones de este estudio indican

“Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH costará algo más de USD 610 millones al año en los países de ingresos bajos y medios, pero a esta inversión le espera una gran recompensa. Si los programas se amplían según lo esperado, el mundo podría evitar cerca de 2,1 millones de infecciones infantiles entre 2009 y 2015”.

que sería recomendable someter a todas las mujeres embarazadas seropositivas a terapia antirretrovírica de por vida, independientemente de su recuento de células CD4. Sus autores concluyeron que “si las mujeres embarazadas seropositivas empezasen a recibir terapia antirretrovírica con mayor antelación, madres e hijos saldrían beneficiados, a la vez que se reduciría la incidencia del VIH en la población”.

Ahora las madres pueden comprobar poco después de dar a luz si sus esfuerzos por impedir que sus hijos nazcan con el virus han dado sus frutos, siempre y cuando tengan acceso a pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, en sus siglas en inglés). Una nueva prueba con muestras de sangre seca promete permitir un diagnóstico precoz del VIH en recién nacidos. R. Lazarus y su equipo comprobaron que las madres preferirían conocer los resultados lo antes posible, aunque sufren mucho estrés durante el proceso.

Establecieron que “el periodo final del mismo requiere una preparación mental y es estresante desde el punto de vista emocional. La mayoría aceptaron los resultados, aunque algunas dudaban de su fiabilidad. Las madres de niños seronegativos estaban aliviadas, pero las de niños seropositivos, por lo general, estaban angustiadas y se sentían responsables y culpables”

Este estudio, realizado en el municipio de Soweto, en Johannesburgo (Sudáfrica), corrobora la noción de que las madres seropositivas prefieren conocer el estado serológico de sus hijos antes de los 12 meses, como mínimo, que deben esperar hasta que los anticuerpos maternos desaparecen. Esta investigación también reveló que la mayoría de las mujeres no había planeado tener un hijo y que no quería tener más. Por otra parte, se observó que los profesionales de la atención sanitaria se centraban más en el uso del preservativo como medida para reducir el riesgo de transmisión del VIH que como método anticonceptivo. Asimismo, se pudo comprobar que algunos rechazaban la esterilización como una opción de control de la fecundidad más permanente.

Apoyar a los bebés que nacen con el VIH

No todos los niños tienen suerte. En 2008 se produjeron cerca de 430.000 nuevas infecciones infantiles. En todo

el mundo, entre 2007 y 2008, el número de menores de 15 años que recibió terapia antirretrovírica pasó de 198.000 a 275.000. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medios, un alarmante 62% de los niños que necesitan tratamiento no lo recibe. Todos los bebés infectados por el VIH deberían empezar la terapia en cuanto les diagnostican, pues la tasa de mortalidad durante el primer año de vida es muy alta.

Cuando los niños comienzan la terapia, hay que seguir su evolución para evaluar si les está ayudando. M. Yotebieng y sus compañeros realizaron un seguimiento a 1.394 niños seropositivos en Sudáfrica, y desarrollaron curvas de referencia sobre el aumento de peso relacionado con el VIH. Estos parámetros se pueden utilizar en lugares donde no es posible realizar pruebas de laboratorio para comprobar el porcentaje de células CD4 que ayude a identificar a los niños que responden bien al tratamiento y a los que corren el riesgo de que no funcione y morir.

De hecho, hay buenas noticias sobre el pronóstico de los niños que han empezado a recibir terapia antirretrovírica en lugares con pocos recursos. A.L. Ciaranello y su equipo, que realizaron una revisión sistemática y un metanálisis sobre la eficacia de la terapia antirretrovírica infantil, comprobaron que, tras 12 meses de tratamiento, los datos sobre los beneficios inmunológicos y virológicos que experimentaron los niños seropositivos de lugares con recursos limitados eran comparables a los observados en niños de lugares desarrollados.

Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio es posible

Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH costará algo más de USD 610 millones al año en los países de ingresos bajos y medios, pero a esta inversión le espera una gran recompensa. Si los programas se amplían según lo esperado, el mundo podría evitar cerca de 2,1 millones de infecciones infantiles entre 2009 y 2015.

Quedan cinco años para 2015. Los progresos que se realicen para impedir que se produzcan nuevas infecciones de madre a hijo determinarán si los objetivos para reducir la mortalidad materna e infantil, y para invertir la tendencia de la epidemia de sida se hacen realidad. ●

La prevención de la transmisión maternoinfantil contribuye directamente a conseguir cuatro Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en los que ya se observa que el VIH está frenando su progreso:

ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer. Para contribuir a este objetivo, la respuesta al VIH ofrece un canal para abordar temas relacionados con la igualdad entre sexos, entre los que se encuentran acabar con la violencia de género, apoyar los derechos reproductivos de la mujer, ampliar el acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, y conseguir que los hombres se comprometan con este objetivo.

ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños. Para contribuir a este objetivo, el número de bebés infectados por el virus debe disminuir; hay que proporcionar tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH tanto a niños seropositivos como seronegativos cuyas madres viven con el virus; así como mejorar la salud materna y garantizar prácticas de alimentación más seguras.

ODM 5: Mejorar la salud materna. Para ello, la respuesta al VIH debe garantizar que las madres seropositivas tengan acceso al tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, y que las mujeres en edad de tener hijos reciban prevención primaria y puedan acudir a los servicios de planificación familiar.

ODM 6: Combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades. Para impedir que el VIH se propague, hay que proporcionar prevención primaria a las mujeres en edad de tener hijos, evitar la transmisión vertical y facilitar tratamiento a madres y bebés que viven con el VIH.

Fuente: Marco de resultados del ONUSIDA: prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.



Cifras del VIH y el terremoto en Haití

- 230 000 muertes
- 300 000 heridos
- 127 000 personas que viven con el VIH
- 2% de prevalencia del VIH entre hombres
- 2,3% de prevalencia del VIH entre mujeres
- 2,2% de prevalencia general del VIH
- 11 320 nuevas infecciones por año
- 8700 niños que viven con el VIH
- 24 400 personas que reciben terapia antirretrovírica
- 109 000 niños huérfanos por el sida
- 5600 que necesitarán servicios de prevención de la transmisión materno-infantil en 2010
- 43 200 que necesitarán terapia antirretrovírica en 2010

Foto de las Naciones Unidas/Sophia Paris

HAITÍ SIGUE SUFRIENDO

El 12 de enero de 2010, un terremoto acabó en Haití con la vida de más de 200.000 personas y dejó sin hogar a cerca de 2 millones.

Tras el devastador terremoto de Haití, el parque Jean-Marie Vincent se convirtió en un refugio para familias. En la actualidad, casi 50 000 personas viven ahí, y el que una vez fue un parque apacible se ha transformado en un asentamiento temporal, uno de los más de 1300 que han aparecido en el país.

Miles de frágiles viviendas —cada una de dos por dos metros y, en general, no más de cuatro pilares de madera cubiertos con plástico— albergan a familias enteras. Los vehículos blindados de las Naciones Unidas patrullan el campamento, mientras que docenas de agentes de seguridad voluntarios ayudan a mantener un cierto orden. Las familias luchan diariamente para satisfacer las necesidades básicas de comida, agua, refugio e higiene.

Esta ciudad, enorme y hacinada, dentro de una ciudad puede ser peligrosa. Y para las mujeres el peligro es doble, con el constante temor de la violencia sexual.

“Conocí a ‘Gentile’ en una tienda de campaña vacía que uno de los grupos de ayuda humanitaria había dejado en el campamento, lo que nos dio algo de privacidad”, escribió en *Daily Beast* la Sra. Liesl Gerntholtz, de Human Rights Watch. “Nos sentamos en el calor sofocante, y serenamente me describió cómo, unas noches antes, cinco hombres la habían llevado por la fuerza a una casa cercana. Allí la violaron, la obligaron a practicarles sexo oral y la golpearon con brutalidad. Cuando por fin logró escaparse, los hombres la persiguieron y la golpearon en la calle, donde finalmente un hombre la rescató y la llevó a su casa. Más tarde esa mañana, volvió a las calles, ya que literalmente no tenía otro lugar donde ir”.

Éstas son las realidades diarias. El desempleo, la ausencia de privacidad, la pérdida de la familia, la falta de independencia económica, la pérdida de las pertenencias, el enojo y la frustración son todos factores que contribuyen a la intensificación de la violencia. Al mismo tiempo que los funcionarios y trabajadores comunitarios intentan reducir los factores de riesgo en el asentamiento, también se preocupan por la vulnerabilidad al VIH, en especial de las mujeres. Haití tiene el mayor número de personas que viven con el VIH del Caribe. Antes del terremoto, había más de 120 000 personas que vivían con el VIH en Haití, de las cuales el 53% eran mujeres.

En dos tiendas de Zanmi Lasante (en criollo haitiano significa “Socios en la Salud”), el Dr. Kobel Dubique y un equipo de diez médicos y una docena de enfermeros atienden

a más de 500 personas cada día en condiciones de calor agobiante. Las temperaturas habitualmente llegan a los 35 °C.

Alrededor de la clínica improvisada, dos tiendas más pequeñas ofrecen apoyo psicosocial, pero, según comenta el médico formado en Cuba, quien también oficia de director del campamento, pocas personas acuden, por el temor al estigma y la discriminación.

“Lo que más me sorprende es la cantidad de resultados positivos de las pruebas de VIH, alrededor de 15 por día, en particular entre jóvenes de 17 a 18 años y la tasa de embarazos entre niñas. También la cantidad de casos de sífilis e infecciones vaginales”, comenta el Dr. Dubique.

Con casi 2 millones de personas desplazadas, la logística de las campañas de prevención del VIH, la distribución de preservativos o el asesoramiento y las pruebas voluntarias han demostrado ser un desafío y lo seguirán siendo.

En estas condiciones, las mujeres y los niños son más vulnerables. La falta de ingresos se considera un problema importante. Según Nadine Louis, directora de la Fundación Toya, “las mujeres y los huérfanos necesitan sobrevivir y no dudan en tener relaciones sexuales inseguras si así pueden alimentarse”. La Sr. Malia Jean, coordinadora de la Asociación de Mujeres Haitianas Infeccionadas y Afectadas por el VIH/SIDA, coincide, “la mayoría de las mujeres que viven con el VIH no tienen un ingreso o una profesión y, por lo tanto, les resulta difícil cuidarse o cuidar a sus hijos”.

Con estas cuestiones en primer plano, las personas que trabajan en la respuesta al VIH tienen como prioridad la prevención y, a la vez, reconocen que el camino a seguir constituye todo un reto. “Hablar sobre sexo es un tabú en Haití”, afirma el Dr. Dubique. “Y las personas no están educadas en salud sexual y reproductiva. Por eso, el asesoramiento y la educación sexual para padres y jóvenes son imprescindibles, pero prácticamente no existen”.

De la misma manera en que las familias han perdido toda privacidad en las tiendas de campaña, los servicios de salud no siempre pueden ofrecer privacidad a los pacientes. “Uno de nuestros desafíos es cómo manejar la confidencialidad del asesoramiento y las pruebas voluntarios en los campamentos, cuando los servicios se prestan en tiendas y todos se conocen entre sí”, agregó el Dr. Dubique.

Cuenta que muchas personas se niegan a someterse a las pruebas. “Saben que los derivaremos al sistema de salud, lo que generará estigma y discriminación. Y muchos se niegan

a reunirse con consejeros para hablar acerca de los resultados por temor a que se los estigmatice.

El terremoto también destruyó los sistemas de apoyo para personas que viven con el VIH. La red de personas que viven con el VIH perdió a 40 personas cuando sus oficinas se derrumbaron.

La coordinación y las capacidades de vigilancia y evaluación del gobierno resultaron afectadas por la pérdida de datos. La memoria institucional almacenada en los ordenadores desapareció, quedó destruida cuando las oficinas del Programa Nacional de Lucha contra el Sida se derrumbaron. “Dado que nuestras oficinas fueron destruidas, nuestra mayor dificultad es reunirnos sin correr riesgos”, comenta la Sra. Jean. Aun así, hay optimismo y algo de esperanza.

Cuando se le preguntó sobre qué la impresionó más después del sismo, la Dra. Joelle Daes, directora del Plan Nacional de Lucha contra el Sida, dijo que fue la solidaridad, “La solidaridad de las personas y las organizaciones: ir a GHESKIO, por ejemplo, y ver cómo cuidaban a 6000 personas cuando el centro estaba parcialmente destruido. Ver cómo se brindaba tratamiento en las tiendas de campaña. Todo eso me dio esperanzas”.

Inmediatamente después del terremoto, se multiplicaron las farmacias y las clínicas improvisadas en las cercanías de las áreas más devastadas y afectadas por el VIH para intentar atender a las personas necesitadas. Alrededor del 80% de las personas que ya recibían tratamiento fueron localizadas rápidamente y pudieron reanudarlos.

A medida que se acerca la temporada de lluvias, la vida en los campamentos improvisados y los asentamientos temporales se volverá más difícil para las familias. Si bien se han hecho muchas mejoras, las condiciones de vida y las perspectivas a largo plazo aún son inciertas. En estas condiciones de pobreza, la comida, el agua, el refugio y los empleos constituyen la prioridad. ¿Por qué alguien gastaría dinero para comprar un preservativo cuando no tienen nada para comer?”, pregunta la Sra. Louis.

Pensando en el futuro, el Dr. Antoine Augustin, presidente de la Fundación March, tiene un comentario para la comunidad internacional. “Estamos agradecidos por la desbordante generosidad. Pero las organizaciones deben pensar bien sobre qué cantidad se destina a la ayuda de emergencia y qué cantidad al desarrollo a largo plazo. Los más de 1,5 millones de personas en los campamentos se enteran de los millones que se donan, pero no lo perciben en su vida diaria” ●

EL PROYECTO INTERNACIONAL DE FOTOGRAFÍA, **CON UNA MIRADA POSITIVA**, DA VOZ A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH. EN MARZO DE 2010, 17 PERSONAS SEROPOSITIVAS DE LA PROVINCIA DE GAUTENG, SUDÁFRICA, SE REUNIERON EN JOHANNESBURGO. DESPUÉS DE FORMARSE CON DIFERENTES PROFESIONALES, COMO EL FOTÓGRAFO Y ACTIVISTA DE LA RESPUESTA AL SIDA GIDEON MENDEL, LOS 17 ARTISTAS EMERGENTES SE EMBARCARON EN SUS PROPIOS VIAJES FOTOGRÁFICOS, EN LOS QUE CAPTURARON IMÁGENES DE SU VIDA COTIDIANA. LOS RESULTADOS MOSTRARON LA CREATIVIDAD VISUAL DEL GRUPO, DOCUMENTADA CON HISTORIAS DE SUS PROPIAS VIDAS. LA INICIATIVA, QUE RECIBIÓ EL APOYO FINANCIERO DEL PLAN DE EMERGENCIA DEL PRESIDENTE DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL ALIVIO DEL SIDA, VIAJARÁ POR SEIS PAÍSES DE TODO EL MUNDO DURANTE LOS PRÓXIMOS AÑOS. EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL SIDA DE VIENA SE PUEDE VER UNA EXPOSICIÓN DE ESTAS FOTOGRAFÍAS.



ESTAS SON MIS FOTOGRAFÍAS. ÉSTA ES MI HISTORIA. CON UNA MIRADA POSITIVA



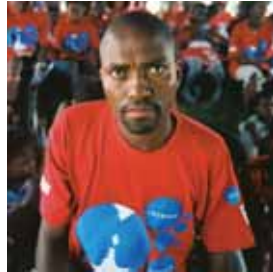
MLUNGISI



ANNAH



KAU



LUDICK



ZANDILE



PLEASURE



PHINDILE



BETTY



CHRIS



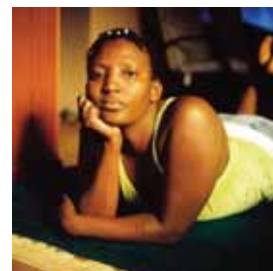
LINDIWE



BONGI



GLADYS



GUGU



MGLADZO



BHEKESISA



NONTYATYAMBO



NOMSA



ESTAS SON MIS FOTOGRAFÍAS. ÉSTA ES MI HISTORIA. CON UNA MIRADA POSITIVA



BONGI

“Sólo somos dos hombres enamorados uno del otro”.



Gideon Mendel

Me dí cuenta que era homosexual en 1998, cuando estaba en décimo grado de la escuela. Era realmente difícil aceptar eso de mí. Intenté suicidarme. Entonces mi mamá y mi padrastro me llevaron con un pastor de la iglesia. Tenía que ir a sesiones de orientación con él, y él me ayudó a entender y aceptarme como soy. Luego, en 2003, me enteré que era VIH-positivo.

Fue verdaderamente difícil para mí aceptar mi estado. Me dije que quizás Dios me había castigado por ser homosexual. Pero entonces, después de asistir a sesiones de asesoramiento en la clínica, acepté mi situación. Incluso tenemos un grupo de apoyo en

la iglesia para personas que viven con el VIH.

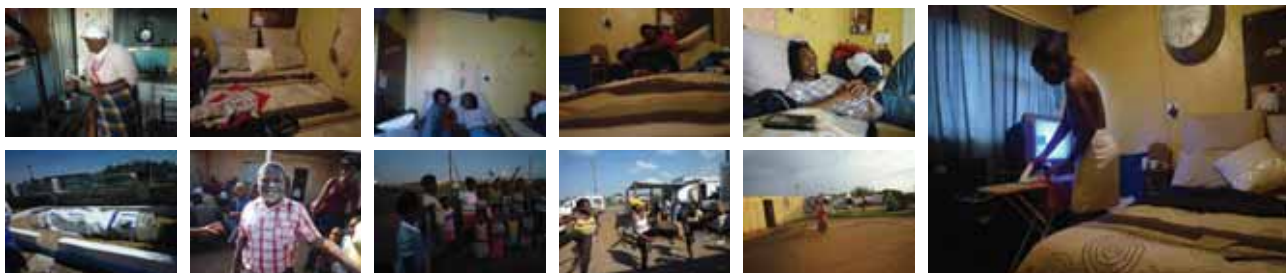
Revelé mi estado VIH-positivo a mis padres en 2004. Y nuevamente, mi madre y mi padrastro me apoyaron muchísimo. Mi madre es una persona tan hermosa, es una profeta. Puede decirte tu futuro. La quiero mucho. Si no estuviera aquí, pienso que habría muerto después de conocer mi estado. Ella es la razón por la que estoy vivo ahora.

Si bien mi familia me apoya, es verdaderamente difícil obtener el apoyo de la comunidad. La gente te insulta, con palabras repugnantes: “Mira este gay que tiene sida. Quieres transmitirlo. Te vamos a cambiar y a enderezarte. Pero no debes infectar a nuestras novias”.

Mi lema en la vida es: Lo que otras personas dicen o piensan de mí no es de mi incumbencia. Al fin y al cabo, es mi vida y tengo que aprovecharla al máximo.

Conocí a mi pareja el año pasado, y estamos juntos desde entonces. Nuestra cama es muy importante para nosotros. Es donde compartimos recuerdos, donde nos damos consejos, donde luchamos y donde rezamos. Es donde está nuestro hogar.

Él es VIH-negativo, y me brinda su apoyo. Me ama, y yo a él. Llevamos una vida normal como las parejas heterosexuales, incluso nos tomamos de las manos cuando vamos por la calle. Sólo somos dos hombres enamorados uno del otro.





ESTAS SON MIS FOTOGRAFÍAS. ÉSTA ES MI HISTORIA. CON UNA MIRADA POSITIVA



ZANDILE

“Trato de no prestarle mucha atención, pero a veces el temor me invade de todas maneras”.



Gideon Mendel

MI historia comienza cuando conocí al padre de mi bebé. Éramos viejos amigos, salimos por un tiempo y, cuando menos pensé, me quedé embarazada. No fue planeado. Y entonces me dejó por su ex novia. Cuando me enteré de que estaba embarazada, el médico me aconsejó que me hiciera las pruebas que se hacen todas las embarazadas. Y todos los resultados fueron negativos, excepto el VIH. Me dijeron entonces que era VIH-positiva. Tenía 23 años.

Mi hijo es VIH-negativo. Se llama Loyiso, que significa victoria. Él conquistó el VIH. Lo amo, porque si no hubiera sido por mi embarazo, no me habría hecho

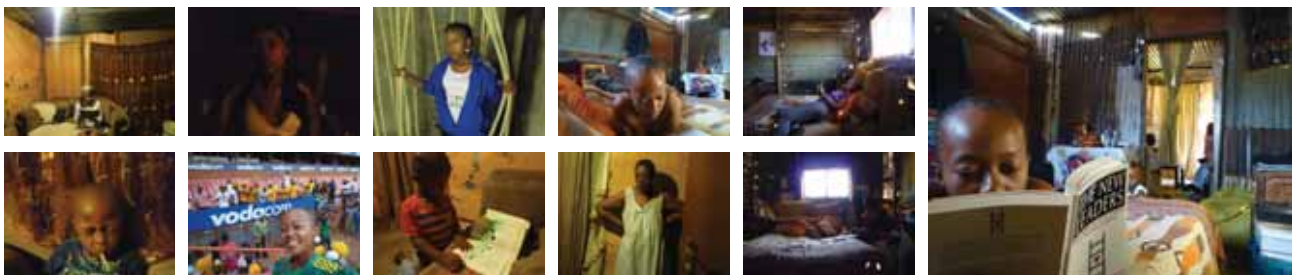
la prueba. Estoy en tratamiento desde hace casi cuatro años ya. Y estoy sana. Aunque soy VIH-positiva, estoy más sana que la mayoría de las personas que son VIH-negativas. Nunca me enfermo.

Tuve una infancia muy difícil. Mis padres nunca lo supieron, pero de niña fui abusada por uno de los empleados de mi padre. Por eso, siempre tuve ese miedo de que algo malo me fuera a suceder. Por eso el lugar oscuro en mis fotos representa una niña en mi interior que está muy asustada, que vivió una mala experiencia, en una etapa temprana de la vida.

Después de descubrir que era VIH-positiva, siempre esperé

una oportunidad para contar mi historia. Incluso me veía a mí misma haciendo esta entrevista, sacando fotos o haciendo videos. El poder del pensamiento positivo es hacer uso de tu fe, creer en lo que quieres recibir como si ya lo tuvieras.

Por ejemplo, al enterarme de mi estado, dije: “¿Sabes qué? Soy VIH-positiva, pero no me voy a enfermar nunca. No cambiaré. De hecho, voy a ser más hermosa aún. Creceré. Me cuidaré. Me aseguraré de no repetir todos los daños que he hecho o los que me han hecho”. Cerré ese capítulo de mi vida, y seguí adelante.



TODOS GANAMOS

EL FÚTBOL Y LA RESPUESTA AL SIDA



Los capitanes y los miembros de las selecciones nacionales clasificadas para participar en la Copa Mundial de la FIFA 2010 celebrada en Sudáfrica, así como jugadores, equipos y aficionados de todo el mundo, se han unido para ayudar a prevenir que las madres mueran y que sus hijos se infecten por el VIH, sobre todo en África.

— Michael Ballack, embajador de buena voluntad del ONUSIDA y antiguo capitán de la selección alemana.

El fútbol es el deporte más popular del mundo: más de 200 millones de personas lo practican y miles de millones acuden a los estadios a ver los partidos o los siguen por televisión. La Copa Mundial de la FIFA 2010, celebrada en Sudáfrica del 11 de junio al 11 de julio, representó, por tanto, el acontecimiento perfecto para difundir información relacionada con el sida a un público de gran magnitud a escala mundial.

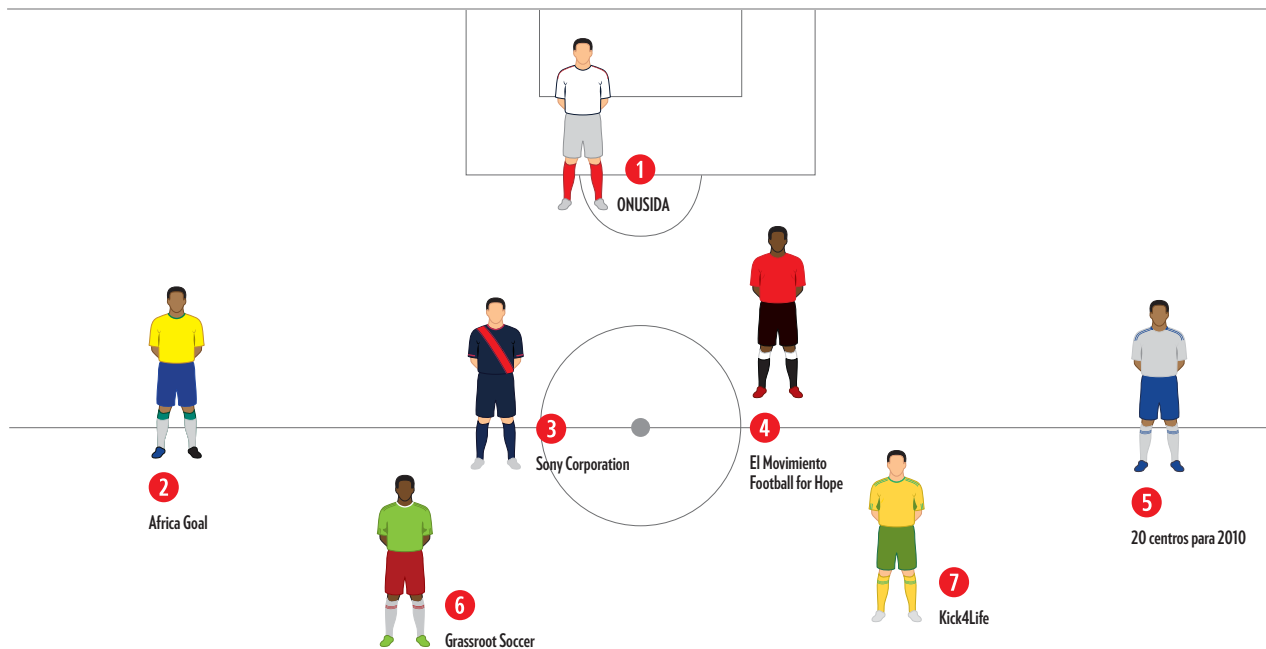
De acuerdo con una encuesta realizada por la FIFA publicada en 2001, más de 240 millones de personas de más de 200 países juegan al fútbol de forma habitual, millones de aficionados acuden a los estadios con frecuencia para seguir a sus equipos favoritos y miles de millones ven los partidos por televisión.

En muchos lugares del mundo, el fútbol levanta grandes pasiones y forma una parte importante de la vida de aficionados, comunidades locales e incluso naciones. Este deporte ha contribuido a parar conflictos armados, como la guerra civil de Côte d'Ivoire en 2005, pero también a incrementar tensiones. Así, en un partido entre el Dinamo Zagreb y el Red Star Belgrado se produjeron graves disturbios en marzo de 1990, en la antesala de las guerras que dieron lugar a la ruptura de la denominada República Federal Socialista de Yugoslavia, o como sucedió con los acontecimientos que desembocaron en la Guerra del fútbol entre Honduras y El Salvador en 1969.

Con tal capacidad para influir sobre el comportamiento humano, un evento global como la Copa Mundial brindó una oportunidad de valor incalculable para divulgar información sobre el VIH a personas de todo el mundo. Varias organizaciones asumieron el reto de elaborar proyectos para sensibilizar sobre el VIH antes y durante la mayor competición de fútbol del planeta.

En África, este deporte se sigue con gran fervor y entusiasmo desde hace mucho tiempo. Hay fotografías de los jugadores más destacados por todas partes: en la calle, en los bares, en las tiendas. Los niños juegan al fútbol en cualquier sitio, a veces con pelotas que hacen con lo que primero que encuentran, y personas de todas las edades se reúnen en torno a un televisor para ver los partidos más importantes. Cabe destacar, que esta ha sido la primera vez que la Copa Mundial se ha celebrado en África, la región más afectada por la epidemia de sida, lo que ha brindado una grandísima oportunidad para difundir el mensaje del VIH entre millones de aficionados dentro y fuera de África.

En la cima del juego favorito del planeta se encuentran las selecciones nacionales, algunos de cuyos miembros son estrellas conocidas en todo el mundo y representan modelos de conducta para hombres y mujeres de todas las edades. Estos jugadores encarnan las esperanzas y los sueños de millones de personas, y sus acciones y palabras resuenan con fuerza entre los aficionados.



Muchas organizaciones y proyectos han aprovechado la oportunidad sin precedentes que ha constituido la Copa Mundial para transmitir mensajes clave sobre prevención del VIH al público de Sudáfrica, del continente africano y, en definitiva, de todo el mundo.

1 ONUSIDA El ONUSIDA se encargó de movilizar a los jugadores, entre los que se encontraban los capitanes de los 32 equipos clasificados para participar en la Copa Mundial, para que apoyasen la nueva iniciativa *De Soweto a Río de Janeiro, sácale tarjeta roja al sida para evitar que los bebés contraigan la infección por el VIH*. El embajador de buena voluntad del ONUSIDA, Michael Ballack, antiguo capitán de la selección alemana, y Emmanuel Adebayor, estrella internacional de Togo, pidieron la colaboración de todos los capitanes en esta campaña para evitar que las madres mueran y que los bebés contraigan la infección por el VIH. Este proyecto, iniciado en la Copa Mundial de 2010 celebrada en Sudáfrica, se extiende hasta la próxima edición de este campeonato, que tendrá lugar en Brasil en 2014. Este proyecto es una respuesta al llamamiento del director ejecutivo del ONUSIDA para acabar con la transmisión maternoinfantil del VIH para 2015.

2 Africa Goal Esta iniciativa, que recibió el apoyo del ONUSIDA, aprovechó la Copa Mundial para acercar información sobre el VIH a la población de zonas remotas del este y el sureste de África. Un equipo de nueve personas viajó de Kenia a Johannesburgo durante el torneo para hacer llegar, cada noche, partidos en directo de la Copa Mundial a una gran variedad de espectadores. Estas retransmisiones iban acompañadas de vídeos informativos sobre el VIH facilitados por el ONUSIDA, SAfAIDS y, a veces, por organizaciones no gubernamentales locales. El proyecto Africa Goal se centró, sobre todo, en la prevención del VIH. Así, entre otros, se trataron temas como la importancia de conocer el estado serológico con respecto al VIH, los riesgos de tener múltiples parejas sexuales simultáneas, y la reducción del estigma y la discriminación.

3 Sony Corporation El Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), copatrocinador del ONUSIDA, se asoció con Sony Corporation y la Agencia de Cooperación Internacional Japonesa (JICA, en sus siglas en inglés) para proporcionar información sanitaria, con especial atención sobre el VIH, a las comunidades más vulnerables de Camerún y Ghana. Sony colocó pantallas gigantes para retransmitir en directo cerca de 20 partidos de la Copa Mundial de la FIFA. Durante los mismos, el PNUD, la JICA y asociados locales también ofrecieron a los espectadores asesoramiento y pruebas de detección del virus, así como material informativo. Estas actividades formaban parte de la campaña de sensibilización sobre el VIH “Muestra para el público de África”. Las selecciones nacionales de ambos países participaron en la Copa Mundial.

4 El Movimiento Football for Hope En 2007, la FIFA y streetfootballworld crearon el Movimiento Football for Hope, cuya misión es incrementar el impacto del fútbol como una herramienta de desarrollo social, construcción de la paz y cambio social, así como maximizar el potencial del fútbol como un componente fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El movimiento trabaja a través de una red mundial de organizaciones que llevan a cabo proyectos locales cuyo pilar central es el fútbol. Estas asociaciones se agrupan en cinco áreas de acción prioritarias: la promoción de la salud, la consolidación de la paz, los derechos de los niños y la educación, la no discriminación y la integración social, y la protección del medio ambiente.

5 20 Centros para 2010 20 centros para 2010 es la campaña oficial de la Copa Mundial de la FIFA 2010. Tiene como objetivo la creación de 20 Centros Football for Hope en los que se fomentarán la salud pública, la educación y el fútbol por toda África, con el fin de conseguir un cambio social positivo a través de este deporte. La misión de los centros consiste en promover el desarrollo social dentro de las comunidades, así como reforzar a las organizaciones locales a través del suministro de infraestructura esencial. Además, estos centros constituirán una base desde la que ampliar la sensibilización sobre el VIH, la alfabetización, la igualdad entre hombres y mujeres, así como para integrar a los jóvenes con problemas de aprendizaje y promover el desarrollo social integral.

6 Grassroot Soccer Grassroot Soccer (GRS) prepara a futbolistas profesionales africanos, entrenadores, profesores y educadores inter pares de diferentes países para que difundan entre los jóvenes un programa educativo interactivo centrado en la prevención del VIH y el desarrollo de habilidades sociales. El temario incluye contenido que les ayuda a tomar decisiones saludables, evitar situaciones de riesgo, desarrollar redes de apoyo, reducir el estigma y la discriminación, ampliar sus conocimientos sobre pruebas y tratamiento, así como a abordar temas relacionados con el género y a evaluar valores.

7 Kick4Life La organización Kick4Life se fundó en 2005 y desde entonces centra sus esfuerzos en Lesotho, donde ofrece diferentes programas para hacer frente al VIH. Sus actividades consisten en facilitar formación sanitaria a través del deporte, realizar pruebas de detección del virus voluntarias, desarrollar habilidades sociales y suministrar apoyo para la educación y el empleo. Lesotho registra el tercer índice de prevalencia del VIH más alto del mundo. En este país, cientos de miles de niños se han quedado huérfanos a consecuencia del sida.

@SIDA

Cómo los medios sociales definen la forma en que nos comunicamos y qué implica para el movimiento mundial del sida.

Horas después del terremoto del 12 de enero de 2010 en Haití, muchos de los principales medios de noticias del mundo transmitían en vivo contenidos de Twitter. En 140 caracteres o menos (la longitud de un mensaje de Twitter), los televidentes recibían actualizaciones instantáneas sobre el devastador número de víctimas del sismo a medida que los medios de comunicación informaban sobre los relatos que los sobrevivientes compartían en Twitter y otros sitios web.

Esta elección de usar los medios sociales para las noticias demuestra un cambio en el reconocimiento de estas plataformas: de ser una “tendencia pasajera”, como muchos comentaristas los han descrito, a convertirse en un proveedor serio de información; tanto es así que CNN tenía personal dedicado a seguir Twitter para mantenerse al tanto de las últimas novedades provenientes de Haití.

Además de recibir noticias, el mundo respondió a través de los medios sociales de una manera sin precedentes. “#Haiti” se usó como etiqueta en Twitter; junto con la tecnología de recaudación de fondos por SMS, ayudó a la Cruz Roja Americana a recaudar 32 millones de dólares estadounidenses para Haití al mes del terremoto. Para la Cruz Roja Americana y muchas otras organizaciones de ayuda, se estableció un nuevo estándar en recaudación de fondos, y quedó demostrado el valor de los medios sociales no sólo para generar sensibilización sino también para conseguir apoyo.

¿Qué puede aprender la respuesta mundial al sida del ejemplo de Haití y del papel de los medios sociales en la comunicación? Posiblemente mucho, y según algunos expertos en medios sociales, hoy en día las organizaciones tienen que adoptar estos medios.

El Sr. Erik Qualman, autor del libro *Socialnomics: how social media transforms the way we live and do business*, lo expresa de esta manera: “No tenemos opción respecto de si utilizamos o no los medios sociales, la cuestión es cómo lo hacemos”.

Panorama de los medios sociales

Definir medios sociales no es una tarea sencilla. Hay diferentes explicaciones, según a quién le preguntemos. La entrada correspondiente a medios sociales en Wikipedia sostiene que el término “... se utiliza para describir el tipo de medios que utilizan la conversación e interacción entre personas en línea; en este caso, ‘medios’ significa sonidos, imágenes y palabras digitales que generalmente se comparten por Internet, y el valor puede ser cultural, social o incluso económico”.

El término “medios sociales” puede referirse a una variedad de tecnologías web, desde *blogs* y *wikis* a sitios de redes sociales (p. ej., Facebook) y sitios para compartir contenido multimedia (p. ej., YouTube). Si bien puede ser complejo recoger una definición cohesiva, es

difícil cuestionar el argumento de que el mundo se ha vuelto social.

Este punto fue respaldado por el Jefe de Estrategia y Planificación de la oficina de Facebook de Europa, Oriente Medio y África en la conferencia sobre medios sociales, celebrada en Londres en marzo de 2010. En su presentación, *Social Changes Everything* (Lo social cambia todo), el Sr. Trevor Johnson dio a conocer algunas estadísticas que confirman el vasto alcance de los medios sociales. Facebook solo tiene 400 millones de usuarios activos, quienes suben cinco mil millones de unidades de contenido cada semana y dos millones de fotos por segundo y pasan seis mil millones de minutos en línea todos los días. En 2009, Facebook sumó 200 millones de nuevos usuarios; y si el sitio fuera un país y sus miembros, ciudadanos, Facebook ocuparía el tercer lugar entre los países más grande del mundo, después de China y la India. Agreguemos otros sitios, como LinkedIn, Bebo, Orkut, Renren y una multitud de plataformas regionales, y resulta obvio que los medios sociales han captado el interés de cientos de millones de personas a nivel mundial.

Dadas la clara popularidad de los medios sociales y la larga historia de la comunidad del sida en cuanto a participación en campañas centradas en las personas y el activismo de base, muchas organizaciones ahora buscan formas de llevar a Internet sus actividades de promoción.

Algunas organizaciones ya marcan la pauta. Un ejemplo es la asociación público-privada entre (RED) y el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial). La campaña (RED) trabaja en colaboración con empresas asociadas para producir productos (RED). Cuando se vende un producto, un porcentaje se destina al Fondo Mundial; éste, a su vez, distribuye los fondos para subvencionar programas para el VIH. Aprovechando una red de personas famosas que cumplen el papel de portavoces, (RED) ha logrado llegar a unas 550 000 personas en Facebook y a un millón de seguidores en Twitter. De esta manera, los financiadores de (RED) pudieron hacer un seguimiento de la campaña y



Cuando ves algo de lo cual crees que no puedes hacer oídos sordos, sientes que tienes que hacer algo.



compartir sus experiencias individuales al comprar un producto de (RED).

Otro ejemplo de la capacidad de los medios sociales para fomentar una mayor sensibilidad acerca del VIH quedó demostrado el Día Mundial del Sida 2009, cuando Google, Twitter y Facebook “se tiñeron de rojo”. Twitter y Facebook alentaron a sus usuarios a mostrar solidaridad con el movimiento del sida mediante una serie de modificaciones con diseños de color rojo en sus páginas; y Google publicó un lazo rojo en su página de inicio y enlaces para incentivar a sus visitantes a “aprender, actuar y apoyar” a las organizaciones que trabajan en cuestiones relacionadas con el VIH.

Una iniciativa local se vuelve mundial

Antes de que se impusieran estos tipos de iniciativas de mayor alcance y más estructuradas para la sensibilización sobre el sida, un grupo de individuos decidió aprovechar sus propias redes personales para mostrar apoyo y solidaridad hacia los millones de personas que viven con el VIH.

El 5 de noviembre de 2008, se creó un grupo de Facebook llamado World AIDS Day 2008: Wear A Red Ribbon on Facebook! con la simple premisa de difundir la sensibilización acerca del VIH. El grupo alentaba a los usuarios de Facebook a poner un lazo rojo como foto de perfil para el Día Mundial del Sida. En menos de cuatro semanas, casi un cuarto de millón de personas se habían unido al grupo.

“Fue maravilloso ver el mar de lazos rojos multiplicándose en todo Facebook, con personas cambiando sus fotos de perfil y comentándoles a sus

amigos acerca de la página”, afirmó el Sr. Gilles Denizot, coadministrador de lo que ahora es la página Red Ribbon Army (<http://www.facebook.com/TheRedRibbonArmy>).

El objetivo del grupo ha cambiado desde entonces, y ahora el propósito es compartir información sobre la respuesta mundial al sida con sus más de 500 000 miembros. Consideran que su página de Facebook y su presencia en otros sitios sociales constituyen una forma de dar a conocer información importante a sus seguidores, como abusos a los derechos humanos de personas que viven con el VIH y están afectadas por él.

El Sr. Denizot, activista relacionado con el sida desde 1992, ha pasado de la acción en las calles (repartiendo folletos y organizando peticiones) al ámbito de los medios sociales. “En aquel tiempo, los medios sociales no existían, por lo que obviamente ha cambiado la manera en que las personas crean sensibilización y en la que se informan sobre la realidad”, comentó. “Pero cuando ves algo de lo cual crees que no puedes hacer oídos sordos, sientes que tienes que hacer algo”.

¿Activismo o positivismo?

No obstante, Gilles Denizot admite que los medios sociales tienen sus puntos débiles. Lo comprobó cuando publicó una solicitud en Red Ribbon Army para que los miembros firmaran una petición contra el proyecto de ley antihomosexualidad en Uganda. Pese a tener 500 000 miembros, sólo 7000 de ellos ofrecieron su apoyo a la campaña.

Según el Sr. Gilles, la petición muestra la necesidad de entender mejor

cómo funcionan los medios sociales y qué motiva a las personas a participar.

Dice que aún tiene que resolver la ecuación. “¿Qué lleva a un usuario de Facebook a pasar de formar parte pasiva de un grupo a firmar activamente una petición?”, pregunta Gilles.

A modo de argumento, ¿se puede afirmar que el ciberactivismo sólo es activismo pasivo (“slacktivism”)? El término en inglés combina las palabras “slacker” (vago, perezoso) y “activism” y postula que las personas que defienden una causa mediante medidas simples no están verdaderamente comprometidas ni dedicadas a lograr un cambio.

El Sr. Rupert Daniels, director de contenido de la campaña educativa 1 Goal, no está de acuerdo. “La interacción en los medios sociales genera algo. Si le pides a alguien que contribuya y lo hace (ya sea firmando una petición o reenviando *tweets*), no podemos decepcionar a esas personas.

ONUSIDA + medios sociales

01 [@UNAIDS](https://twitter.com/UNAIDS)

02 slideshare.com/UNAIDS

03 facebook.com/UNAIDS

04 youtube.com/UNAIDS

05 flickr.com/UNAIDS

06 AIDSspace.org

Tenemos que mostrar resultados. Crean en eso, y nosotros también. Todas las contribuciones son importantes”, afirmó el Sr. Daniels.

1 Goal tiene como finalidad lograr que los líderes mundiales cumplan su promesa de brindar educación a 72 millones de niños para el año 2015 (uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio). Desde el lanzamiento de la campaña, más de 7 millones de personas han firmado una promesa en su sitio web y 50 000 personas se han unido a la página de la campaña en Facebook.

El Sr. Daniels destaca que el éxito se ve diferente, según el canal de medios sociales que se utilice y, lo que es más importante, cómo se lo use. Aunque 1 Goal tiene alrededor de 6000 seguidores en Twitter, el equipo de medios sociales de la campaña se ha centrado en establecer relaciones con personas influyentes clave en Twitter.

“Nuestra filosofía no es necesariamente conseguir que todos se unan a nuestro sitio de Twitter, ni siquiera en el de Facebook. Nos gusta el hecho de que personas como Shakira o la Reina Rania [de Jordania] hablen acerca de su participación en la campaña en sus propias páginas de Twitter”, sostuvo el Sr. Daniels. “Cuando sumas todas estas cosas, equivale a un enorme conocimiento de nuestra campaña en las redes sociales”.

Cuando se le pregunta cómo la campaña 1 Goal lo hizo, el Sr. Daniels comparte tres consejos para cualquier organización, ya sea grande o pequeña, que quiera emprender una iniciativa en medios sociales.

En primer lugar, aprovechen sus propias redes: si están en Facebook y tienen amigos, usen la conexión con sus amigos para hacer participar a los amigos de sus amigos. Muy pronto, mediante esta red de primer y segundo grado, tendrán miles de personas detrás de ustedes. En segundo lugar, la colaboración es fundamental: busquen organizaciones con un mandato u objetivo similar y asíciense para compartir recursos y mensajes de campaña. En tercer lugar, mantengan informada a su red: una vez que tengan una red establecida, compartan los resultados y mantengan

actualizados a sus seguidores respecto de los logros de la campaña. Es especialmente importante resaltar cómo la contribución de ellos ha ayudado a la campaña a alcanzar sus metas.

Para las organizaciones pequeñas, el Sr. Daniels concluye que los medios sociales constituyen la forma más rentable de llegar a un público amplio.

¿Qué depara el futuro para los medios sociales?

¿Cuál es el próximo gran acontecimiento para los medios sociales? En 2008, fue Facebook; el año pasado, Twitter. Si bien muchos expertos de la industria prefieren no especular, el futuro de los medios sociales parece prometedor.

“Los medios sociales están en su infancia, y veremos muchos desarrollos, especialmente en la integración de funciones sociales en una variedad de productos y plataformas”, expresó el Sr. Matthias Graf, Director de Producto e Ingeniería, de la oficina de Google para Europa, Oriente Medio y África. La fusión de tecnología móvil y medios sociales también constituye un desarrollo apasionante que, según el Sr. Graf, generará nuevas oportunidades de comunicación.

Para el movimiento mundial del sida, el principal desafío es usar las herramientas de los medios sociales de una forma eficaz y crear oportunidades de movilizar a las personas interesadas y ya comprometidas en la respuesta al sida.

Tal como lo pone de manifiesto el ejemplo de Red Ribbon Army, un enfoque orgánico y de bajo costo para el uso de los medios sociales puede producir resultados contundentes. Y al otro extremo del espectro, una campaña de alto perfil, como 1 Goal, demuestra las posibilidades de crear sensibilización masiva respecto a una cuestión individual.

La comunidad del sida se encuentra en las primeras etapas de llevar su activismo —y el dinamismo que lo rodea— al mundo cibernético. Y aunque parece no haber una fórmula establecida para liberar el potencial de los medios sociales como una fuerza para el cambio, lo que está claro es que las posibilidades para ello son inmensas. ●



AIDSspace.org

Conecta la respuesta mundial al sida

AIDSspace.org es una comunidad en línea para las 33,4 millones de personas que viven con el VIH y los millones que forman parte de la respuesta al sida. AIDSspace.org se creó para ampliar las redes tanto informales como establecidas y ayudar a maximizar los recursos para dar una respuesta más sólida a la epidemia.

El sitio se fundamenta en tres principios clave: conectarse, compartir y acceder. A través de AIDSspace, los miembros pueden conocer y conectarse con otros miembros para: aprender del trabajo de otros; intercambiar ideas y descubrir nuevas redes; publicar y compartir políticas clave, prácticas óptimas, materiales multimedia, informes y otros recursos esenciales; y acceder y publicar puestos de trabajo, asesorías y solicitudes de propuestas y convertirse en proveedores de servicios.

Cuando vayas a Viena | Guía para intrépidos



Viena, la ciudad que acoge la Conferencia internacional sobre el sida de 2010, ha abierto sus brazos para recibir con más calor que nunca a la comunidad mundial del sida, que se ha dado cita en este evento durante una semana. La ciudad de Viena ha preparado varias actividades que tienen como tema central el VIH, y se ha encargado de que los participantes tengan la oportunidad de sacarle el mayor partido posible a su visita.

No importa que llegues unos días antes, que te quedes después de la clausura o que quieras ver la ciudad un poco entre reuniones satélite, el equipo de OUTLOOK ha preparado una muestra de las principales atracciones de la ciudad y de los lugares donde puedes probar Viena (literal y figuradamente), desde tomar un café vienés hasta pasear por el Palacio Imperial.

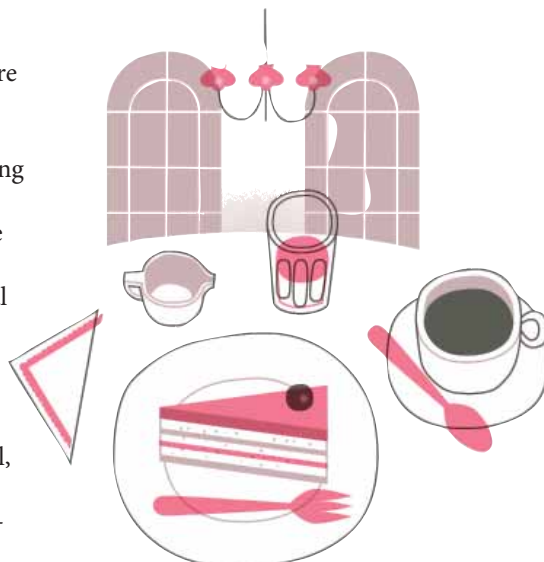
1 Dar una vuelta en el Ring Tram.

El casco histórico de la ciudad (Innere Stadt) está rodeado por el Ring, una avenida principal con un circuito paralelo de transporte público. Al Ring Tram de Viena, un tranvía amarillo de estilo clásico con 40 asientos, se le conoce como el Bim por la campana que utiliza para advertir de su paso al resto de vehículos y a los peatones. Esta es la mejor opción (aparte de caminar) para ver los puntos más importantes de la ciudad, como la Ópera del Estado, el Palacio Imperial, el Parlamento o el Ayuntamiento. El tranvía cuenta con un sistema audio-

visual que proporciona información turística durante el trayecto. Como hay muchas paradas, puedes subir y bajar cuando quieras para explorar el casco histórico a pie.

2 Ver pasar a la gente mientras te tomas un Wiener Kaffee.

Las cafeterías son toda una institución en Viena, así que si solo tienes tiempo para hacer una cosa fuera de las



actividades de la conferencia, es ésta: disfrutar de un café vienés fantástico y del “quién es quién” de la ciudad. En el casco histórico hay infinidad de sitios para tomar un buen café, pero una de las mejores cafeterías donde puedes experimentar la cultura del Wiener Kaffee al completo es Demel (Kohlmarkt, 14). En esta pastelería, cuyo origen se remonta a finales del siglo XIX, se pueden degustar algunos de los mejores pasteles y bombones artesanales de Viena. A través de un gran ventanal, podrás contemplar a los maestros pasteleros mientras preparan las especialidades del día. Abre todos los días de 10:00 a 19:00. (demel.at/en)

3 Degustar una tarta Sacher o un Wiener Schnitzel.

Los vieneses afirman que su tarta Sacher es la mejor del mundo, y a juzgar por las colas que se suelen formar en Sacher Confiserie (Kärntner Strasse, 38), puede que estén en lo cierto. La tarta Sacher es un pastel de chocolate sencillo, aunque delicioso, con una fina capa de mermelada de frutas, que se sirve con un chorrito caliente de Wiener Melange (café con leche o nata montada). Las tiendas Sacher del aeropuerto internacional de Viena son un lugar perfecto para comprar un recuerdo de última hora que llevarse a casa. Abren todos los días de 9:00 a 23:00. Un viaje a Viena no estaría completo si no disfrutas del famoso, aunque infame, Wiener Schnitzel, un escalope de ternera rebozado que se suele servir con patatas fritas. Para una toma de contacto más relajada con el Schnitzel, puedes acercarte al restaurante jardín Glacis Beisl (Museumsplatz, 1), en MuseumsQuartier, el barrio de moda de Viena. Abre todos los días de 11:00 a 02:00. (glacisbeisl.at/)

4 Disfrutar de la música.

En Viena se puede disfrutar de música clásica y ópera de primera clase. En el programa de la Wiener Konzerthaus (Lothringerstrasse, 20) puedes comprobar si la célebre Orquesta Mozart de Viena, un grupo de músicos dedicados por completo al repertorio del compositor, ofrece algún concierto (konzerthaus.at). También podrás

escuchar sonidos modernos por toda la ciudad, desde jazz hasta techno o progressive, muchas veces al aire libre.

5 Visitar la residencia de verano de la antigua monarquía austriaca.

El Palacio de Schönbrunn (Schönbrunner Schloßstrasse, 47) fue el hogar de la casa de los Habsburgo, la familia imperial austriaca. Se le considera uno de los palacios barrocos más exquisitos de Europa, y fue declarado patrimonio mundial por la UNESCO. Una visita guiada muestra las estancias meticulosamente restauradas, como la Habitación de los Espejos, donde Mozart ofreció su primer concierto a los seis años ante la emperatriz María Teresa. Los terrenos del palacio son igualmente impresionantes, con un laberinto, fuentes elaboradas y un jardín botánico. Puedes comprobar los horarios de apertura en su página web (schoenbrunn.at/en/).

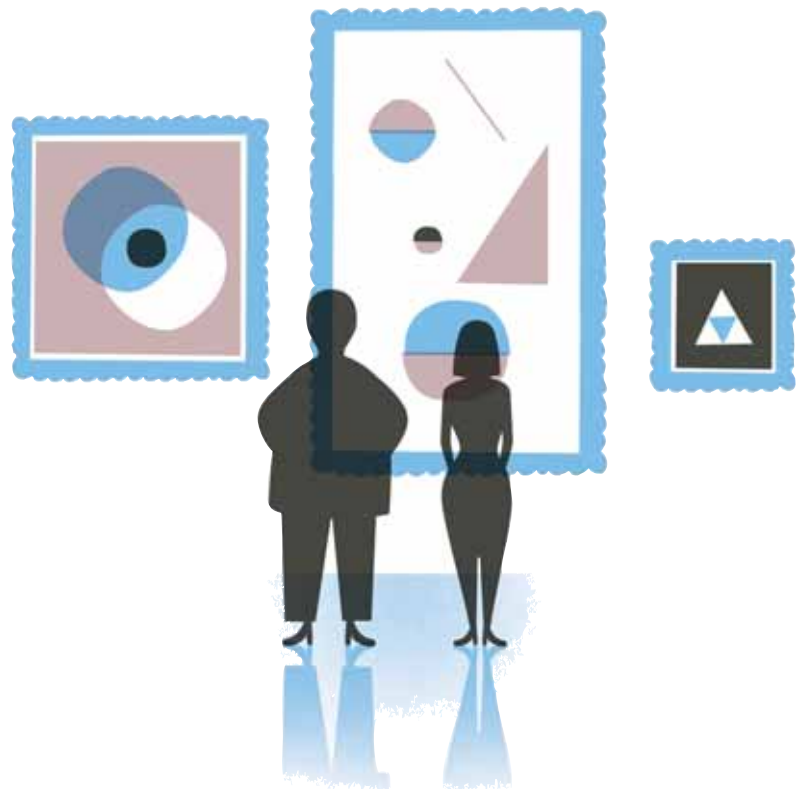
6 Inspirarse.

Con más de 100 museos, muchos visitantes pueden encontrarse en apuros para decidir las colecciones y exposiciones que van a ver primero. El Albertina (Albertinaplatz, 1) acoge una de las colecciones gráficas más extensas

Datos fundamentales sobre Viena

- 1,7 millones de habitantes (2009).
- Es la décima ciudad por población de la Unión Europea.
- El casco histórico fue declarado patrimonio mundial por la UNESCO.
- Consta de 23 distritos (Bezirke) cada uno con su carácter propio.
- Sede de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena; el UNODC, copatrocinador del ONUSIDA; el Organismo Internacional de la Energía Atómica (OIEA) y de muchas otras organizaciones internacionales.

del mundo, y su colección permanente cuenta con obras de Klimt, Monet, Picasso y Baselitz. Si sigues el trabajo del pintor austriaco Egon Schiele, deberías ir directamente al museo Leopold, en la MuseumsQuartier, que acoge su colección más extensa, incluso su auto retrato, además de muchas obras de Gustav Klimt, como Muerte y Vida. Desde las plantas superiores del museo podrás disfrutar de una vista panorámica del casco histórico de la ciudad. En la MuseumsQuartier también se encuentran el museo de arte moderno (MUMOK) y el Kunsthalle. Después de inspirarte dentro, puedes quedarte por este animado barrio y escuchar a los músicos espontáneos que tocan al atardecer. (mqw.at/)



Vocabulario esencial para surcar Viena

Hola

Guten Tag/Grüss Gott [Gú-ten Tag / Grus Got]

¿Cómo estás?

Wie gehts? [Ví guets]

Disculpe

Entschuldigen Sie bitte/Entschuldigung [Ent-súl-di-guen sí bi-te/Ent-súl-di-gung]

Me he perdido. ¿Dónde está...?

Ich habe mich verirrt. Wo finde ich...? [Íj já-be mij fe-ri-rt... Vó fin-de íj?]

Genial

Leiwand (coloquial) [Lai-vand]

Sí

Ja [Yaa]

No

Nein [Nain]

Por favor

Bitte [Bí-te]

Gracias

Dankeschön/Vielen Dank [Dán-ke-shen/ Fí-len Daank]

¿Dónde estoy?

Cómo llegar al centro de la ciudad desde la conferencia

La Conferencia internacional sobre el sida se encuentra en el centro Reed Messe (Messeplatz, 1), en una zona verde cercana al Danubio, a unos cuatro kilómetros del centro de la ciudad. Viena goza de un excelente servicio de transporte público. Al enclave de la conferencia se puede acceder por metro (U-Bahn), tranvía y autobús. La línea de metro U2 (la violeta) te lleva directamente al centro de la ciudad desde dos estaciones, Messe Prater y Krieau, a ambos lados del centro de conferencias.

7 Subir las escaleras de Stephansdom.

La iglesia más grande de Viena, Stephansdom (la Catedral de San Esteban) es el lugar de interés más visitado de la ciudad. Construida a mediados del siglo XII, la iglesia sobrevivió al gran incendio de 1258 y a la destrucción provocada por la Segunda Guerra Mundial. En su mayoría de estilo gótico, la torre sur de la catedral, así como su colorido tejado, dominan el horizonte del casco histórico de Viena. Si subes los 343 escalones que llevan hasta la garita del guardián de la torre, tendrás la oportunidad de disfrutar de unas vistas que quitan la respiración.

8 Refrescarse a orillas del Danubio.

Si quieres refrescarte y relajarte tras un largo día en la conferencia, tienes que acercarte hasta Alte Donau (U-Bahn línea U1, parada Alte Donau). En esta zona tranquila del Danubio podrás nadar, alquilar una barca, aprender a navegar, tomar algo en uno de los pequeños restaurantes o simplemente relajarte a orillas del río (alte-donau.info).

9 Pasear por el Naschmarkt.

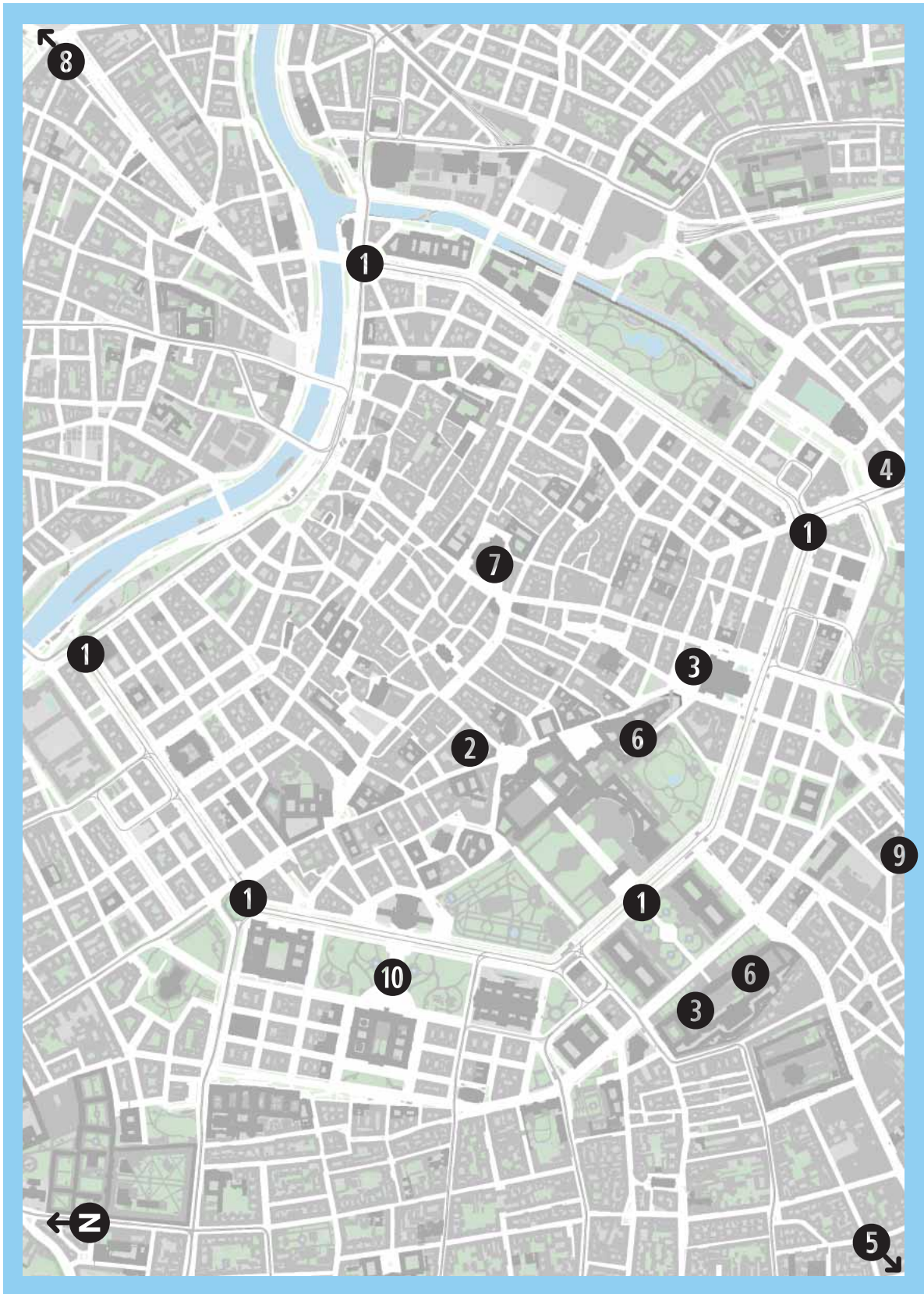
Viena cuenta con numerosos mercados, 26 para ser exactos. El Naschmarkt, (entre Karlsplatz y Kettenbrückengasse) es el mercado al aire libre más grande de la ciudad y se le considera uno de los mejores. En sus puestos podrás encontrar comida de dentro y fuera de las fronteras de Austria. Los sábados, cazadores de gangas, coleccionistas y curiosos de toda Viena, se dan cita en el rastro contiguo. Los aficionados del movimiento artístico y arquitectónico de Jugendstil (o del Art Nouveau) apreciarán la gran cantidad de edificios de este estilo que rodean el mercado (wiernaschmarkt.eu/).

10 Ver una película al aire libre en la Rathausplatz.

Los ayuntamientos no suelen ser un lugar popular donde pasar el rato, pero Viena ha hecho de su Rathaus algo más que un espacio para hacer negocios. En verano, la plaza que se encuentra frente al ayuntamiento se convierte en un animado cine al aire libre. Durante la conferencia, por las noches se proyectarán películas sobre temas relacionados con el VIH. Si el tiempo lo permite, es una actividad que no te puedes perder. Acércate al stand de información de la conferencia y pide un programa.



Centro de la ciudad de Viena



LA ÚLTIMA PALABRA

Embajadora de buena voluntad
del ONUSIDA
Annie Lennox



OUTLOOK cede la última palabra a la embajadora de buena voluntad del ONUSIDA, Annie Lennox.

¿Qué le inspiró para promover y defender la causa de una forma tan apasionada?

Hace varios años tuve la oportunidad de conocer personas y lugares que habían sido devastados por la pandemia de sida. Entonces comprendí que las mujeres y los niños se encuentran en la primera línea del problema. La cantidad de muertes es enorme, y sin embargo, este tema suele estar fuera del radar de los medios de comunicación occidentales. Como mujer y madre me siento obligada a alzar mi voz y a hacer todo lo que pueda para sensibilizar, para lo que intento utilizar mi posición en la sociedad.

Como la embajadora de buena voluntad del ONUSIDA más reciente, ¿cuáles son sus objetivos?

El VIH es un tema complejo, con muchas facetas distintas que hay que atender. Mientras no haya una vacuna o una cura, las soluciones no serán sencillas. De momento he centrado mi atención sobre todo en Sudáfrica, un país que registra el índice de prevalencia del VIH más alto del mundo, y donde casi una de cada tres mujeres embarazadas es seropositiva.

Espero que con el plan nacional estratégico, cuyo objetivo es reducir a la mitad la tasa de infección y duplicar el suministro del tratamiento, seamos testigos de algún tipo de mejora, pero con la crisis económica y los límites en los presupuestos de los donantes, me preocupa mucho que estos objetivos no se consigan y, más aún, cómo será el futuro en toda África subsahariana. Mi principal objetivo está con las mujeres y los niños,

en concreto con el acceso a un tratamiento que puede salvar vidas y que debería ser un derecho humano fundamental, pero por desgracia está fuera de alcance para millones de personas.

Seguiré el consejo del ONUSIDA e intentaré utilizar mis recursos y mi medio para seguir difundiendo ese mensaje y hacer todo lo que esté en mi mano para marcar la diferencia.

¿Qué podemos hacer para avanzar en la respuesta al sida?

¡Buena pregunta! Me la hago todos los días. Creo que la única respuesta es mantener el compromiso y no perder la esperanza.

Nos gustaría finalizar con algunas preguntas más distendidas...

¿Dónde vivió cuando era niña?

Hasta los ocho años viví con mis padres en un piso humilde de dos habitaciones en Aberdeen, en el noreste de Escocia. Luego nos mudamos a una de las primeras torres de pisos de protección oficial que se construyeron en la ciudad, que por aquel entonces me parecía muy moderna y lujosa porque teníamos un baño como es debido, con bañera dentro de casa, agua caliente, teléfono, ¡y yo tenía mi propia habitación!

¿Qué hace para relajarse?

¡Me voy a la cama! Para mí es el mejor lugar cuando necesito reponer fuerzas y relajarme.

¿Cuál es su comida favorita?

Me gusta todo, sobre todo la comida japonesa y la italiana.

¿Quién es su héroe?

Nelson Mandela.

¿Cuál es su canción favorita?

Es una pregunta imposible de contestar porque amo la música en todas sus formas. Tengo un gusto muy variado. Tal vez la mejor forma de responder sea diciendo que me encanta la música soul. ¡Quién lo hubiera dicho!

¿Cuál es su libro preferido?

Cualquiera que tenga fotos y una buena portada.

¿Cuál es su película favorita?

"This is Spinal Tap".

¿Cuál es su recuerdo más feliz?

Traer al mundo a mis dos hijas sin ningún percance.

¿Qué la motiva?

Como madre y mujer siento empatía y me identifico con mi género, especialmente con las mujeres de los países en desarrollo que apenas tienen acceso a la emancipación, la capacitación, los derechos humanos, la educación, el tratamiento médico, los derechos reproductivos, etc. Me siento muy afortunada por haber recibido este tipo de privilegios, y al darme cuenta de que dos tercios de las personas más pobres del mundo (las mujeres) no tienen acceso a nada de esto, quiero ayudar y utilizar mi medio y los recursos a mi alcance para intentar marcar la diferencia.

¿Qué cualidad humana es la que más admira?

La bondad.

¿Qué es lo que más valora de sus amigos?

Lo que sea que nos haya unido en un principio. La afinidad es casi imposible de definir, y sobre todo, de cuantificar.

Si se le pudiera conceder un deseo en la vida, ¿qué pediría?

Curar al planeta de toda la destrucción y la locura. Bueno, ¡tú has preguntado!

¿Qué desearía ser cuando sea mayor?

Una persona renovadora.

¿Cuál es su lugar preferido?

Mi habitación.

¿Cuál es su lema?

No tengo ninguno... ¡Nunca estuve en las exploradoras!

Llegar a cero.

Cero bebés infectados por el VIH para 2015.

Uniendo al mundo
contra el sida



“Podemos impedir que las madres mueran y que sus hijos se infecten por el VIH. Es por ello que hago un llamamiento para conseguir eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para 2015”.

Michel Sidibé
Director ejecutivo del ONUSIDA
21 de mayo de 2009

20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL