

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**LA PROBLEMÁTICA DEL DERECHO A LA
SALUD DE LOS ENFERMOS DE VIH/SIDA Y
LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN RELACIONES INTERNACIONALES**

P R E S E N T A:

CLAUDIA GABRIELA QUIROZ MERCADO

APOYADA POR LA DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN EDUCATIVA UNAM
PROGRAMA DE BECAS DE TESIS DE LICENCIATURA EN PROYECTOS
DE INVESTIGACIÓN (PROBETEL)

DIRECTOR DE TESIS: DR. EDMUNDO HERNÁNDEZ-VELA SALGADO

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, DF. AGOSTO DE 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Un homenaje a la dedicación, al esfuerzo, al apoyo incondicional y al amor que me ha otorgado siempre la Dra. Reyna Mercado Marín, mi madre.

A mis compañeras y cómplices insustituibles de toda la vida, mis hermanas Reyna y Aline, con amor.

Con profundo agradecimiento y cariño, por todas sus atenciones y ayuda, al Dr. Carlos E. Varela Rueda.

Con respeto y gratitud por su invaluable consejo y guía al Dr. Edmundo Hernández-Vela Salgado.

Introducción	4
1. La sociedad internacional de hoy.	8
1.1 Una visión general.	8
1.2 Las relaciones políticas y sociales internacionales.	15
1.3 La ética en las relaciones internacionales.	18
1.4 Conceptualización de la bioética.	21
2. Implicaciones del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida en las relaciones sociales y políticas en la actualidad.	26
2.1 Características de la pandemia.	26
2.2 Impacto de la enfermedad en el acontecer social y económico.	38
2.2.1 El carácter mundial.	38
2.2.2 Países desarrollados.	44
2.2.3 Países en desarrollo.	47
2.3 América Latina.	53
3. Acción de la sociedad internacional contra el SIDA.	65
3.1 Los derechos humanos y los valores morales	65
3.1.1 Derecho a la salud	71
3.1.1.1 Derecho a la salud de los enfermos de VIH/SIDA	74
3.1.1.2 Implicaciones éticas en la atención médica.	78
3.1.2 Legislación sobre el derecho a la salud de los afectados por el VIH/SIDA	84
3.2 La cooperación internacional a través de la Organización de las Naciones Unidas	87

3.2.1 La Organización Mundial de la Salud	89
3.2.2 El programa de las Naciones Unidas contra el SIDA.	91
3.3 América Latina contra el SIDA.	97
3.3.1 Organización de Estados Americanos	97
3.3.2 Organización Panamericana de la Salud	100
4. Conclusiones y perspectivas.	107
Bibliografía.	113

La problemática del derecho a la salud de los enfermos de VIH/SIDA y la cooperación internacional.

Claudia Gabriela Quiroz Mercado

En la presente investigación se analizará la respuesta de la comunidad internacional para controlar la propagación del VIH/SIDA y para mitigar sus efectos. Mediante el análisis del comportamiento de la comunidad internacional y de los organismos especializados se dará un bosquejo de la situación y las posiciones de los diferentes tipos de países, según su nivel de desarrollo.

El objetivo de esta investigación es demostrar que pese a los esfuerzos que ha hecho la comunidad internacional por atenuar las consecuencias de la pandemia, el problema se desborda y escapa a las posibilidades de las acciones o los programas que se llevan al cabo, haciéndose más evidente en los países en desarrollo, ya que éstos no cuentan con los medios económicos, ni con los recursos tecnológicos ni científicos para lograrlo; todo esto causado por la estructura económica del sistema internacional.

Los obstáculos que pueda tener la cooperación internacional para lograr su objetivo tienen su origen tanto en las características propias de la enfermedad como en las dificultades que impone el sistema económico internacional, esta última razón es quizá la de mayor peso.

La efectividad de los esfuerzos internacionales para hacer valer el derecho a la salud de los enfermos VIH/SIDA se ven menoscabados debido a que la estructura económica que condiciona a los sistemas de salud no está diseñada para hacerle frente, porque no hay una distribución equitativa de la riqueza ni de los recursos tecnológicos; además, la manera en que se distribuye el presupuesto no está encaminada a mejorar realmente la atención ni la seguridad social. Si estos problemas no son resueltos por los gobiernos o por lo menos se dan las condiciones para su solución, la acción de los organismos internacionales siempre será insuficiente. Las organizaciones internacionales están al servicio de los países para ayudarlos a conseguir sus objetivos pero la respuesta debe surgir de los países mismos. Por lo tanto, se puede decir que el derecho a la salud y la salud misma de los enfermos de VIH/SIDA están supeditados a la situación económica de los países y de ésta última al orden económico internacional.

Introducción.

Pese al gran avance tecnológico que ha alcanzado la humanidad en la segunda mitad de este siglo, no se ha logrado solventar algunos de los problemas que más aquejan al ser humano, sobre todo en lo que se refiere a la salud.

Existen varias enfermedades contra las cuales no se ha podido ganar la batalla, siguen cobrando víctimas y el avance de la ciencia es increíblemente lento en comparación al de los padecimientos. Una de estas enfermedades es el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA); esta enfermedad incurable se ha convertido en el azote de la humanidad como antaño fuera la peste o la influenza española, sólo que sus agravantes tienen más consecuencias a mediano y a largo plazos y, dada esta característica, su problemática se extiende hasta tener un carácter internacional debido a la magnitud de sus repercusiones.

Las distintas maneras que ha tenido la comunidad internacional de responder ante la enfermedad son muy variadas yendo desde los planes y campañas propias de los gobiernos hasta las acciones de las asociaciones civiles de carácter tanto nacional como mundial. En la presente investigación se analizará la lucha para controlar el VIH/SIDA, que ha sido quizás uno de los éxitos más grandes de la comunidad internacional y a la vez una gran frustración. La comunidad internacional ha logrado tomar conciencia de la gravedad del problema y propiciar la unión de esfuerzos entre

los países para detener el avance de la enfermedad; sin embargo, es frustrante que esos acercamientos no se den con la celeridad y eficacia necesarias.

De la misma manera se dará cuenta del por qué es necesario que los gobiernos den respuesta pronta y más aun, durable, a las necesidades provocadas por la pandemia. También se argumentará la relación entre el cumplimiento de los derechos humanos, en particular el del derecho a la salud y el efectivo combate a la enfermedad.

Mediante el análisis del comportamiento de la comunidad internacional y de los organismos especializados se dará un bosquejo de la situación y las posiciones de los diferentes tipos de naciones, categorizándolas según su desarrollo, lo cual arrojará como resultado una descripción de un aspecto de la realidad internacional y dado el carácter sin fronteras del SIDA, de la realidad mundial.

El objetivo de esta investigación es demostrar que pese a los esfuerzos que ha hecho la comunidad internacional por atenuar las consecuencias de la pandemia, el problema se desborda y escapa a las posibilidades de las acciones o los programas que se llevan al cabo, haciéndose más evidente en los países en desarrollo ya que éstos no cuentan con los medios económicos ni con los recursos tecnológicos ni científicos para lograrlo; todo esto causado por la estructura económica del sistema internacional. La cooperación internacional circunscrita a la participación de las organizaciones internacionales gubernamentales como mecanismo de solución a los problemas mundiales implica una titánica labor al pretender controlar la pandemia. Los obstáculos que pueda tener la cooperación internacional para lograr su objetivo tienen su origen tanto en las características propias de la enfermedad como en las

dificultades que impone el sistema económico internacional, ésta última razón es quizá la de mayor peso. El cumplimiento de los objetivos planteados por las organizaciones como la OMS, OPS y ONU-SIDA¹ se encuentra subordinado a la dinámica económica mundial, es responsabilidad de esos organismos elaborar programas y proyectos, pero la responsabilidad de crear condiciones para que dichas estrategias puedan ser llevadas a la realidad recae en la voluntad de cada país.

Es en este punto donde se inserta el verdadero significado de la cooperación internacional: la voluntad de las naciones y sus gobiernos para hacer posible la consecución de las medidas tomadas para la solución de un problema, en este caso, el control de la expansión del SIDA y de la disminución de su impacto en la sociedad. La eliminación de las condiciones adversas y los obstáculos para las estrategias de solución no está en manos de las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales, está en manos de cada país.

Cabe señalar que no es objetivo de esta investigación descalificar los logros y esfuerzos de la cooperación internacional, sino más bien señalar los problemas que ésta tiene para poder ejecutar sus propósitos y proponer algunas alternativas de solución. De la misma manera se intentará demostrar que a pesar de la preocupación por establecer códigos éticos de comportamiento de carácter universal, éstos no pueden hacer mucho para cambiar la situación planteada, pues la voluntad política para actuar según dichos códigos no está presente en algunos casos. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que el problema no es que no existan programas o proyectos tanto a nivel nacional como regional e

¹ A grandes rasgos son el llevar las condiciones de salud e higiene necesarias para un desarrollo óptimo al mayor número de personas.

internacional para combatir la enfermedad, ya que sí existen y obtienen resultados, pero lo que se tratará de demostrar es que pese a que los esfuerzos son buenos, no se dan abasto frente a toda la problemática que implica el SIDA. Por mucha cooperación y buena voluntad que haya, el factor económico es determinante, pues la capacidad de respuesta tanto de los gobiernos como de los mecanismos de cooperación internacional está determinada y condicionada por su capacidad económica.

Por lo tanto, en esta investigación se tratará de demostrar que: la cooperación internacional respecto al derecho a la salud, y en especial el de los enfermos de SIDA, encuentra obstáculos estructurales y económicos para realizar sus propósitos debido a la magnitud del problema ocasionada por sus características de propagación, aunado a que la estructura económica que condiciona a los sistemas de salud no está diseñada para hacerle frente a la epidemia, además de que no existe una distribución equitativa de la riqueza ni de los recursos tecnológicos, y porque la manera en que se distribuye el presupuesto no está encaminada a mejorar realmente la atención ni la seguridad social.

1. La sociedad internacional de hoy.

1.1. Una visión general.

Las principales características de la sociedad internacional actual son la pobreza y desigualdad. La mayor parte de la población carece de las condiciones de vida básicas² y adolece de oportunidades que le permitan contar con ellas. La diferencia entre las clases económicas es cada vez mayor y se observan pocas posibilidades para que las clases con menores ingresos puedan desarrollarse. Estos fenómenos no son exclusivos de los países en desarrollo o de los menos adelantados, los países industrializados también observan dentro de ellos estas condiciones.

La deshumanización de la sociedad es tristemente cada vez más tangible. Los valores humanos pierden cada vez más terreno frente a los valores materiales; el culto a la tecnología amenaza con la enajenación. El hombre es desplazado por el hombre en beneficio de lo material.

La situación económica global se caracteriza por una disparidad en la generación de la riqueza. A pesar de que los países subdesarrollados concentran 80% de la población mundial, tan sólo generan 5 billones de dólares del total del Producto Interno Bruto (PIB) del total de 23 que se producen

² Para que un individuo pueda desarrollarse plenamente necesita contar con la posibilidad de ingerir los alimentos que aporten un mínimo de 30 calorías por kilogramo en el caso de adultos y 60 por Kg en los niños. La buena alimentación y la atención a la salud son dos condiciones fundamentales para que la población de un país pueda desempeñarse de la mejor manera. Aunado a lo anterior se debe tener acceso a los servicios de agua potable, luz eléctrica y drenaje. Por otra parte, para garantizar un desarrollo durable del individuo, éste necesita tener acceso a la educación elemental y a la media superior o técnica. Kitcher, Philip; "Patients in the 21st Century: The Impact of Predictive Medicine", Annals of the New York Academy of Sciences. Great Issues for Medicine in the Twenty-first Century. Vol 882, New York Academy of Sciences, Nueva York, 1999, p. 146.

mundialmente. Los restantes 18 billones son generados por los países industrializados.³

Al interior de los países, sean industrializados o no, se pueden encontrar asimetrías en la distribución de la riqueza. En los países desarrollados el 40% más pobre de los hogares sólo recibe el 18% total del ingreso, 100 millones de personas viven en la pobreza extrema y 5 millones no tienen vivienda; el desempleo aumentó de 1974 a 1995 en un 11%, lo cual quiere decir que existen aproximadamente 35 millones de desempleados a finales del siglo XX. En los países menos desarrollados cerca de 1,100 millones de personas viven en la pobreza extrema y sólo una parte muy pequeña posee la gran parte del ingreso⁴. El desempleo se ha acrecentado en cantidades alarmantes debido a las medidas económicas infructuosas que han impuesto los gobiernos de estos países, las cuales se basan en el supuesto de que el crecimiento económico rápido dará como resultado el desarrollo humano y se elevará el nivel de vida de los habitantes, lo cual no es del todo exacto. Para proporcionar los satisfactores básicos no es suficiente el simple hecho del aumento de los indicadores macroeconómicos, se requiere además de una planeación justa de distribución del ingreso. La injusta repartición de la riqueza está acompañada por la existencia de grandes presiones para firmar acuerdos comerciales desventajosos con los países industrializados o la obligación de pago de los compromisos contraídos con los bancos internacionales.

En el Informe sobre el Trabajo en el Mundo 2000 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se afirma que

³ PNUD; "¿Crecimiento económico para propiciar el desarrollo humano?," Informe sobre Desarrollo Humano 1996. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Edit. Harla. México, 1996, p. 2.

alrededor de mil 500 millones de personas viven con menos de 1 dólar diario y la posibilidad de acceso a los servicios básicos que tienen es muy baja. De acuerdo a este informe, gran parte de la población de los países en desarrollo carece de protección social, 75% % de los 150 millones de desempleados del mundo no tienen seguro de desempleo, y aún, los países de Europa Occidental y América del Norte han reducido la protección social a los trabajadores.⁵

El balance positivo de las variables macroeconómicas no es suficiente para poder asegurar que un país se encuentra en buena situación económica, ya que los que constituyen la base de un país son sus habitantes y, si sus habitantes no tienen un buen nivel de vida o de desarrollo, entonces no se puede hablar de progreso.

La salud y la educación no pueden ser dejadas de lado, los países desarrollados lo son por la importancia que le dan a estos dos aspectos. La educación es la base de su crecimiento y desarrollo. En los países subdesarrollados, el desarrollo óptimo de estos rubros se ve obstaculizado por una serie de dificultades económicas y estructurales, ligadas con otros factores, como la insuficiencia de las instituciones.

Precisamente estas asimetrías señaladas son las que disponen la correlación de fuerzas que definen las relaciones políticas y sociales del mundo. El ensanchamiento de la brecha entre países industrializados y países en desarrollo será el factor motor de los movimientos de la sociedad internacional. Wallerstein señala a la polarización del binomio norte-sur como la responsable de la modificación de la división internacional del trabajo, caracterizada por los salarios en reducción y, más importante aún, por la

⁴ *Ibidem*; pp. 6, 41-42.

instalación de los países del sur como los productores de mano de obra y de los países del norte desarrollado como los poseedores de los medios de producción y del capital.⁶

También se ha observado un creciente deslinde por parte del Estado de sus responsabilidades sociales a favor de la privatización. Este proceso contribuye a aumentar la asimetría entre las clases bajas y las altas de los países. El nivel de vida de las clases baja y media disminuye en la medida en que se ven privadas de los servicios que antes poseían, sobre todo los de salud. A estas situaciones hay que agregar los desequilibrios sociales con núcleos crecientes de marginados sociales y económicos.

A pesar del desarrollo que se ha alcanzado en las últimas cuatro décadas, se vislumbran nuevas presiones a escala mundial que amenazan con desequilibrar severamente el orden precario que se ha establecido vía cooperación internacional, producido en gran medida por los efectos negativos de la globalización que, pese a que ha contribuido a que las economías de algunos países hayan tenido un despunte importante (como la de China), también ha tenido efectos muy negativos en las de otros (como en países de Europa Oriental). No se niegan las oportunidades que ofrece el proceso mundializador pero hay que esclarecer las reservas que se deben tomar en la medida en que los países asuman con mayor seriedad los compromisos ya contraídos, tratar de disminuir la pobreza y, sobre todo con más énfasis en lo referente a la equidad mundial.

Cabe mencionar que los países desarrollados sí tienen conciencia de los problemas que ha traído consigo la

⁵ OIT; "Informe sobre el Trabajo en el Mundo 2000". en: *La Jornada. Economía*. 22 de junio del 2000, p. 29.

globalización, tal es el caso de la pobreza. Esta conciencia hace que se busquen soluciones y respuestas en conjunto, tanto ricos como pobres, pues si bien la pobreza es más dura en unos países que en otros, el impacto no tiene fronteras como bien lo ilustra la migración africana hacia Europa en busca de una mejor vida. En 1995 la Organización de Naciones Unidas lanzó una campaña mundial para disminuir la pobreza para el año 2005. Dicha campaña respondía a la creciente brecha entre los países industrializados y los países no desarrollados que impide el desarrollo. Infelizmente, los resultados de dicha campaña no han sido los esperados, pues entre 1990 y 1998 la pobreza disminuyó menos de un tercio de la tasa requerida para cumplir la meta que se quiere alcanzar para el año 2015.⁷

En la actualidad se espera de las relaciones internacionales más cooperación entre los países y respeto por sus propias decisiones tomadas en consenso, sin embargo, para lograrlo se requiere reconocer la autoridad de los organismos internacionales a los que se recurre y poner en práctica las recomendaciones que aquellos emitan. De la misma manera, las decisiones deben ser producto de un consenso real, es decir, que las fallos no deben ser resultado de la imposición de los intereses de los países desarrollados o de organismos controlados por los mismos como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial, en detrimento de los menos desarrollados. La pobreza, el calentamiento global, la epidemia del SIDA, deben ser resueltas como problemas que afectan a todos los miembros de la comunidad internacional, buscando los beneficios para todos.

⁶ Wallerstein, Immanuel; Después del liberalismo. Traducc. Stella Mastrángelo, Editorial Siglo XXI, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM, México, 1998, pp. 13-74.

El órgano intergubernamental más avanzado y propicio para la tarea es la Organización de las Naciones Unidas. No se pretende que el organismo dicte todas y cada una de las decisiones o políticas de cada uno de los países, pero sí que se respeten las resoluciones que tome sobre algún asunto en particular, es decir que el carácter de aquéllas deje de ser de mera recomendación para convertirse en obligatorio creando y aceptando las medidas coercitivas que conlleve este proceso.

Ahora bien, hay que tomar precauciones en este último punto, pues las organizaciones intergubernamentales están en peligro de perder su posición primordial en las relaciones internacionales porque padecen de los efectos secundarios que provoca la disminución de la importancia del Estado como actor principal en las relaciones internacionales. Las empresas transnacionales son ahora motores muy importantes de las relaciones internacionales, así como también las organizaciones no gubernamentales que siguen una causa mundial. Estas mismas organizaciones pierden capacidad de acción si los Estados que las forman no acuden a ellas para encontrar soluciones a los problemas específicos por los cuales fueron constituidas. Sin embargo, las organizaciones internacionales siguen siendo mecanismos muy importantes de los que echan mano las naciones ante su incapacidad para responder a la magnitud de los problemas mundiales, de ahí que se deleguen tareas y recursos a las agencias internacionales.⁸

⁷ Reuters; "Inalcanzable, la meta de la ONU para abatir la pobreza en 20152 en La Jornada, 6 de febrero del 2001, p. 31.

⁸ Octavio Ianni desarrolla esta idea de la siguiente manera: "Los Estados más desarrollados se apoyan en los servicios internacionales para facilitar la conducción de su diplomacia y de su comercio internacional; y los menos desarrollados esperan de las agencias internacionales la movilización de asistencia sin la cual no podrían sobrevivir." Ianni, Octavio. Teorías de la

La mundialización, que inició en la década de los setentas, ha provocado que la discusión sobre la economía y la política mundial se haya trasladado de los otrora símbolos de cooperación y paz mundial, los organismos internacionales como la ONU, a las conferencias organizadas por las grandes corporaciones nacidas justamente del proceso mundializador. Es preocupante que ahora las decisiones sean tomadas en reuniones anuales como la que se lleva a cabo en Davos, Suiza, llamada Foro Económico Mundial. En esta reunión se dan cita los personajes más importantes del mundo en materia económica, especialmente empresarial, para analizar la situación económica mundial, pero no a favor de la humanidad en su conjunto, sino a favor de sus empresas y de la productividad. La pobreza, la marginación, las crisis financieras, son vistas como obstáculos en esta reunión, pero para el desarrollo de las empresas y para el aumento de los indicadores macroeconómicos, no como impedimentos para el desarrollo de la sociedad. El impacto negativo que las medidas económicas neoliberales pueda tener es tratado si éste afecta al desarrollo de las corporaciones.

La pregunta que salta al caso es la de por qué las conferencias de las corporaciones podrían remplazar a los grandes foros multinacionales de la posguerra. Las siguientes cifras pueden contestar: "los ingresos de las 500 mayores corporaciones globales representan el 40.9 por ciento del PIB mundial; equivalen aproximadamente a la mitad del PIB de los 26 países considerados de alto ingreso y son casi siete veces mayores que el PIB de toda América Latina y el Caribe".⁹

globalización. Traducc. Isabel Vericat Núñez, Editorial Siglo XXI, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, México, 1996, p. 51.

⁹ David Márquez; "Los cien grandes del mundo global" en: La Jornada, Sección Reporte Económico, 9 de febrero de 1998, p. 24.

La sociedad global tiene como reto subsanar y contraatacar las consecuencias del capitalismo corporativo de la globalización. Los estragos sociales como el decaimiento del nivel de vida del grueso de la población mundial, son retos también de los organismos internacionales, nunca han dejado de serlo; sin embargo, al verse los organismos en una situación en la que su poder de acción se encuentra limitado no sólo por falta de recursos sino por la pérdida de facultades, pues ya no son el centro único de la toma de decisiones.

1.2. Las relaciones sociales y políticas internacionales.

La humanidad se desenvuelve en un escenario donde las relaciones políticas y sociales están condicionadas, nos guste o no, por el factor económico. Como si fuera un reflejo de las sociedades nacionales, la sociedad mundial se distingue por la desigualdad, el atraso, la injusticia y la falta de oportunidades, materializados en la pobreza y la exclusión, y las comunicaciones han empequeñecido al mundo, pero los beneficios de la revolución industrial no se han repartido por igual.

Las relaciones entre países obedecen a la condición de ser poseedores de capital y de los medios de producción o de ser los productores de la mano de obra. Todos los demás fenómenos o procesos que se presenten son el resultado de la correlación de fuerzas, del choque de intereses entre los países del norte desarrollado y los países del sur subdesarrollado.

Bajo este marco nos encontramos con que las distintas organizaciones internacionales deben darse a la tarea hercúlea de responder a cuestiones tan circulares como el

aumento de la pobreza, conflictos bélicos, movimientos de descontento social, en resumen, a un aumento de la exigencia de un bienestar económico, político y social por parte de la comunidad civil mundial. Este reclamo requiere de respuesta inmediata y tangible, el pueblo, el conjunto humano, no quiere esperar más y así lo manifiesta al hacer más significativa su participación como factor de presión -vía organizaciones no gubernamentales- para lograr que sus reclamos sean satisfechos.

A pesar de que la necesidad de su acción por parte de los organismos internacionales es apremiante, ésta se ve restringida por los intereses de los gobiernos de los países industrializados. Más que restringida, sigue los dictámenes políticos de quienes controlan dichos organismos. Por ejemplo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha sido un instrumento de Estados Unidos a través de su acción en el Consejo de Seguridad, para legitimar acciones rechazadas por el resto de la comunidad internacional.¹⁰ Por otra parte, la cooperación internacional se manifiesta contradictoria cuando un organismo de desarrollo social como la Organización Mundial de la Salud (OMS) trata de ayudar a cubrir las necesidades del sector salud, mientras que el Fondo Monetario Internacional (FMI) se dedica a abogar por la reducción del gasto social.

La participación del individuo en la sociedad internacional es ahora más evidente, paradójicamente para que fuera reconocido como actor substancial en la correlación de fuerzas que impulsan al mundo tuvo que agruparse, es por eso que se necesita hacer del proceso de globalización un fenómeno más incluyente, con mayor equidad mundial en lo que

respecta a los beneficiarios. El individuo tiene que tener muy presente, hoy más que nunca, la importancia de su cooperación y, que en la agrupación de los individuos se encuentra una fuerza motora para el desarrollo social muy importante.

No podemos dejar de lado que la pérdida del papel primordial y definitorio del Estado como directriz de las relaciones mundiales hace difícil el establecer quién ocupa el primer lugar en este momento; pero todo parece indicar que no hay ningún actor que tenga el crédito, ya que cada uno busca que se le dé el mismo trato en el reparto de soluciones a los problemas.

En este contexto, el SIDA se impone como atenuante y obstáculo para el desarrollo al afectar significativamente todos los ámbitos del acontecer social mundial. La participación en la solución de los problemas que aquejan a la humanidad por parte de los organismos internacionales, es necesaria, puesto que los problemas actuales son mundiales y no sólo en el sentido de ubicación geográfica. Las repercusiones de un fenómeno traspasan fronteras, de ahí la necesidad de que los Estados busquen las mejores vías de solución, que beneficien en primera instancia a la humanidad. Se habla de que deberían ser los *Estados* los que tienen que encontrar las soluciones, pues se busca que estén representados todos los intereses para llegar al consenso. El detener una pandemia como la del SIDA no puede frenarse por intereses de grupos en el poder de algunos gobiernos, el bienestar de la especie humana debe ser el objetivo primordial y el principal argumento para sobrepasar las diferencias.

¹⁰ Ver Hernández-Vela Edmundo. "Las Naciones Unidas y la paz" en Relaciones Internacionales. No. 65, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM, México,

La mundialización permite en lo que respecta al SIDA que haya mejor información y difusión de la misma, al tiempo que faculta la cooperación entre gobiernos, agencias especializadas, organizaciones no gubernamentales. Las acciones en conjunto de todos estos actores logran atenuar las consecuencias de la epidemia, desde el acceso a la atención médica hasta mitigar la discriminación contra los afectados por la enfermedad, pertenecientes o no a los identificados como grupos de riesgo. Las organizaciones no gubernamentales en particular se distinguen por el trabajo realizado en colaboración con los organismos internacionales, pues su cercanía con la población hace que los programas diseñados contra el SIDA sean más eficaces. A pesar de la esperanza que provocan las ventajas de la mundialización, no se puede obviar su lado oscuro. El ensanchamiento de la brecha entre ricos y pobres, condición intrínseca de la globalización, la cual impide que una gran parte de la humanidad que padece del mal, la que vive en los países subdesarrollados, no pueda costear el combate contra la pandemia y no hay indicios de que ese ensanchamiento vaya a ser revertido.

1.3 La ética en las relaciones internacionales

Más allá de los factores económicos, la reacción de la sociedad está íntimamente ligada a cierta escala de valores morales en los que se basan los principios bajo los cuales se conducen las actividades relacionadas con el combate a la enfermedad; esto quiere decir que la posición de las organizaciones internacionales y de las no gubernamentales,

de los gobiernos y de los individuos mismos, obedecerán a esos preceptos. Es aquí donde se inserta la ética en las relaciones internacionales; el punto medular es qué valores y principios son los que se toman en cuenta para abrazar las posturas que conducen a las decisiones, es cuando se pregunta qué es lo correcto, qué es lo malo, cuáles son los pasos a seguir. Se puede decir que el comportamiento internacional en este aspecto está condicionado por la búsqueda de nuevos principios morales o de la adecuación de los valores existentes a la nueva realidad internacional.

No hay que perder de vista que la escala de valores bajo la cual actúa la sociedad se mueve en dos aspectos: el político y el social. En el ámbito político se encuentran los factores que tienen que ver con la postura y las acciones que tomen los gobiernos sobre el problema, que en conjunto, integran parte de la línea de comportamiento de la sociedad internacional siguiendo la premisa de que los Estados son actores importantes de las relaciones internacionales y tiene bastante peso en lo que se decide en los foros y convenciones sobre temas como derechos humanos. En lo social nos encontramos con las demandas que surgen de las necesidades de la población, que en este caso sería la urgencia de hacer valer los derechos de los pacientes de VIH/SIDA, en concreto el acceso equitativo a la atención médica y a una posible cura. En este sentido se hace necesaria la elaboración de criterios que permitan distinguir entre lo que es válido y lo que no, basados en el precepto ético más importante y universal, "cuidar la humanidad del ser humano"¹¹, es decir vigilar su libertad y dignidad. Edmundo Hernández-Vela propone la creación de una Declaración de los grandes

principios base: respeto a la dignidad humana y de los derechos del hombre, que esta se acompañe de una Convención que aporte el carácter constrictivo.¹²

La ética tiene la tarea de responder a las siguientes necesidades, conciliar contradicciones esenciales tales como el que la ciencia no cuenta con mecanismos o censores que prevean los posibles daños que pueda causar el conocimiento o los recientes descubrimientos científicos. Estas nociones deben promover la reflexión; el avance científico tiene que ser pensado de nueva cuenta bajo el cobijo de las prioridades y necesidades del ser humano. El avance tecnológico y la riqueza que produce parecen a veces antagónicos al ser humano; no sólo porque no alcanza para todos, sino porque al surtir a quien sí puede, empobrece más a quien no puede. Los esfuerzos internacionales se han concentrado mucho en la investigación científica, lo que ha dado como resultado conocimientos para prolongar la supervivencia, pero se han hecho pocos en comparación, para que los beneficios de esa investigación lleguen a los millones de individuos, hogares y comunidades más afectados. En el caso concreto de la atención médica, se ha podido observar a lo largo de la historia que su administración no ha sido equitativa, por el contrario, el acceso es cada vez más desigual en un mundo globalizado, donde la brecha entre pobres y ricos crece cada vez más. Mientras que unos cuantos afortunados tienen acceso a lo último en prevención, tratamiento y tecnología, otros ignoran siquiera que se puede prevenir la muerte por enfermedades que el mundo occidental desarrollado ha desterrado tiempo atrás. La medicina ha fortalecido aún más a los que tienen los

¹² Vázquez, Rodolfo (comp.); Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Fondo de Cultura Económica, México, 1999, p. 33.

recursos al mejorar sus condiciones de vida, mientras los que no están en posibilidades de adquirir esos servicios ven pasar con impotencia y desesperanza la posibilidad de una vida mejor.

La problemática de la utilización de la biotecnología¹³ se puede analizar desde dos líneas. La primera es la demarcación de los puntos a favor y en contra de la aplicación de los adelantos; es aquí donde surge el planteamiento de la bioética de subordinar su uso a consideraciones éticas. La segunda es la que surge del análisis de las posibilidades de acceso y producción de este tipo de tecnologías. Los países industrializados difieren en la postura ética de los países en desarrollo debido a sus condiciones económicas que les permiten acceder y aplicar los avances tecnológicos además de tener un estudio más profundo en estos ámbitos.

1.4 Conceptualización de la bioética

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas hace referencia en 1993 acerca del concepto de bioética manejándolo como "la necesidad de una cooperación internacional para que la humanidad entera se beneficie del aporte de las ciencias de la vida, y para prevenir cualquier utilización de éstas con fines diferentes a su bien".¹⁴ La Organización Panamericana de la Salud la define como el

¹² Edmundo Hernández-Vela; Diccionario de Política Internacional, Editorial Porrúa, México, 5ª. ed., 1999, p. 50.

¹³ Biotecnología: técnicas, recursos, aparatos e instrumentos aplicados a las ciencias que se ocupan del estudio de los seres vivos con el fin de obtener el desarrollo óptimo máximo. Alonso, Martín; Diccionario del español moderno. Editorial Aguilar, Madrid, 1982, p. 158.

"estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales".¹⁵

El paradigma de la bioética se plantea y debate en contextos sociales diferentes. En los países occidentales el eje de la discusión es el individuo, en el sentido de que sus intereses deben ser protegidos contra cualquier intervención perjudicial por parte de la sociedad; al mismo tiempo la acción racional del individuo beneficia los intereses de la sociedad. Desde la perspectiva asiática, el individuo es relegado, poniendo como fin principal a la comunidad, toda acción debe ser considerada para hacerle un bien a la comunidad antes de ser llevada a cabo.¹⁶

El origen de la bioética se puede situar en épocas tan lejanas como las del surgimiento de la medicina. La ética médica aunque de raíces antiguas, tales como los códigos babilónicos o egipcios, no cristalizó hasta hace 40 años. "En 1970 comenzaron a fundarse centros destinados a la investigación bioética: el Centro Hasting en el Hudson, el Instituto Kennedy y otros más que mantienen una constante actividad que se ve reflejada en el Hasting Center Report, en el Journal of History of Medicine and Philosophy y hasta en la Enciclopedia Bioética aparecida en 1978."¹⁷ La ética médica según el doctor Nakajima, quien fuera Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe ser un

¹⁴ Gros Espiell, Héctor; "L'homme contre l'essence de l'homme?", Sources UNESCO. Organización des Nations Unies Pour l'Education, la Science et la Culture, Paris, N° 56, mars 1994, p. 14, citado en: Edmundo Hernández-Vela; *Op. cit.*, p. 49.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Bioética. Temas y perspectivas. Publicación científica No. 527, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 1990, p. IX.

¹⁶ Edmundo Hernández-Vela; Diccionario de Política Internacional, p. 50

¹⁷ Guárner, Vicente. "La bioética, una parte esencial de la medicina y del convivir humano (A propósito de la fundación de la Comisión Nacional de Bioética)" en: Excélsior. El Búho, México, 5 de julio de 1992, p.1.

instrumento que permita que la gente pueda beneficiarse de la ciencia y de la tecnología.¹⁸

La ciencia y la técnica amplían la capacidad para intervenir en los procesos que modifican la vida de los individuos y sociedades de manera tan rápida que no se tiene control ni conocimiento certero acerca de sus consecuencias a mediano y corto plazo. Para que no se caiga en la utilización a ultranza de los adelantos, ya que puede resultar en no contar con los factores y condiciones necesarios para lograr un desarrollo durable y más aún en la degeneración de la raza humana. En la medida en que la ciencia y la tecnología amplían su capacidad, aumenta la necesidad de subordinar su uso a las consideraciones éticas.

La bioética es una ciencia emergente, una disciplina cuya construcción se realiza a la par de los logros y los olvidos de la erudición. Es también, una ciencia del ser, por lo tanto de carácter ontológico, todos los problemas que trata se refieren al ser humano, a la vida y a la naturaleza del mismo. La bioética tendrá que lidiar con preguntas derivadas de los temas antes señalados, y convencer a la sociedad, que el "conocimiento excesivo" y su distribución inadecuada lacera no menos que la ignorancia. La bioética, al igual que la ética tiene que luchar contra la sabiduría como poder mal usado y el problema de los entes tomados como objetos y no como fines del conocimiento, resultado de la práctica deshumanizada y de la producción de conocimiento como mera respuesta a una necesidad, es decir caer en el utilitarismo.

Por ello, es menester evitar que la utilización de tecnología de punta en los seres vivos pueda ser contraproducente para el logro del desarrollo durable ni para

¹⁸ Nakajima, Hiroshi; "Salud, ética y derechos humanos", Salud Mundial. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 49° año, N° 5, septiembre-octubre de 1996, p. 3 citado en: Edmundo Hernández-Vela; Diccionario de Política Internacional, p. 50

la conservación y evolución misma del ser humano como especie, adecuando su uso a consideraciones éticas y valores humanos. Una manera de lograr ese desarrollo sería el garantizar el acceso a los adelantos tecnológicos y científicos que efectivamente contribuyan al desarrollo de la humanidad. Las disposiciones legales que regulen la utilización de los descubrimientos científicos y tecnológicos, así como la investigación profunda de los anteriores deberán estar encaminadas para lograr el desarrollo humano, por lo tanto deberán estar basadas en los preceptos éticos.

La bioética se ocupa entonces de estudiar las interrogantes morales en cuanto a los límites que la sociedad debe imponer a la ciencia y la tecnología. Un caso en donde los límites deben de ser establecidos es la manipulación genética. Esta técnica puede ayudar a los científicos en sus estudios de enfermedades genéticas o encontrar la cura para enfermedades que mutan genéticamente, como es el caso del SIDA. Sin embargo, al mismo tiempo este conocimiento puede ser usado para crear diferentes castas de seres humanos a través de la clonación, la cual es totalmente objetable por las implicaciones de deterioro de la evolución humana en términos de su desarrollo como ente pensante. La posibilidad de clonar partes del organismo como si se fueran a obtener refacciones para una máquina y no para un ser humano, es una muestra de la degeneración de nuestra especie, de pasar de humanidad en su sentido holístico a máquina que se puede reproducir y remplazar fácilmente. Sin embargo, también hay que considerar en este último punto los beneficios que pueda traer la tecnología respecto a la posibilidad de salvar la vida y mejorar su calidad, objetivo primordial de la medicina.

En biología hay que considerar las posibilidades que plantea la manipulación científica de la naturaleza. El hombre modifica y adapta el medio a su conveniencia pero hay que sopesar hasta dónde se puede realizar esto, ya que la

destrucción del ambiente va de la mano con la utilización de la tecnología, de ahí el concepto de "desarrollo durable" que es el adecuar el avance tecnológico con la preservación de los recursos para así poder seguir existiendo.

En el campo de la salud pública las libertades individuales se enfrentan a la ética, ya que el bienestar de la comunidad se contrapone a las libertades del individuo al imponerse restricciones al espacio privado para prevenir los problemas de salud. Dentro de esta contraposición se encuentra la discusión sobre los derechos humanos de los enfermos o infectados por el VIH/SIDA, la cual se centra en los aspectos éticos de la identificación, el tratamiento y manejo de los enfermos de SIDA. Esta discusión rebasa las áreas de la práctica médica y se inserta en la definición de sus repercusiones sociales, familiares y laborales.

En el difícil camino del planteamiento y replanteamiento de los principios éticos y bioéticos no se debe abandonar a la diversidad cultural y moral. No hay una sola moral, única y verdadera que funcione para todas las idiosincrasias; sin embargo, sí se debe conservar el carácter universal del principio fundamental: el respeto por la libertad y la dignidad humana.

2. Implicaciones del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida en las relaciones sociales y políticas en la actualidad.

2.1. Características de la pandemia.

En 1981 comenzaron a aparecer extrañas infecciones entre los grupos de homosexuales y fármaco dependientes de Estados Unidos que giraban en torno a un factor común: el debilitamiento progresivo del sistema inmunológico de los pacientes, motivo por el cual se denominó a esta condición síndrome de inmunodeficiencia adquirida, cuyas iniciales, SIDA, se popularizaron con rapidez. En 1984, dos investigadores consiguieron aislar de manera simultánea al agente responsable. El estadounidense Robert Gallo y el francés Jean Luc Montagnier encontraron que se trataba de un virus que era parásito habitual de ciertos simios de África Central, pero poco frecuente en las personas. Este agente perteneciente a una familia viral que por su comportamiento atípico se denomina *retrovirus*, se infiltró en la población humana con enorme virulencia; se le denominó VIH-1 -virus de inmunodeficiencia adquirida humana tipo 1-. Hacia 1989, el doctor Montagnier descubrió un segundo virus, el VIH-2, más débil que el primero y de actuación circunscrita a un sector de África occidental. En 1990 se sabía que el SIDA se transmitía por contacto sanguíneo y sexual, de ahí que comenzaran a aparecer casos de SIDA entre los homosexuales, las mujeres, los hemofílicos y otros enfermos que habían recibido transfusiones con sangre infectada.¹⁹

¹⁹ Soler Claudín C, Gudiño Rosales JC; "A 11 años del descubrimiento del virus de inmuno deficiencia humana" y Valdespino Gómez JL, García García ML, Del Río Zolezzi A, et al; "Epidemiología del SIDA. VIH en México; de 1983 a marzo de 1995" en: Salud Pública de México. Doce años de SIDA en México. Edición especial, Volumen 37, No. 6, Instituto Nacional de Salud Pública, México, noviembre-diciembre de 1995, pp. 499-509, 556-571.

La infección causada por VIH era la causante de la pérdida progresiva de la función inmune debido básicamente a la afectación del linfocito T facilitador, además de que otras funciones del sistema inmunológico pueden ser afectadas de manera secundaria. Los pacientes que desarrollan el SIDA se muestran propensos a presentar infecciones oportunistas y enfermedades neoplásicas las cuales son las causantes de su muerte, tales como la tuberculosis o la neumonía.²⁰

Fases y clasificación del SIDA. Escala funcional Karnofsky	
Fase y Alternativas	Clasificación
<p>I. Infección</p> <p>Periodo de ventana: Tres meses. Se considera positivo al presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos resultados positivos de ELISA y Wb positivos • Dos resultados positivos de ELISA con cuadro clínico sugestivo • Alguna prueba suplementaria positiva como cultivo, determinación de antígeno, PCR <p>Proceder a la notificación epidemiológica</p>	<p>100 Normal; ninguna molestia ni evidencia de enfermedad</p> <p>90 Capacidad para realizar actividad normal</p> <p>80 Actividad normal con esfuerzo; algunos signos o síntomas de enfermedad</p>
<p>II. VIH</p> <p>De tres a cinco años: portador asintomático</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insistir en la importancia de recibir atención médica y notificarlo a la pareja • Apoyo psicológico • Sugerir la incorporación del paciente a grupos de autoayuda 	<p>100 El paciente realiza actividades físicas normales, psicológicamente se ve afectado</p> <p>90 Puede realizar actividad sexual con uso de preservativos</p> <p>80 Evitar exceso en el trabajo y en la actividad física</p>
<p>III. Complejo relacionado al SIDA</p> <p>Dos a seis años: Presentación de infecciones oportunistas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el contacto con enfermedades infecciosas. • Evitar contacto con animales. • Evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaco. 	<p>70 Auto cuidados; incapacidad para realizar actividad normal o trabajo activo</p> <p>60 Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades</p> <p>50 Requiere de ayuda considerable y asistencia médica frecuente</p>
<p>IV. SIDA</p> <p>Inmunodepresión total.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y comprensión por el equipo médico. • Apoyo y comprensión por parte de los familiares • Considerarlo siempre como persona y brindarle amor y respeto para que reciba su muerte con dignidad 	<p>40 Incapacitado, requiere asistencia y ayuda especial</p> <p>30 Gravemente incapacitado, se indica la hospitalización aunque la muerte no sea inminente</p> <p>20 Muy enfermo, hospitalización necesaria, administración de tratamiento de apoyo activo</p> <p>10 Moribundo, proceso fatal que progresa rápidamente</p> <p>0 Muerte</p>
Fuente: Memorias del 1er Seminario de Actualización sobre SIDA. IMSS	

²⁰ García Procel, Emilio; "A propósito del SIDA" en: Revista Médica, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Volumen 28, No. 3/4, mayo-agosto de 1990, p. 209.

En contra de las previsiones cuando se identificó por primera vez el SIDA, la epidemia ha adoptado distintas formas en diferentes partes del mundo. En algunas zonas, el VIH se ha propagado rápidamente entre los varones y mujeres de toda la población. En otras, se ha concentrado en ciertos grupos cuyo comportamiento sexual o de consumo de drogas intravenosas acarrea un riesgo particularmente elevado de contraer o transmitir el virus; en concreto, los profesionales del sexo y sus clientes, los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los consumidores de drogas intravenosas.

Según el momento en el que el virus comenzó a propagarse entre la población y según los factores de riesgo se pueden identificar tres patrones epidemiológicos del VIH/SIDA. El patrón epidemiológico tipo I se encuentra especialmente entre varones homosexuales y entre los usuarios de drogas intravenosas que comparten agujas. Este tipo se encuentra en América del Norte, Europa Occidental y en algunas zonas de América Latina y el Caribe. En las zonas con patrón epidemiológico tipo II la transmisión es principalmente heterosexual, con un número casi igual de casos en varones y mujeres, superando el número de casos femeninos. Hay que tomar en cuenta que para que una epidemia de VIH se propague en la población general de un país, también debe haber un nivel significativo de promiscuidad sexual entre los adultos. Para que una epidemia heterosexual sea viable, en promedio cada persona infectada debe tener relaciones sexuales no protegidas con al menos dos personas: se contagia a partir de una y transmite la infección a la otra, como mínimo. La transmisión se efectúa principalmente por vía sexual y perinatal, además de las causadas por falta de material esterilizado y de sangre segura. Este tipo de encuentra en

África subsahariana y en ciertas regiones del Caribe. El patrón epidemiológico II corresponde a las zonas donde la infección apareció más tarde. La mayoría de los casos iniciales se debieron a la exposición en otros países o al contacto con los viajeros internacionales. Sin embargo en años recientes la epidemia se concentra principalmente en los usuarios de drogas intravenosas y en los participantes del comercio sexual. Este tipo se observa en Europa Oriental, en Asia en particular el Oriente Medio, y el Pacífico.²¹

Interacción de factores que impulsan la transmisión sexual
<p>Factores sociales y de comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso escaso o nulo de preservativos. • Una gran proporción de la población adulta con múltiples parejas. • Relaciones sexuales superpuestas (no secuenciales). • Grandes redes sexuales formadas a menudo por individuos que se desplazan continuamente entre el hogar y un lugar de trabajo remoto (migraciones). • Diversidad de edades, habitualmente entre muchachas o mujeres jóvenes y varones de mayor edad. • Dependencia económica de las mujeres del matrimonio o la prostitución, lo que les impide controlar las circunstancias o la seguridad de las relaciones sexuales
<p>Factores biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasas elevadas de infecciones de transmisión sexual, especialmente las que causan úlceras genitales. • Tasas bajas de circuncisión masculina. • Carga vírica elevada. Los niveles del VIH en el torrente sanguíneo suelen ser máximos cuando la persona apenas contrae la infección y, de nuevo, en las etapas tardías de la enfermedad
<small>Fuente: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia Mundial del SIDA. Junio 2000</small>

Teniendo en cuenta lo dicho en el párrafo anterior, se puede ver que las relaciones sexuales entre varones y mujeres y entre homosexuales son las forma más común de transmisión del VIH. Sin restar importancia a este hecho, no hay que perder de vista que la transmisión por compartir agujas infectadas entre los consumidores de drogas intravenosas constituye la otra forma de propagación más importante. Por ejemplo, más de la mitad de todos los casos de SIDA

²¹ Ramírez, Tomás; "Panorama Epidemiológico del SIDA", en: Memorias del 1er Seminario de Actualización sobre SIDA. Hospital General de Zona y Unidad de

corresponden al consumo de drogas intravenosas en Bahrein, Georgia, Italia, Kazajstán, Portugal, España y Yugoslavia; a mediados de 1999, 114 países habían identificado la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas.²²

Cuando se habla de la transmisión del VIH por medio del consumo de drogas intravenosas, en realidad se habla de dos problemas. El primero es en sí la transmisión del VIH por esta vía y la otra es el consumo de drogas en sí mismo. Los países que realicen campañas dirigidas a estos grupos deben tener en mente esta dualidad. Estas campañas deberán de advertir a los consumidores de drogas, además de todas las consecuencias de las adicciones, del riesgo elevado que tienen de adquirir el virus del SIDA, sin dejar de lado las campañas exclusivas contra la drogadicción ya existentes.

Recientemente, se descubrió una nueva variante del SIDA. Científicos de la Universidad de Alabama en Estados Unidos y de la Universidad Nacional de Seúl, descubrieron en dos pacientes que el virus presentaba una estructura genética totalmente diferente a las estructuras conocidas hasta ahora.²³ La aparición de esta nueva variante significa la necesidad de desarrollar nuevos medicamentos específicos para esta nueva cepa capaces de inhibir la multiplicación del virus, pues con los medicamentos desarrollados hasta el momento se ha observado que a pesar de la respuesta favorable que se observa al principio del tratamiento, el virus sigue reproduciéndose.

Medicina Familiar No. 1 Durango, Instituto Mexicano del Seguro Social, Durango, México, 1990, pp. 31-40.

²² ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, 2000, pp. 73-75.

²³ Afp; "Descubren variante del SIDA", en: La Jornada, 6 de febrero del 2001, p. 46.

La identificación de los grupos de riesgo es muy importante pues permite un mejor conocimiento de la población para la cual se diseñan los programas de atención y de prevención de la enfermedad. Sin embargo hay que tener cuidado al hacer referencia a dichos grupos, pues se corre el riesgo de aumentar el estigma que pesa sobre las preferencias sexuales, además del de ser VIH positivo.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la proporción de la población infectada (tasa de prevalencia) no constituye el único factor para evaluar el comportamiento de la pandemia, hay que agregar además la tasa de morbilidad, es decir, la probabilidad de que una persona contraiga la infección en algún momento de su vida. Por ejemplo, la probabilidad de que un joven de 15 años fallezca por el SIDA es mayor que la probabilidad de que un varón de 15 a 49 esté infectado actualmente por el virus. En los países donde la infección se concentra en grupos específicos existe una relación similar entre la prevalencia actual del VIH en dicho grupo y el riesgo de fallecer a causa de una enfermedad asociada al VIH.²⁴

La identificación de los tipos de VIH es importante pues de ahí parte la investigación para el desarrollo del tratamiento de la enfermedad y de la búsqueda de una cura y vacuna efectivas. Aunque la investigación de la vacuna ya se ha iniciado a partir de los conocimientos filogenéticos que se tienen del virus, los científicos se enfrentan a las dificultades que provocan las grandes variaciones en la secuencia nucleótida, ya que dificulta el identificar los sitios genómicos homólogos. Otro impedimento es la carencia de un "fósil del virus", es decir la forma más temprana

²⁴ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, pp. 13, 25.

original del virus. Se especula que tanto el VIH-1 como el VIH-2 evolucionaron de un ancestro común aproximadamente hace 50 años, el cual pudo haber mutado de un original de por lo menos 100 años de antigüedad.²⁵

La inmunidad del virus ante los retrovíricos es uno de los problemas más preocupantes en lo que respecta a la búsqueda de la cura para el mal y su tratamiento. Actualmente el 10 por ciento de las personas infectadas en Estados Unidos es portador de una cepa resistente a los medicamentos utilizados en multiterapia, mientras que casi el 1 por ciento posee una cepa resistente a varios fármacos.²⁶ Sin embargo, como una luz al final del túnel, el Centro de Investigación de Tibotec de Rockville, Maryland, ha desarrollado un nuevo tipo de inhibidor de proteasa llamado TMC-126, el cual es capaz de bloquear *in vitro* la respuesta del virus, incluso la de cepas resistentes a varios medicamentos.²⁷ Este tipo de logros contribuyen a elevar la esperanza de encontrar la cura para esta enfermedad; no obstante, cabe destacar que no sólo basta con encontrarla, también se requiere hacerla accesible para todos los enfermos.

En 1997 la OMS estimaba que para el año 2000 existirían alrededor de 10 millones de infantes con SIDA, y de las 8 mil 500 personas que contraen la enfermedad en todo el mundo diariamente, mil de ellas niños. En ese mismo año había 22.6 millones de personas infectadas, 1.3 millones de éstas en América Latina y se preveía que para el año 2000 habría 30 millones de portadores del VIH.²⁸ Sin embargo, cifras arrojadas por el último informe del Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), revelaron que en la

²⁵ García Procel, Emilio; *Op. Cit.*, p.210.

²⁶ Apf y Ap; "Nuevos medicamentos atacarán la mutación del virus del SIDA", en: *La Jornada*, 7 de febrero del 2001, p. 46.

²⁷ *Ibid.*

actualidad 36.1 millones de personas son portadoras o están enfermas de SIDA en el mundo, 1.8 millones más que en 1999. Alrededor de 5.3 millones de personas se infectaron durante el año 2000, hombres y mujeres por igual. Se calcula que el mayor porcentaje de los decesos ocasionados se presentará entre la población de 15 a 25 años de edad. Hasta ahora, 13 millones de niños han perdido a su madre por causa de la enfermedad y, alrededor de 300 mil menores viven con progenitoras aquejadas por esta enfermedad. Desde que la epidemia comenzó, han muerto 21.8 millones de personas a causa de este mal.²⁹

La inmensa mayoría de las personas con el VIH -95% del total mundial- vive en países en desarrollo.³⁰ Es posible que esta proporción crezca aún más a medida que las tasas de infección continúen aumentando debido a que en este tipo de países la pobreza, los sistemas sanitarios deficientes y los recursos limitados son situaciones cotidianas, lo cual crea un clima favorecedor para la propagación del virus. Los países industrializados no están exentos de los rigores de la enfermedad. Hay pruebas de que en algunos países occidentales se está debilitando el comportamiento sexual seguro entre los varones homosexuales, quizás a raíz de la existencia de terapias más eficaces para prolongar la vida de los enfermos.

Uno de los grandes problemas al que se tiene que dar una respuesta inmediata es la atención a los niños infectados con VIH,³¹ pues son más vulnerables para contraer la enfermedad y

²⁸ "El SIDA, en fase explosiva" ", *Op. cit.* p. 48.

²⁹ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2000, p. 3.

³⁰ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999, p. 3.

³¹ Según un comunicado de ONU-SIDA en Manila, un millón de niños será portador del virus en el mundo a finales de este año. "El SIDA, en fase explosiva": ONU. La Jornada. Sociedad y Justicia.30 de Octubre de 1997. p. 48.

morir en un lapso muy corto y, dependiendo de las condiciones económicas de la familia y el país, se da la variación del mismo. Por ejemplo, el lapso de vida de los niños infectados en los países en desarrollo es menor que el de los infantes enfermos en países industrializados. Un 80% de los infectados en Europa viven 3 años y un 20% alcanza los 10 años de edad, mientras que en Zambia los niños portadores del VIH mueren a los dos años. A este respecto hay que considerar también que un 90% de los jóvenes menores de 15 años portadores del VIH fueron contaminados por sus madres antes de su nacimiento, durante el parto o en el momento de lactancia.³²

Las mujeres también constituyen un grupo de los más vulnerables a la enfermedad, no sólo por estar biológicamente más expuestas durante el coito vaginal, sino también porque su situación se ve agravada al estar en una posición inferior en la sociedad en general y en el control de su vida sexual en lo particular. Es más probable que las mujeres sean víctimas de violación o coacción sexual, lo cual aumenta en gran manera el riesgo de ser infectada. También, como consecuencia de la falta de acceso a la educación, es más factible que las mujeres estén menos informadas que los varones acerca del VIH/SIDA.³³ La violencia como método de sometimiento hace más vulnerables a las mujeres y es tristemente ejercido por los hombres como signo de su dominación, este tipo de comportamiento masculino contribuye directamente a acrecentar la vulnerabilidad de las mujeres hacia la infección.

Los programas de prevención enérgicos parecen haber reducido el riesgo del VIH y han disminuido o estabilizado

³² Véase: Grajeda Vivero, Manuel. "Niños con SIDA, una tragedia oculta" en: Rompan Filas, 1994, Número 13, p. 28-32.

³³ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, pp. 46-54.

las tasas del VIH en algunos países de Asia, como Tailandia y Filipinas. Otros países asiáticos muestran señales crecientes de alarma, después de haber recopilado nueva información que indica que se está extendiendo el consumo de drogas intravenosas y que es infrecuente el uso de preservativos, incluso entre los clientes de prostitutas y entre los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones. En muchos lugares los esfuerzos de prevención se ven dificultados por la vergüenza y el estigma asociados al SIDA.

Los datos aquí presentados dan cuenta de las enormes diferencias en las tasas de infección por el VIH y de mortalidad por SIDA entre los países ricos y pobres, y que probablemente seguirán ampliándose a lo largo del nuevo siglo. A pesar de aquello, no todo está perdido, los esfuerzos masivos a nivel nacional e internacional aún pueden contribuir más a derribar los mitos y conceptos erróneos que rodean a la sexualidad, a promover iniciativas de prevención, a crear las condiciones para que la población tenga los conocimientos y el apoyo económico que necesitan para vivir sin el VIH, además de dedicar dinero para proporcionar asistencia a las personas infectadas por el VIH y apoyar a sus familias. Un pequeño número de comunidades y gobiernos abnegados ya ha abierto una vía de respuestas satisfactorias.

Resumen mundial de la epidemia del VIH/SIDA
diciembre de 2000

Personas recién infectadas por el VIH en 2000	Total	5,3 millones
	Adultos	4,7 millones
	Mujeres	2,2 millones
	Menores de 15 años	600,000
Personas que viven con el VIH/SIDA	Total	36,1 millones
	Adultos	34,7 millones
	Mujeres	16,4 millones
	Menores de 15 años	1,4 millones
Defunciones causadas por el SIDA en 2000	Total	3 millones
	Adultos	2,5 millones
	Mujeres	1,3 millones
	Menores de 15 años	500,000
Defunciones totales causadas por el SIDA desde el comienzo de la epidemia	Total	21,8 millones
	Adultos	17,5 millones
	Mujeres	9 millones
	Menores de 15 años	4,3 millones

Fuente: Onusida; *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Junio 2000.

2.2. Impacto de la enfermedad en el acontecer social y económico.

2.2.1. El carácter mundial.

El carácter mundial del problema radica en que afecta a toda la humanidad en su conjunto y va más allá de la incidencia en los indicadores macroeconómicos -piénsese en un posible indicador de la extinción de la especie- y, aunque su impacto sea mayor en unas áreas del mundo que en otras, esta enfermedad no tiene fronteras, su propagación es, al igual que el crecimiento demográfico, de carácter algorítmico, y lo más grave es que es silenciosa, el ser "sero positivo" no necesariamente implica presentar los síntomas de la enfermedad. Por lo anterior, es necesario que toda la humanidad se una para hacer frente a este padecimiento sin precedente.

El SIDA representa una carga económica para los Estados y sus gobiernos debido a que el costo de su tratamiento es muy elevado. No hay institución de salud que sea capaz de sostener el tratamiento que va de entre 10 a 17 mil dólares anuales por paciente.³⁴ Las cifras anteriores equivaldrían a un gasto mundial alrededor de los 600 mil millones de dólares al año sólo para la atención del VIH/SIDA. Es importante también resaltar que sólo una fracción muy pequeña de las personas en los países más afectados por el SIDA está cubierta por planes oficiales de prestaciones y seguros médicos y que, incluso los que están cubiertos, verán inevitablemente cómo se reducen de forma significativa las

³⁴ Sobrino Maldonado Jesús, Torres Rodríguez Luis, *et al*; "Impacto económico del VIH/SIDA en México. Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera" en Curso de Formación de Profesores en el Área de la Salud. México, D.F., Centro de Formación

prestaciones por enfermedad y defunción durante los próximos años, ya que las compañías de seguros y los empleadores traspasarán a los beneficiarios y empleados, incluidos los que no están infectados por el VIH, al menos una parte de los costos crecientes que acarrea la epidemia.

No es fácil calcular el impacto de la epidemia sobre los indicadores macroeconómicos pues son muchos los factores, además del SIDA, que influyen en el rendimiento económico de un país, amén de que las economías reaccionan de manera más visible a reformas económicas o cambios políticos que a una erosión lenta y sutil, pero inexorable, como la que provoca el SIDA. A pesar de estas restricciones se tienen pruebas de que a medida que aumentan las tasas de prevalencia del VIH, disminuyen significativamente el PIB y su ritmo de crecimiento, como en el caso de algunos países del sur de África donde la tasa de prevalencia llega al 20% o más, el crecimiento del PIB se verá disminuido hasta en un dos por ciento anual.³⁵

Por otra parte la carga económica no sólo se refiere al tratamiento médico en sí, sino también representa pérdidas en términos de recursos humanos ya que la epidemia afecta sobre todo a jóvenes y adultos que constituyen a la población económicamente activa. La imposibilidad de que los enfermos generen ingresos para las economías representa una doble carga para los países, no sólo por el gasto que constituye el tratamiento de la enfermedad, sino que además las personas afectadas, en particular las más jóvenes, no pueden retribuir la inversión que hizo el Estado en ellos.

de profesores en el Área de la Salud, Región Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999. Documento inédito, p. 22.

³⁵ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, p. 17.

También las empresas sufren de los estragos causados por la enfermedad, pues constituye una amenaza real para la fuerza laboral, el mercado y las infraestructuras. Esto es especialmente cierto en África, donde el sector privado está notando el impacto acumulativo de una epidemia grave, duradera y aún emergente. El lado positivo de este fenómeno es que las empresas han iniciado programas de prevención en el lugar de trabajo para intentar proteger su inversión en capital humano proporcionando información y preservativos a los trabajadores, a menudo a través de programas educativos. Dichos programas de prevención están haciendo progresos pero queda mucho por hacer, no todas las empresas y no en todas partes del mundo se lleva a cabo una política tan benéfica como ésta. Los costos económicos de los programas son a menudo la excusa para no introducirlos; sin embargo, las empresas que han optado por sí incluir los programas de prevención dan cuenta que es mucho más barato pagar el costo de la prevención que el tratamiento de una persona ya enferma.

Los fallecimientos en el mundo laboral tienen diversas implicaciones, la pérdida de trabajadores no calificados, aun siendo una tragedia humana, no tiene excesivas repercusiones para los empleadores pues éstos son rápidamente reemplazados por la numerosa población desempleada. La pérdida de trabajadores calificados en comparación, sí es mucho más perjudicial para la productividad, y acarrea costos muy superiores pues es frecuente que exista en las industrias un pequeño número de funciones clave sobre las que descansa todo el proceso de producción. Este punto es muy importante, ya que por ejemplo, son necesarios años para que un ingeniero o un profesional recién graduado se convierta en un profesional experto y plenamente productivo. Una solución que se ha dado es el contratar personal adicional en áreas clave y capacitar

a una parte de la plantilla para que en caso de necesidad puedan ser asignados para cubrir vacantes críticas. Es interesante señalar que, aun cuando todas las empresas reconocen el perjuicio especial que ocasiona la pérdida de capacidad técnica a nivel altamente especializado, muy pocas refieren iniciativas de prevención del VIH dirigidas a esos profesionales, pues sus programas generalmente van dirigidos a los obreros o al grueso de los trabajadores.³⁶

Un aspecto que las empresas tienen que tomar en cuenta es el asunto de la realización de pruebas obligatorias sistemáticas a los trabajadores. El argumento esgrimido generalmente es la previsión de la pérdida de recursos humanos para poder elaborar planes adicionales de reclutamiento y capacitación. Sin embargo, esta explicación no es aceptable, ya que a final un candidato que es VIH negativo en el momento de firmar el contrato puede contraer el virus más tarde. Por encima de todo, la realización de pruebas obligatorias del VIH en la fuerza laboral atenta contra los derechos humanos de los enfermos, pues viola su intimidad y los expone a la discriminación. Al eliminar las empresas el requisito de la prueba del VIH crean un ambiente adecuado para implantar programas en el lugar de trabajo y acrecienta sus posibilidades de éxito.

En un estadio más particular, las familias de los afectados se ven severamente perjudicadas en sus economías debido al gasto que genera el sostén de un paciente con VIH o SIDA.³⁷ A esta situación se le aúna el desmembramiento de las familias producto de prejuicios y tabúes que existen alrededor de la enfermedad. Otro grave aspecto es la orfandad

³⁶ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, pp. 33-35.

³⁷ Esta situación es insostenible ya que un porcentaje mayor de la población afectada directa o indirectamente por la enfermedad es de escasos recursos.

a la que se tendrán que enfrentar 11 millones de niños menores de 10 años a la muerte de sus madres, un gran porcentaje de ellas el único sostén de la familia.³⁸

Para bien o para mal, según el cristal con el que se mire, la humanidad está dividida en conjuntos llamados países y por lo tanto la cooperación de la misma está condicionada a la labor mutua de estas entidades. Fuera de los acuerdos bilaterales o de sólo una región, la cooperación mundial - esto es todos los países- ha funcionado de mejor manera bajo el marco de la Organización de Naciones Unidas, sobre todo en lo que se refiere a problemas de carácter social y de asistencia humanitaria, razón por la cual se ha pensado en esta organización como la central para llevar a cabo un programa de combate contra la enfermedad de carácter mundial, de ahí la creación de ONUSIDA, para poder encontrar estrategias que permitan una disminución del número de casos de la pandemia y, si se llega a encontrar una cura o por lo menos una vacuna, la elaboración de un plan de distribución a escala mundial no sería realizable más que vía organismo especializado intergubernamental.

EL SIDA y la transmisión del VIH ocurren en el contexto de las relaciones sociales más íntimas o en aquellos espacios donde el control social no es tan factible. Al demandar respuestas el SIDA también ha forzado una confrontación entre lo privado y lo público y ha demandado una respuesta ante los actos privados que han tenido consecuencias sociales inusitados.³⁹ Tanto las demandas como las respuestas se complican debido a que la pandemia genera reacciones represivas y negativas debido al factor "miedo-

³⁸ WHO; The World Health Report 1998. Life in the 21st century: A vision for all. World Health Organization, France, 1998, p. 71.

³⁹ Sepúlveda Jaime, Bronfman M. y Rico B.; SIDA y Derechos Humanos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Academia Nacional de Medicina, México, 1992, p. 14.

irracionalidad".⁴⁰ Es menester superar esta ansiedad provocada por la enfermedad, ya que dificulta el diseño de políticas de salud efectivas por dos razones: la primera es que las campañas diseñadas no tengan el impacto deseado en la sociedad o que no sean acogidas con beneplácito por la población, o bien que las campañas no correspondan a la realidad social a la cual van dirigidas.

Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA Diciembre de 2000						
Región	Inicio de la epidemia (años)	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y niños infectados por el VIH durante 2000	Prevalencia entre adultos*	Porcentaje de los adultos VIH positivos que son mujeres	Principales modalidades de transmisión**
África subshariana	Finales de los 70 comienzos de los 80	25,3 millones	3,8 millones	8.8%	55%	Hetero
África del norte y Oriente Medio	Finales de los 80	400,000	80,000	0.2%	40%	Hetero, CDI
Asia meridional y sudoriental	Finales de los 80	5,8 millones	780,000	0.56%	35%	Hetero, CDI
Asia oriental y Pacífico	Finales de los 80	640,000	130,000	0.07%	13%	CDI, Hetero, VSV
América Latina	Finales de los 70 comienzos de los 80	1,4 millones	150,000	0.5%	25%	VSV, CDI, Hetero
Caribe	Finales de los 70 comienzos de los 80	390,000	60,000	2.3%	35%	Hetero, VSV
Europa oriental y Asia Central	Comienzos de los 90	700,000	250,000	0.35%	25%	CDI
Europa occidental	Finales de los 70 comienzos de los 80	540,000	30,000	0.24%	25%	VSV, CDI
América del Norte	Finales de los 70 comienzos de los 80	920,000	45,000	0.6%	20%	VSV, CDI, Hetero
Australia y Nueva Zelandia	Finales de los 70 comienzos de los 80	15,000	500	0.13%	10%	VSV
TOTAL		36,1 millones	5,3 millones	1,1%	47%	
*La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en el 2000, basándose en las cifras demográficas de 2000						
** VSV: varones que tienen relaciones sexuales con varones; CDI: a través del consumo de drogas intravenosas; Hetero: heterosexual 00002-Sp-11-1 de diciembre de 2000						
Fuente: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, junio 2000.						

⁴⁰ El factor "miedo-irracionalidad" consiste en el sentimiento de vulnerabilidad de la sociedad al verse en peligro. Sepúlveda Jaime, *Op. cit.*, p.10.

2.2.2 Países desarrollados.

Los países industrializados se encuentran inmersos en la lucha por la hegemonía al mismo tiempo que modifican la composición de sus estructuras e instituciones para sobrellevar de manera más fácil el proceso de interdependencia⁴¹ en el que se encuentran inmersos.

La condición de una convivencia interdependiente resulta en una mejor cooperación en materia de tecnología y disponibilidad de equipo médico. Todas las condiciones están dadas para la disminución de la difusión del virus que, de hecho, se está presentando. La asistencia médica y el apoyo económico son mucho más accesibles en los países desarrollados. La disponibilidad de los fármacos que combaten directamente al virus y mejoran la supervivencia es en general adecuada. Además como un factor muy importante, las organizaciones sociales son particularmente eficaces, ya que fueron ellas las que han promovido y conseguido los derechos de los enfermos de VIH/SIDA, además de que se dedican a recaudar fondos para la investigación y desarrollo de una cura, así mismo han logrado avances significativos contra la discriminación.

En este tipo de países el número de nuevos casos ha descendido principalmente debido a las campañas de educación e información sobre la enfermedad. Por ejemplo en Estados Unidos la enfermedad dejó de encontrarse entre las diez primeras causa de muerte en la población.⁴² Un progreso

⁴¹ Entiéndase a la interdependencia como mutua dependencia, el concepto está desarrollado de una manera más amplia en: Keohane, Robert y Nye Joseph. Poder e Interdependencia. La política mundial en transición. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, 1989, pp. 15-38.

⁴² CDC; AIDS falls from Top Ten Causes of Death, Teen Birth, Infant Mortality, Homicide all decline, Centers for Disease Control Press Release, 7 octubre 1998.

similar se observa en Europa Oriental y otros países industrializados donde el número de fallecimientos ha disminuido como resultado de la terapia antirretrovírica.⁴³

Los problemas a los que se enfrentan los países industrializados, al igual que en los países en desarrollo sólo que a menor escala, son provocados por el alto costo que genera el tratamiento de la enfermedad para los sistemas de salud pública, sin olvidar la tendencia grave a privatizar los servicios de salud. El costo del tratamiento puede ser disminuido con la aparición de nuevos medicamentos menos onerosos y a través del apoyo que brindan distintas organizaciones sociales. A pesar de esto, no hay que perder de vista que aún en esas partes del mundo donde los recursos económicos abundan, el acceso a la asistencia médica es muy restringido para los sectores más pobres de la sociedad, lo cual contribuye con la pauperización de la enfermedad.

A medida que pasa el tiempo resulta más difícil comprender la epidemia en los países industrializados. Hasta mediados de los años noventa, las infecciones por el VIH se calculaban a partir de los casos comunicados de SIDA, de acuerdo con modelos bien establecidos de progresión de la enfermedad, lo que fue de utilidad para discernir cambios en la escala global de la epidemia. La prolongación de la vida gracias a los medicamentos hace muy difícil predecir la cronología de la progresión de la infección por el VIH al SIDA y del SIDA al fallecimiento, lo cual complica el calcular las tendencias pasadas en la infección por el VIH a partir de los casos actuales de SIDA o de los fallecimientos por esta enfermedad.⁴⁴

⁴³ The World Bank; Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic, Oxford University Press, New York, 1997, p. 284

⁴⁴ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999, pp. 9-10

Por otra parte, en este tipo de países en el que el envejecimiento de la población es latente, la pérdida de la población económicamente activa representa sensibles desequilibrios en la estructura de las relaciones laborales por no mencionar lo que representa en términos negativos en todos los tipos de relaciones sociales, aunado a que, aunque quizá en menor grado, las nuevas generaciones que substituirán a los jóvenes y adultos productivos que padecen este mal están en peligro por el SIDA pediátrico. Hay que tomar en cuenta que más del 90% de los 570 mil niños infectados en el mundo durante 1999, fueron contagiados al momento del parto o durante la lactancia.

No obstante, en los últimos años, se ha observado que los esfuerzos de prevención pierden velocidad en estos países. Se ha visto una relajación en la adopción de medidas preventivas, sobre todo en los varones homosexuales, debido al sentimiento de confianza que da la aparición de terapias combinadas capaces de prolongar la vida de los enfermos. La vigilancia del VIH/SIDA en los países más ricos se ha visto complicada por la introducción de los fármacos antirretrovíricos, que retrasan el desarrollo del SIDA y prolongan la supervivencia. En los lugares en los que está disponible a discreción, la terapia antirretrovírica ha aumentado el incentivo para que las personas de alto riesgo se sometan a la prueba del VIH, ya que cuanto antes empiecen a tomar los medicamentos, mejor que se traduce una detección temprana de una proporción significativa de las infecciones por el VIH. Sin embargo, es difícil decir si el aumento de las infecciones comunicadas refleja simplemente un cambio en la proporción de infecciones existentes que se detectan y

notifican, o si refleja un incremento real en el número de personas que contraen el VIH.⁴⁵

Así pues, muchos países industrializados han empezado a reforzar sus sistemas de rastreo de la infección por el VIH, mejorando principalmente el sistema de notificación de casos de VIH identificados, aunque ésta adolece de numerosos sesgos, y, en concreto, puede tender a ignorar grupos marginales con riesgo de infección heterosexual

2.2.3. Países en desarrollo.

La situación de estos países es crítica, se encuentran atrapados en un proceso mundial en el cual llevan la peor parte; su participación de la riqueza mundial es cada vez menor, el grado de soberanía de los Estados periféricos es muy limitada debido a la dependencia económica perenne que sólo pronostica que no se alcance el tan ansiado desarrollo nacional. La única posibilidad del sur subdesarrollado según Wallerstein son los movimientos de rebelión impulsados por el sur contra el norte para cambiar la correlación de fuerzas mundial, ya que el primero es más dañado por la manera en que se configura el sistema mundial.⁴⁶

Dadas estas características, el mayor problema que tiene el mundo en desarrollo para poder atacar de manera más eficiente a la enfermedad, es la escasez de recursos para la atención de los pacientes y no puede hacerse de ellos porque no es dueño de la tecnología ni de los descubrimientos e innovaciones médicas, además de la falta de información y difusión de la misma, lo cual se traduce en lo mucho que adolecen los sistemas educativos.

⁴⁵ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000, pp. 9-10.

⁴⁶ Wallerstein. *Op. Cit.* p.46.

Los países en desarrollo son y por mucho los más afectados. La incidencia del contagio es más de 10 veces mayor que la de los países industrializados; de los 36 millones de personas contagiadas en el mundo alrededor del 95% vive en países en desarrollo.⁴⁷ El proporcionar asistencia médica a la población que padece de enfermedades relacionadas con el SIDA, el tratar de reducir la tasa de nuevas infecciones a través de programas y campañas de prevención efectivos y afrontar los efectos negativos en el desarrollo nacional provocado por las defunciones causadas por el SIDA, son problemas a los que se enfrentan todos los países, ya sea con recursos en abundancia o con un muy magro presupuesto, empero, es lógico pensar que si en los países con más disponibilidad de capital, los costos que implica la atención del VIH son onerosos, en los países en desarrollo el tratar de dar respuesta a las anteriores demandas se traduciría en un gasto impracticable.

El costo anual aproximado del tratamiento para una persona de 17,000 dólares representa una cifra inalcanzable para los habitantes de países de bajos recursos e inclusive para un número considerable de personas de los países ricos, lo cual da cuenta de lo inaccesible que es para los países en desarrollo. Esta situación provoca que los afectados dependan totalmente de los servicios de salud del Estado, en los cuales tristemente el acceso equitativo a la atención médica no está garantizado, pues el reto para los dirigentes y los servidores públicos de los países en desarrollo es cómo dar la atención básica que se necesita, frenar la propagación del virus y a la vez crear el ambiente necesario para que las personas afectadas lleven una vida plena y gratificante en un contexto de deterioro de los servicios públicos, grandes

⁴⁷ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999, p. 3.

tasas de desempleo y pobreza endémica. Es difícil concretar la contribución del SIDA a este panorama desolador, pero evidentemente la epidemia no puede más que exacerbar la situación ya precaria a la que se enfrentan muchos países.

La zona más afectada del mundo por la epidemia es también una de las más pobres, la zona del sur del Sahara. El impacto negativo del SIDA en todos los sectores es más palpable en los países de África subsahariana y tomándola como ejemplo no se puede negar el alcance negativo de la epidemia, convirtiéndola en un problema de desarrollo, uno más para los países que no gozan del mismo. El África subsahariana acoge al 70% de los adultos y al 80% de los niños que viven con VIH. En esta región viven 25.3 millones de personas enfermas o infectadas por el mal, de las cuales 3.8 millones se infectaron durante el año 2000. También se estima que la mayoría de los infectados fallecerá en el curso de los próximos 10 años, uniéndose así a los 13,7 millones de africanos que ya han perdido la vida a causa de la epidemia, y dejando tras de sí familias destrozadas y perspectivas de desarrollo aciagas⁴⁸.

En este continente se hace más evidente no sólo que las diferencias económicas en la distribución de la riqueza son un factor que contribuye a la propagación del virus, también las diferencias en la situación de género afectan más a un sector de la población. Las tasas de infección en las mujeres africanas son mayores que las de los varones. La tasa promedio en las muchachas adolescentes es cinco veces mayor que las de los muchachos de la misma edad. Más de una de cada cinco mujeres de poco más de 20 años está infectada por el virus, de las cuales la mayoría no llegará a cumplir los 30 años. En la actualidad están infectadas entre 12 y 13 mujeres africanas por cada 10 varones africanos. Una de las principales explicaciones a este hecho es la mayor incidencia de la transmisión sexual del VIH de varón a mujer y la edad

más joven de las mujeres en el momento de la infección inicial.⁴⁹

Muchos países africanos sufrieron un retroceso en 1999 en el Índice de Desarrollo Humano, casi todos los principales cambios podrían atribuirse a un descenso de la esperanza de vida de la población económicamente activa, un resultado directo del SIDA. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo calcula que menos del 50% de las personas del sur de África actualmente vivas alcanzarán previsiblemente los 60 años de edad, en comparación con un promedio del 70% para todos los países en desarrollo y del 90% para los países industrializados. En el África meridional, la esperanza de vida en el momento de nacer, que había aumentado de 44 años a principios de los cincuentas a 59 años a principios de los noventas, volverá a caer presumiblemente hasta los 45 años entre el 2005 y el 2010 como consecuencia de la enfermedad.⁵⁰

Sin embargo, es claro que el continente africano es el que pone el ejemplo en las estrategias de cómo combatir la pandemia. Fue en este continente donde se reconoció por primera vez al SIDA como un problema de desarrollo, donde los programas de prevención de enfoque multisectorial⁵¹ son aplicados con éxito.

El continente asiático contó con la ventaja del retraso de la aparición de virus en la región. La ventaja consistió en que tuvo tiempo de observar y aprender de las experiencias de los otros países en prevención y control de la enfermedad. Este aprendizaje fue favorable para el diseño de programas y

⁴⁸ *Ibidem*, p. 10.

⁴⁹ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, p. 11.

⁵⁰ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999, pp. 4, 17-18.

⁵¹ El enfoque multisectorial de los programas de prevención consiste en implicar a todos los sectores, desde el sector salud al educativo, pasando por el de la agricultura y el de la industria, incluyendo también a la sociedad civil y a los líderes de organizaciones religiosas. ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, pp. 8-12

campañas de prevención que han logrado contener la propagación de la enfermedad.⁵² En todo el continente, ONUSIDA y la OMS estiman que unos 6,5 millones de personas están viviendo con el VIH a finales de 1999, más de cinco veces el número de personas que ya han fallecido por el SIDA en la región.⁵³

Las tasas de infección por VIH en Asia son bajas, sobre todo si se las compara con las de África. La prevalencia de la enfermedad en las edades de 15 a 49 años sobrepasa el 1% en sólo tres países: Camboya, Myanmar y Tailandia, en el resto del continente la prevalencia es menor a dicho porcentaje. Sin embargo no hay que confiarse de cifra tan alentadora pues existen casos como es de India y China, países que albergan aproximadamente el 36% de la población mundial. Aunque estos dos países cuenten con tasas de prevalencia bajas (entre 0.5 y 0.8%), debido a lo numeroso de su población, dichas tasas significan un gran número de personas que viven con el virus. Por ejemplo en India, el que siete de cada 1000 adultos están infectados por el VIH, equivale a que 3.7 millones de personas viven con VIH/SIDA en ese país, más que en cualquier otro país del mundo excepto Sudáfrica. En China se calcula que hay medio millón de sero positivos y que el grueso de las nuevas infecciones se concentró en los consumidores de drogas intravenosas.⁵⁴ El gobierno indio y los de distintos estados han emprendido programas de prevención para reducir las prácticas sexuales peligrosas. Si estos esfuerzos continúan, una disminución de la tasa de infección podría presentarse, el siguiente paso sería entonces mejorar los servicios de salud para las pocas personas que ya padecen la enfermedad.

⁵² ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999, p.12.

⁵³ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, p. 4.

Asia central es la región en donde el aumento de las personas infectadas es más alarmante, puesto que a finales de 1999 se estimaba que el número de adultos y niños que vivían con VIH/SIDA era de 420,000; para el año 2000 esa cifra había aumentado a 700,000 personas, es decir un aumento de más del doble. La mayoría de las nuevas infecciones se centra en los países pertenecientes a la Federación Rusa y el grupo de mayor incidencia es el de los consumidores de drogas intravenosas. Las predicciones para esta región no son nada alentadoras, pues la propagación del VIH no muestra signos de frenar su crecimiento. Las infecciones registradas en el año 2000 alcanzan 50,000, muy por encima de las 29,000 presentadas entre 1987 y 1999. Estas cifras, ya de por sí desalentadoras no muestran el crecimiento real de la epidemia, pues según estimaciones rusas, sólo se capta una fracción de las infecciones.⁵⁵

ONUSIDA señala en el Informe sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA de junio de 2000 que la inestabilidad socioeconómica tiende a alimentar el consumo de drogas y el comercio sexual y que a medida que se elaboren reformas políticas y jurídicas que atenúen las consecuencias de la inestabilidad, se pueden crear marcos más eficaces para la prevención del VIH.⁵⁶ Sin embargo, habría que puntualizar que el comercio sexual y el consumo de drogas en especial no son producto únicamente de la inestabilidad socioeconómica ni son exclusivos de los países en desarrollo, pues hay varios países desarrollados que tienen altos índices de consumo de drogas y muchas dificultades para controlar ese problema. La prostitución y la drogadicción son producto de una educación pobre y de la falta de empleo, factores que no sólo están presentes en los países pobres.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 12.

⁵⁵ *Ibidem*, pp.5-6.

⁵⁶ *Ibidem*, p.6.

La educación es un punto clave para el control y la prevención del SIDA y de otras muchas enfermedades. En la medida en que la población esté mejor informada, puede modificar su comportamiento sexual, por lo menos en lo que a protección se refiere, léase aumento del uso de preservativo. En lo que respecta al consumo de drogas intravenosas, como ya se dijo anteriormente, requiere de campañas especiales que además de combatir la adicción, adviertan de los riesgos de contraer el VIH por esta vía y de cómo prevenir su contagio en los adictos.

El mayor riesgo del continente asiático es la complacencia y la relajación en las medidas de prevención, provocado por la lentitud de la propagación de la epidemia. Se deben mantener los programas de prevención que han tenido éxito hasta el momento y seguir con un sistema de vigilancia confiable.

2.3 América Latina

En América Latina el desarrollo social y económico ha estado condicionado principalmente por el crecimiento de la población; el reemplazo de gobiernos militares por civiles; el impacto de la deuda externa y la lenta superación de la crisis económica de la década de los ochenta; los conflictos armados; el problema del narcotráfico y la crisis económica.⁵⁷

Lo anterior, ha dado como resultado desequilibrios sociales y crecientes grupos sociales y económicos marginados. Las instituciones resultan ineficientes para resolver las demandas sociales, situación agravada por los procesos de privatización -con los que el Estado se desliga

⁵⁷ OPS; La Salud de los niños en las Américas: un compromiso con nuestro futuro, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1995, p. 2.

cada vez más de sus responsabilidades sociales- que no siempre compaginan con las necesidades reales de la sociedad.

En la actualidad hay más pobres en la región de América Latina y el Caribe que al inicio de la década de los ochentas, presentándose una mayor concentración en las zonas urbanas. La inequidad y desigualdad, tanto económica como demográfica se han acentuado al interior de los países. Las restricciones financieras que sufrieron los sectores sociales durante la última década han evidenciado cada vez más las serias limitaciones de las instituciones para la gestión de sus recursos, situación que se ha agudizado debido a la tendencia al incremento de los costos en los servicios.⁵⁸

Los avances en el sector salud han sido dirigidos a mejorar la cobertura, pero continúan las necesidades de acceso a la población debido a limitaciones de diversa índole. Hay una tendencia al incremento de la provisión de servicios de salud integrales a grupos de población prioritarios. El desarrollo de infraestructura es uno de los componentes a fortalecer dentro de los procesos de reforma del sector de la salud, así como mejorar los mecanismos para el abastecimiento de medicamentos esenciales y otros suministros. La descentralización, la participación social y la coordinación inter e intrasectorial son parte de las estrategias que han sido impulsadas y que en algunos lugares han producido resultados favorables. Además, un buen número de países ha dado pasos importantes para crear o fortalecer las unidades de promoción de la salud y educación sanitaria dentro de los ministerios de salud.

⁵⁸ OPS; Tercera Evaluación de la Aplicación de la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000: Resumen Regional de las Américas, <http://www.paho.org/Spanish/SHA/hfaresumen96.htm#4>

Los esfuerzos hechos por los países para mejorar sus sistemas de salud se han visto limitados por múltiples factores; los más frecuentes son los siguientes:⁵⁹

- a) Las necesidades de financiamiento y de otros recursos han sido vistas como limitantes para expandir y mantener los programas de salud.
- b) La limitada institucionalidad y coordinación existente en las organizaciones del Estado y de la sociedad civil.
- c) La excesiva centralización de las decisiones y los recursos disponibles.
- d) La ausencia de coordinación intersectorial entre los subsectores públicos y privados.
- e) El poco desarrollo integral de la estrategia de atención primaria de salud y la deficiente aplicación de sus componentes.
- f) La inexistencia de mecanismos de vigilancia y evaluación de los impactos de las políticas estructurales macroeconómicas y sectoriales, incluyendo entre estas últimas a la de salud.
- g) Problemas de gobernabilidad que afectan al sistema político.

En lo que se refiere a los recursos disponibles para el sector salud la situación que se observa es la siguiente: se percibe un aumento constante en el personal médico, superándose en la mayoría de los países la relación de 10 médicos por 10.000 habitantes. A pesar de lo anterior, no hay indicios de que la distribución geográfica y social de los trabajadores de salud haya mejorado desde la segunda evaluación de la "Estrategia de Salud para Todos 2000", persistiendo altas concentraciones las regiones centrales en

⁵⁹ *Ibid.*

perjuicio de las zonas rurales y periferias urbanas. Prácticamente la totalidad de los países que informaron reflejan esta situación y es considerada como crítica su reversión.

En cuanto a los recursos financieros se tiene el dato de que en 1994 los países de América Latina y el Caribe gastaron en salud alrededor de 118.000 millones de dólares, alrededor de \$250 *per cápita*. El Gasto Nacional en Salud (GNS) de la región en 1994 representó el 7,5% del PIB. Entre el conjunto de estos países existe grandes diferencias en los niveles absolutos y relativos de gasto nacional en salud, que varía de menos de \$30 en Haití y Honduras, hasta más de \$800 en Argentina y Bahamas. El GNS como porcentaje del PIB varía desde menos del 4% en Guatemala, Haití y Trinidad y Tobago, a más del 8% en Argentina, Belice, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos, Nicaragua y Uruguay.⁶⁰

Los gobiernos reconocen problemas de acceso y equidad en relación con los medicamentos en la mayoría de los países, y se hacen esfuerzos para mejorar la disponibilidad y el acceso de los mismos. A pesar de ello, las políticas de libre mercado al ser un componente de los procesos de reforma del sector de la salud, en muchos países la legislación y regulación sobre los medicamentos han constituido prioridades nacionales, con el objetivo de crear o actualizar su marco legal para mejorar el abastecimiento y el uso racional de medicamentos. Se ha estimado que el mercado farmacéutico de América Latina alcanza un valor de \$18,000 millones, y 77% del mismo corresponde a Argentina, Brasil y México. Sin embargo, estos países no son los de mayor consumo *per cápita*; el consumo oscila desde países con más de \$100 *per cápita* hasta países con un consumo inferior a \$5. El sector privado

representa 78% del mercado total farmacéutico. En cada uno de los bloques regionales (Mercado Común del Sur, Centroamérica y Área Andina), las autoridades de reglamentación farmacéutica de los países participantes se reúnen periódicamente para armonizar sus prácticas.⁶¹

En algunos países de la región no existen criterios o guías para la justificación médica de las transfusiones de sangre entera y sus derivados. En los últimos años, la aparición del SIDA ha aumentado la presión social que requiere seguridad absoluta en el producto que se transfunde. Como la selección de donantes continúa siendo un factor clave para la provisión de sangre segura es de vital importancia el tamizaje serológico de todos los donantes. Solamente cinco de los 33 países que enviaron la información notificaron un control del 100% de las donaciones de sangre y sus derivados.⁶²

La epidemia de VIH/SIDA sigue extendiéndose en esta región; se estima que de los 5.3 millones de nuevos casos reportados a diciembre de 2000, 210,000 corresponden a América Latina y el Caribe. En esta misma región viven 1,790,000 personas con SIDA.⁶³ América Central y del Caribe presentan los índices más elevados de América Latina, mientras que los países andinos son los de menor incidencia. Existen pruebas de que las infecciones están aumentando en América central y en el Caribe, regiones que padecen algunas de las peores epidemias de VIH fuera de África; como lo es el caso de Haití, en el que 2.6% de su población vive con el

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

⁶³ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Diciembre de 2000, p. 5

VIH/SIDA, con una tasa de prevalencia que oscila entre el 2.5 y 5% según el género y la edad.⁶⁴

La transmisión de la enfermedad se concentra más en grupos heterosexuales en Centroamérica y el Caribe debido a la iniciación sexual precoz y el cambio frecuente de parejas sexuales. En algunos países la prevalencia del VIH entre los hombres y mujeres de 15 a 49 supera el 8%. En las ciudades de Guyana, más del 7% de las mujeres embarazadas dieron positivo en la prueba de VIH. En Honduras, Guatemala y Belice también se observa el crecimiento de la epidemia de carácter heterosexual, con tasas de prevalencia entre adultos del 1 al 2%. Por otra parte, en otros países centroamericanos la transmisión heterosexual es poco común; por ejemplo en Costa Rica, donde la transmisión se concentra en los grupos de varones que tienen relaciones con varones con tasas de infección del 10 al 16%. En Costa Rica, como en los otros países centroamericanos, a pesar de la evidencia, la vigilancia sistemática del VIH en grupos con comportamiento de alto riesgo, es laxa.⁶⁵

En México y Argentina los afectados se encuentran más entre los homosexuales y consumidores de drogas. En México el 14% de los varones homosexuales se encuentra infectado por el VIH, convirtiéndose en el grupo más afectado, pues los profesionales del sexo registran una tasa de prevalencia menor a la del 2%; en Argentina la tasa de prevalencia en el mismo grupo es mayor al 18%. En la región andina, se reportan tasas bajas de prevalencia entre los heterosexuales, incluso entre los profesionales del sexo, pues las cifras revelan menos del 2% en Colombia, Perú y Bolivia. En estos mismos países, la tasa de prevalencia entre los varones homosexuales

⁶⁴ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, pp. 1124-125, 132-133.

es similar a la de México. Brasil registra más de medio millón de adultos que vive con el VIH/SIDA, con una tasa de prevalencia de la población general de un 0.5%, donde el grupo más afectado es el de los consumidores de drogas intravenosas con una tasa de prevalencia del 28%.⁶⁶

El panorama de la salud infantil se ve aún más agravado por el aumento del SIDA en la región de América Latina en general. La transmisión del virus en los infantes se da en la mayoría de los casos por vía intrauterina, durante el parto o el amamantamiento, aunque también se presenta en menor grado por transfusión de sangre contaminada y sexual, esto último ligado al consumo de drogas y a la prostitución infantil.⁶⁷

Aunque el tratamiento para el SIDA es caro, algunos países de América Latina se han sumado a las filas de los que proporcionan tratamiento antirretrovírico para las personas infectadas por el VIH. Sin terapia antirretrovírica, muchas más personas con el VIH desarrollarían infecciones oportunistas asociadas al deterioro del sistema inmunitario. El ejemplo más plausible de América Latina es el de Brasil, pues se calcula que el gobierno brasileño gastó unos 300 millones de dólares en 1999 para suministrar estos medicamentos a cerca de 75.000 personas. Durante un período de un año entre 1997 y 1998, Brasil ahorró 136 millones de dólares tan sólo en gastos de hospitalización y tratamiento para las personas con el VIH aproximadamente.⁶⁸

El Programa de Control Nacional del SIDA en Brasil, promete ser el hilo conductor para la región en lo referente al combate de la enfermedad. La política brasileña consiste en producir antivirales genéricos y distribuirlos

⁶⁵ *Ibídem*, pp. 15-16.

⁶⁶ *Ibídem*, pp. 16-17, 133-135.

⁶⁷ Organización Panamericana de la Salud; ; La Salud de los niños en las Américas: un compromiso con nuestro futuro, p. 26.

gratuitamente. Este programa invierte 400 millones de dólares anuales para dotar de medicamentos a 81 mil pacientes.⁶⁹ Lo más trascendental de este programa es que ha logrado que el gobierno pidiera incluir a toda la sociedad y que las organizaciones no gubernamentales contribuyeran mucho más y mejor en la lucha contra el SIDA.

En Argentina también se suministran antirretrovíricos a las personas que se descubre que son VIH-positivas. El resultado ha sido un descenso de más del 40% en la tasa de nuevos casos de SIDA comunicados cada año, desde un máximo de 71,6 por millón de personas en 1996 hasta 41,3 solamente dos años más tarde. En América Central y los Estados isleños del Caribe, el acceso a la terapia antirretrovírica es mucho más limitado que en América del Sur. En Guatemala, por ejemplo, que gasta en salud 64 dólares por persona y año, se calcula que sólo 185 personas tienen acceso a fármacos antirretrovíricos, entre un número estimado de más de 50.000 personas que viven con el VIH/SIDA.⁷⁰

⁶⁸ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999, p. 10.

⁶⁹ NOTIESE; "un modelo a seguir: el programa brasileño contra el SIDA" en: La Letra S, La Jornada, suplemento mensual, No. 52, México, 2 de noviembre de 2000, p. 2.

⁷⁰ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999, p.11.

Número de casos de SIDA reportados por año, casos acumulados y defunciones, por país y subregión Mayo de 2000												
Número de casos												
Subregión País o territorio	< 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Desconocidos	Total acumulado	Total de defunciones	Fecha del informe más reciente
TOTAL REGIONAL	448,495	109,715	105,412	105,001	97,999	88,534	74,805	58,082	4,414	1,088,053	513,522	
AMÉRICA LATINA	98,355	28,202	30,926	33,499	35,856	37,878	30,392	11,428	4,351	306,536	115,915	
ÁREA ANDINA	8,024	2,004	2,691	2,960	2,668	1,742	1,732	816	1,802	22,387	10,416	
Bolivia	56	21	18	18	28				25	141	107	01/98
Colombia	2,007	267	688	651	762	646	762	223	39	6,006	3,375	12/99
Ecuador	260	85	117	24	672				0	553	430	01/97
Perú	1,917	653	767	1,025	1,144	1,050	970	593	0	8,119	2,220	12/99
Venezuela	3,784	978	1,101	972	667	46			1,738	7,548	4,284	04/98
CONO SUR	4,194	1,864	2,612	2,684	3,211	2,948	2,232	911	6	20,656	6,368	
Argentina	3,025	1,460	2,161	2,157	2,556	2,157	1,630	527	0	15,673	3,883	12/99
Chile	733	246	297	350	421	522	395	163	0	3,127	1,631	10/99
Paraguay	79	55	35	50	78	96	27	49	5	469	242	03/00
Uruguay	357	103	119	127	156	173	180	172	1	1,387	612	05/00
BRASIL	50,346	16,528	17,950	19,399	21,005	20,925	18,774	5,151	0	170,078	66,636	12/99
CENTROAMÉRICA	4,744	1,916	2,146	2,294	2,890	2,850	2,475	1,936	642	21,521	4,900	
Belize	44	29	45	28	38				67	184	190	01/97
Costa Rica	460	124	155	161	107	127	46	97	217	1,277	840	12/99
El Salvador	447	155	387	380	417	329	65	105	358	2,285	305	08/99
Guatemala	372	178	110	141	835	649	397	656	0	3,338	537	02/00
Honduras	2,900	1,201	1,123	1,221	1,086	1,261	1,478	596	0	10,866	1,081	11/99
Nicaragua	39	23	38	21	28	20	30	15	0	214	117	11/99
Panamá	482	206	288	342	379	464	459	467	0	3,087	1,830	12/99
MÉXICO	18,625	3,950	3,543	4,070	3,763	3,516	3,474	1,342	0	42,283	16,636	07/99
CARIBE LATINO a) c)	7,383	584	526	533	509	4,448	503	270	922	14,756	2,847	
Cuba	165	82	102	116	99	127	142	56	39	889	578	08/99
Haití	4,970					3,932			867	8,902	1,280	01/99
Puerto Rico	11,322	2,697	2,359	2,141	2,051	1,664	1,324	794		24,352	15,188	12/99
República Dominicana	2,248	502	424		410	389	361	214	16	4,965	989	02/00
CARIBE	5,039	1,356	1,458		1,810	1,449	1,202	1,002	979	15,145	8,112	
Anquilla	5								2	5	3	01/95
Antigua y Barbuda	31	23	16	7	13	7	2	14	7	113	75	03/00
Antillas Neerlandesas	123	36		76					220	235	74	01/96
Aruba	14	1		22					0	37	17	04/96
Bahamas	1,092	297	322	390	374	389	243	87	0	3,194	1,968	01/99
Barbados	328	90	119	95	130	113	168		0	1,043	856	02/99
Dominica	12	14	6	5	14	19	12	15	14	97	94	01/98
Granada	34	21	7	18	18	4			9	102	68	01/97
Guadalupe	391	135	104	106	73				466	809	226	01/97
Guyana Francesa	344	52	70	78	62	35			222	641	267	01/97
Guyana	390	106	105	96	144	116	96	161	17	1,214	377	02/00
Islas Caimán	15	0	4	0	3	1	2	1	0	26	19	01/99
Islas Turcas y Calcos	25	14							0	39	30	01/93
Islas Vírgenes (RU)	8	2	1	3	0	3	1	2	1	20	7	01/98
Jamaica	497	219	335	511	491	609	643	671	0	3,976	1,642	02/99
Martinica	239	44	49	41	42				9	415	184	01/97
Montserrat	5	1	0	0	0	0	1	0	5	7	0	01/99
Saint Kitts y Nevis	37	3	5	5	6	4			0	60	33	01/97
San Vicente y Granadinas	46	8	13	6	12	16	28	51	0	180	123	03/00
Santa Lucía	41	12	13	10	14	15	6		0	111	104	01/99
Suriname	134	35	20	20	2				0	211	191	01/99
Trinidad y Tobago	1,228	243	269	340	412	118			7	2,610	1,754	02/00
AMÉRICA DEL NORTE	350,140	81,513	74,486	71,502	62,143	50,656	44,413	46,664	63	781,517	397,607	
Bermuda	208	15	44	48	17	13	5	13	63	363	258	03/00
Canadá	9,458	1,746	1,705	1,562	1,017	643	514	251	0	16,896	11,381	05/00
Estados Unidos (b)	340,474	79,752	72,737	69,892	61,109	50,000	43,894	46,400	0	764,258	385,968	05/00
Islas Vírgenes (EE.UU.)	164		41	41	28				11	274	31	08/98

a) La información proporcionada por Puerto Rico no se incluye en el Caribe Latino.

b) El número total de casos y muerte de EE.UU. incluye los datos de Puerto Rico e Islas Vírgenes (EE.UU.).

c) El aumento se debe al repote en 1998 de los casos de SIDA en Haití (1993-1997).

Fuente: OPS, "Vigilancia del SIDA en las Américas", Mayo 2000

Estimaciones sobre el VIH/SIDA 1999

País	Personas que vivían con el VIH/SIDA, final de 1999				Huérfanos por el SIDA	Defunciones por SIDA, 1999	Población, 1999		
	Adultos y niños	Adultos (15-49)	Tasa de adultos (%)	Mujeres	Niños (0-14)	Huérfanos, cifra acumulativa	Adultos y niños	Total (miles)	Adultos (miles)
Caribe	3600,00	350,000	2.11	130,000	9,600	85,000	30,000	32,024	16,860
Bahamas	6,900	6,800	4.13	2,200	150	970	500	302	164
Barbados	1,800	1,700	1.17	570	<100	190	130	269	147
Cuba	1,950	1,950	0.03	450	<100	190	120	11,154	6,076
Haití	210,000	200,000	5.17	67,000	5,200	74,000	23,000	8,090	3,917
Jamaica	9,900	9,700	0.71	3,100	230	1,200	650	2,561	1,366
República Dominicana	130,000	130,000	2.80	59,000	3,800	7,900	4,900	8,361	4,468
Trinidad y Tobago	7,800	7,600	1.05	2,500	180	930	530	1,288	722
América Latina	1,300,000	1,200,000	0.49	300,000	28,000	110,000	48,000	473,388	252,270
Argentina	130,00	120,000	0.69	27,000	4,400	8,900	1,800	35,579	17,880
Belice	2,400	2,400	2.01	590	<100	420	170	235	117
Bolivia	4,200	4,100	0.10	680	<100	260	380	8,146	3,943
Brasil	540,000	530,000	0.57	130,000	9,900	41,000	18,000	167,961	93,252
Chile	15,000	15,000	0.19	2,600	260	770	1,000	15,011	7,833
Colombia	71,000	70,000	0.31	10,000	900	2,800	1,700	41,565	22,412
Costa Rica	12,000	11,000	0.54	2,800	290	1,300	750	3,929	2,080
Ecuador	19,000	19,000	0.29	2,700	330	1,500	1,400	12,409	6,534
El Salvador	20,000	19,000	0.60	4,800	560	2,600	1,300	6,155	3,170
Guatemala	73,000	71,000	1.38	28,000	1,600	5,200	3,600	11,103	5,152
Guyana	15,000	15,000	3.01	4,900	140	1,100	900	855	489
Honduras	63,000	58,000	1.92	29,000	4,400	19,000	4,200	6,319	3,043
México	150,000	150,000	0.29	22,000	2,400	14,000	4,700	97,334	52,327
Nicaragua	4,900	4,800	0.20	1,200	<100	520	360	4,944	2,388
Panamá	24,000	23,000	1.54	9,400	670	2,100	1,200	2,811	1,499
Paraguay	3,000	2,900	0.11	520	<100	400	220	5,362	2,649
Perú	48,000	47,000	0.35	12,000	640	8,900	4,100	25,236	13,325
Suriname	3,000	2,900	1.26	950	110	480	210	415	228
Uruguay	6,000	5,900	0.33	1,500	<100	330	150	3,313	1,561
Venezuela	62,000	61,000	0.49	9,200	580	1,100	2,000	23,705	12,388

	Tasa de prevalencia estimada del VIH (%) en personas jóvenes (15-24), final de 1999				Tasa de prevalencia del VIH (%); datos de determinados grupos de población											
País	Mujeres		Hombres		Mujeres en dispensarios de atención prenatal- zonas urbanas			Mujeres en dispensarios de atención prenatal-zonas no urbanas			Varones pacientes con ITS-zonas urbanas					
	de	a	de	a	Año	Med	Min	Max	Año	Med	Min	Max	Año	Med	Min	Max
Caribe																
Bahamas	2.41	2.93	3.15	4.55	1993	3.6	3.6	3.6								
Barbados	0.76	0.92	0.99	1.43	1996	1.1	1.1	1.1					1988	4.7	4.7	4.7
Cuba	0.02	0.03	0.05	0.07	1996	0	0	0								
Haití	2.56	3.26	3.94	5.83	1996	10	10	10	1996	4.8	4	13.1	1992	19.2	13.0	25.4
Jamaica	0.36	0.44	0.48	0.70	1997	1	1	1					1997	6.6	5.6	7.5
República Dominicana	2.44	3.11	2.08	3.08	1998	1.4	1.4	1.4	1998	2.1	0.3	2.2	1998	3.3	3.3	3.3
Trinidad y Tobago	0.53	0.64	0.69	1.00	1996	1	1	1					1996	5.8	5.8	5.8
América Latina																
Argentina	0.23	0.34	0.68	1.04	1995	1.8	0.8	2.8	1999	0.24	0.05	1.21	1998	10.8	10.8	10.8
Belice	0.77	0.98	1.75	2.59												
Bolivia	0.03	0.04	0.10	0.15	1997	0.5	0.5	0.5	1988	0	0	0	1997	2	2	2
Brasil	0.23	0.33	0.55	0.84	1996	0.7	0.6	2.6	1998	0.4	0.4	0.4	1996	1.4	1	1.9
Chile	0.06	0.09	0.23	0.35	1997	0.1	0.1	0.1	1997	0	0	0	1997	3	3	3
Colombia	0.08	0.12	0.35	0.53	1994	0.5	0.1	1.1	1999	0.1	0.05	0.15	1999	0.26	0.05	0.26
Costa Rica	0.22	0.33	0.51	0.78	1997	0.3	0.3	0.3	1997	0.1	0.1	0.1	1994	3.1	3.1	3.1
Ecuador	0.06	0.09	0.29	0.45					1992	0.3	0.3	0.3				
El Salvador	0.24	0.31	0.55	0.81	1995	0	0	0								
Guatemala	0.81	1.03	0.93	1.38	1999	2.9	2	3.8	1999	1.9	1	2.8				
Guyana	2.03	2.58	3.12	4.62	1997	3.8	3.8	3.8	1998	3	3	3	1997	21.5	17.9	25
Honduras	1.46	1.86	1.13	1.68	1998	2.9	0.7	5	1998	3	3	3				
México	0.05	0.08	0.33	0.48	1996	0	0	0								
Nicaragua	0.05	0.08	0.17	0.26					1997	0.9	0.9	0.9				
Panamá	1.20	1.52	1.33	1.97	1994	0.3	0.3	0.3								
Paraguay	0.03	0.04	0.11	0.16	1992	0	0	0	1999	0.04n						
Perú	0.14	0.21	0.31	0.48	1999	0.3n							1990	18.7	18.7	18.7
Suriname	0.70	0.89	1.07	1.59	1991	0.8	0.8	0.8	1991	0	0	0				
Uruguay	0.17	0.25	0.33	0.49	1991	0	0	0	1996	0	0	0	1991	1.3	1.3	1.3
Venezuela	0.12	0.17	0.52	0.79	1996	0	0	0								

País	Tasa de prevalencia (cont.)								Indicadores de la prevención										
	Mujeres profesionales del sexo-zonas urbanas				Consumidores de drogas intravenosas-zonas urbanas				Disponibilidad de preservativos			Notificación de parejas sexuales no habituales (%)			Notificación del uso del preservativo con una pareja ocasional (%)				
	Año	Med	Min	Max	Año	Med	Min	Max	Per cápita	Año	Acceso (%)	Año	Masc	Fem	Año	Mas	Fem	Año	Gpo. etario
Caribe																			
Bahamas																			
Barbados																			
Cuba									8.2	1997		48.6	14.44	1996					15-49
Haití	1989	41.9	41.9	41.9															
Jamaica	1997	5	5	5													38.3	1997	15-49
República Dominicana	1998	2.4	1.1	6.5								47.5 _a						1997	15-49
Trinidad y Tobago	1988	13	13	13															
América Latina																			
Argentina	1998	2.6	0.6	5.0	1998	18.8	18.8	18.8							<55 _a			1995	15-49
Belice																			
Bolivia	1997	0	0	0					0.1	1997					65.1	33.4	1994	15-49	
Brasil	1998	17.8	17.8	17.8	1998	28	28	28	2.4	1996			7.5	1996	14.7	4.3	1996	15-49	
Chile											83	1997	28	6	1997	33	18	1997	15-49
Colombia	1994	1.1	1.1																
Costa Rica	1995	0.9	0.9	0.9							96	1995	21.4	12.5	1995	55.3	42	1995	15-49
Ecuador	1990	0	0	0															
El Salvador	1991	2.2	2.2	2.2															
Guatemala	199	6.8	2.6	11															
Guyana	1997	44.3	43.5	45															
Honduras	1997	13.3	13	13.5															
México	1998	0.6	0	3.05	1998	0.07	0	4.4	1.1	1997		15.4		1997	62.8 _a		1997	15-49	
Nicaragua	1999	0.8 _n																	
Panamá	1986	0	0	0															
Paraguay	1989	0.1	0.1	0.1					0.6	1995							79.1	1996	15-49
Perú	1990	0.7	0.7	0.7	1990	28.1	28.1	28.1				13.6	1.5	1996	32.6	35.3	1996	15-49	
Suriname	1990	2.6	2.6	2.6															
Uruguay	1997	0.5	0.5	0.5	1997	24.4	24.4	24.4											
Venezuela	1994	0	0	0															

Fuente: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Junio 2000.

3. Acción de la Sociedad Internacional contra el SIDA.

3.1 Los derechos humanos y los valores morales

Los valores morales surgen de la esencia del hombre y expresan lo mejor de él, ya que lo perfeccionan haciéndolo más humano, entendiéndose esto último como un ser más noble, más digno, de mayor calidad en su persona misma.

Los valores morales dependen del libre albedrío. Cada individuo va forjando sus propias virtudes conforme a su acción y es responsable de su conducta moral. Esto quiere decir que el hombre es virtuoso gracias a su esfuerzo y constancia para la adquisición de las virtudes, de tal forma que el hombre queda como sujeto activo y no pasivo respecto a los valores morales.

Esta última aseveración se relaciona con el carácter dinámico de los derechos humanos, pues si se piensa que el hombre es el que va moldeando su comportamiento y su concepción moral, pues entonces los derechos humanos, basados en los valores, también van modificándose a la par.

Los valores universales, tales como la libertad, la igualdad, la dignidad, la vida, son la base en la cual se asientan los derechos humanos. Los derechos humanos garantizan la realización y la protección de los valores.

Además de estar basados en los valores universales, los derechos humanos también encuentran un importante soporte en los valores sociales, pertenecientes a una segunda jerarquía de valores. Dichos valores son por ejemplo la cooperación y cohesión social, la prosperidad, el prestigio y la autoridad.

Norberto Bobbio señala que no hay un fundamento absoluto de los derechos humanos. El problema fundamental de los derechos humanos, empero, no es esa falta de justificación

sino de protección. A juicio de Bobbio la discusión actual de los derechos humanos no debe estar centrada en el problema filosófico, sino más bien en el político-jurídico.⁷¹ Ante esta concepción queda una pregunta, pues si bien la protección de los derechos humanos requiere de urgente respuesta jurídica, no se puede menos que pensar de dónde saldría la motivación para la respuesta, a qué impulsos obedecería, es decir su base filosófica. Dejar a un lado el fundamento filosófico equivaldría a no encontrar la respuesta que tan urgentemente se busca.

Un argumento insoslayable que se puede agregar a la filosofía, en concreto a la axiología, es el tener presente que los obstáculos de los valores morales ocasionan también violaciones a los derechos humanos. La ignorancia, el miedo y la violencia son catalizadores y conductores de acciones contrarias a los derechos humanos, que impiden justamente su realización y protección.

El fundamento que encuentran los derechos humanos en los valores morales universales pareciera ser suficiente para su protección y realización; sin embargo, hay que tener cuidado en esta afirmación por las dos razones siguientes. La primera es el carácter universal de los derechos humanos, si bien la noción de la vida, la libertad y la dignidad es general, su concepción, su entendimiento varía con cada cultura. La segunda es que se necesita de una autoridad que a través de una institución reconocida proteja a los derechos dentro de un marco legal, pues por más razones que se esgriman a favor de la dignidad humana, haría falta la decisión del individuo a su favor tanto en aceptación moral como en la práctica. El que un poder superior vigile la realización de los derechos

⁷¹ N. Bobbio; *El problema de la guerra y las vías de la paz*, Gedisa, Barcelona, 1982, pp. 117-178, citado en: Muguerra, et. al. ; El Fundamento de los Derechos

humanos, la garantiza, independientemente de la existencia de acciones contrarias a los valores que violen los derechos humanos.

En un nivel muy simple de análisis, las personas tienen derechos debido a su condición humana que les hace merecedores de llevar una vida íntegra y digna. Siguiendo esta línea los derechos humanos se deben aplicar a todas las personas sin importar su condición. La dificultad en este punto estriba en las diferentes apreciaciones culturales según las zonas geográficas del planeta, por lo cual la legislación regional dispensa un nivel de protección inferior al estipulado por la legislación universal en la materia. No se pretende considerar o tratar a todos desconociendo las particularidades y diferencias culturales de cada individuo o grupo haciendo prevalecer los valores de una cultura sobre las otras, sino de darles un trato equivalente y las mismas oportunidades y hacer respetar sus derechos y dignidad por igual, respetando la diversidad.

La noción de derechos humanos afecta directamente la relación entre los gobiernos y los individuos. Todo ser humano puede plantear una reclamación a su sociedad o gobierno, invocando su derecho, y no como privilegio o favor especial. Las sociedades y los gobiernos están obligados, en la medida de lo posible, a atender y satisfacer las reclamaciones que se funden en estos derechos, ya que éstos abarcan los principios fundamentales de la humanidad, por ello, su ejercicio no debe ser obstaculizado bajo ninguna circunstancia. No obstante, hay que tener presente que la satisfacción es progresiva, ya que el Estado responde de acuerdo a sus posibilidades y con apego a las normas reglamentarias de los servicios.

La promoción y protección de los derechos humanos no están limitadas por las fronteras de los Estados nacionales. Cada nación es responsable de hacer respetar y promover los derechos humanos. Los individuos, las naciones y la comunidad de Estados son responsables de la promoción de los derechos humanos a través de las fronteras, en cualquier lugar y en cualquier momento, y deben preocuparse por hacerlo.

Cabe mencionar que en algunas situaciones y en determinado momento un Estado puede restringir los derechos humanos, lo cual no es considerado como violación a los derechos siempre y cuando esté justificado y el Estado lo haya impuesto legítimamente. La suspensión se aplica en casos en los que se restringen los derechos por motivos de crisis. En este punto hay que hacer notar la adecuada utilización de los términos restricción y violación de los derechos humanos. La restricción se refiere a las situaciones descritas en el párrafo anterior, en cambio la violación se refiere a la situación en que el Estado no asume una obligación en materia de derechos humanos, es decir el incumplimiento. Por ejemplo, si un Estado no establece un sistema de atención de salud o establece un sistema de atención de salud que sólo satisface las necesidades de grupos específicos de la población, no cumple con las obligaciones que ha contraído con respecto al derecho de salud.⁷²

El marco legal de respeto a los derechos humanos y su reconocimiento y aplicación efectivos se encuentran en la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948. Es el fundamento porque es el instrumento donde se establece una lista de derechos básicos "como ideal común por el que todos los pueblos y las naciones deben

esforzarse"⁷³; por esta razón, la declaración es el instrumento fundamental de los derechos humanos.

Junto a la anterior Declaración, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos económicos, Sociales y Culturales, componen la Carta Internacional de Derechos Humanos, la cual sirve de marco a la reflexión y la práctica moderna en la materia y crean obligaciones jurídicas para las naciones que los suscriben. La legislación nacional sobre derechos humanos debe ser compatible con la legislación internacional al respecto.⁷⁴

Como norma, los órganos internacionales de derechos humanos sólo están autorizados a examinar quejas, a condición de que antes se hayan agotado todos los recursos internos. Este es un obstáculo importante y un elemento disuasivo para muchos individuos que podrían desear presentar una queja ante un organismo internacional de derechos humanos.

El origen de los derechos humanos se encuentra en la época de la Ilustración, cuando filósofos y juristas defendieron por primera vez la idea de que al hombre, independientemente de su asociación política o religiosa, le corresponden derechos naturales los cuales el Estado está obligado a proteger, ya que le son anteriores y superiores a él. La concepción de la existencia de derechos inalienables y naturales del hombre fue la base del reconocimiento de los derechos civiles y políticos y de los derechos humanos. La Declaración de Independencia de Estados Unidos del 4 de julio de 1776, y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, formulada por la Asamblea Nacional francesa el 26 de agosto de 1789, contienen en su texto a la primera

⁷² FISCRyMLR y HSPH; SIDA, Salud y Derechos Humanos. Un Manual Explicativo. Federación Internacional De Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja-Harvard School of Public Health, Boston, 1995, p.24.

⁷³ Preámbulo, Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

generación de derechos humanos, los derechos civiles y políticos, los cuales se resumen en libertad de pensamiento, de expresión, de reunión y de asociación, protección contra la detención arbitraria e igualdad ante la ley.⁷⁵

La segunda generación de derechos humanos se gesta en el siglo XIX a raíz de las circunstancias y abusos surgidos de la Revolución Industrial. Los derechos humanos de la segunda generación, o derechos económicos, sociales y culturales, fueron reconocidos gracias a una serie de movimientos obreros inspirados en las ideas socialistas. Entre ellos se encuentran el derecho de los trabajadores a asociarse, la igualdad en el trabajo y en el salario, la limitación de la jornada laboral, el derecho al descanso, el derecho a la salud, y el derecho a huelga. La tercera generación de derechos humanos surge después de la Segunda Guerra Mundial y de la necesidad de la cooperación internacional para la solución de problemas que afectaban e involucraban a toda la humanidad. Esta tercera generación es conocida como los derechos de solidaridad que son, el derecho a la paz, el derecho al desarrollo, y el derecho a un medio ambiente no contaminado.⁷⁶

⁷⁴ FISCRyMLR y HSPH; *Op. Cit.*, p. 42.

⁷⁵ EB; Enciclopedia Hispánica, Encyclopaedia Britannica Publishers, Inc., Kentucky, 1996, Vol. 5, p.137.

⁷⁶ *Ibidem*.

3.1.1 Derecho a la salud

El derecho a la salud⁷⁷ se encuentra definido en la "Declaración de Alma-Ata" de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, al señalar que: "...la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental..."⁷⁸ También se encuentra en la Declaración Universal de Derechos Humanos en el artículo 25 al señalar éste que: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure; así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales..." así como también se puede hallar en el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" como el "derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"⁷⁹.

El reconocimiento del derecho a la salud impone a los Estados la obligación de promover y proteger la salud de los individuos y la comunidad, incluye en esa responsabilidad la de garantizar una atención de salud de calidad, pues tienen la obligación de velar por los individuos que lo conforman, además de ser las únicas instituciones que tienen la capacidad de hacer valer el derecho a la salud. Por lo tanto, los Estados están obligados a facilitar los recursos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, junto con un sistema de salud adecuado. La política sanitaria de los Estados debe orientarse a las necesidades de todos,

⁷⁷ Según el Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades.

⁷⁸ Art. I de la Declaración Alma-Ata de 1978

⁷⁹ Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

evitando cualquier forma de discriminación. La justificación de por qué los estados deben incluir y proteger el derecho a la salud se encuentra en el Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos al señalar que:

"Considerando que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de derecho. Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas ha reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre,... en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de libertad..."

La Declaración de Alma-Ata señala que "los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas."⁸⁰ Otro argumento que justifica la obligación del Estado al cumplimiento del derecho a la salud lo da Edmundo Hernández-Vela al definir a los derechos del enfermo como el "conjunto de principios que deben de servir de norma a los Estados y a las diversas instituciones y organizaciones concernidas, con el objeto de garantizar el acceso de todas las personas a los servicios y recursos médicos, públicos y privados, y la distribución equitativa de éstos".⁸¹

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la salud como un derecho humano y las consiguientes responsabilidades que se originan a partir de dicho reconocimiento. La constitución de la OMS reconoce el derecho a la salud cuando dice: "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". En este mismo documento se hace notar la importancia que

⁸⁰ Art. V de la Declaración Alma-Ata de 1978

tiene la salud en las relaciones internacionales, pues es necesaria la cooperación entre los países para lograr el acceso a esa condición. Esta idea queda plasmada de la siguiente manera "la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados".

A pesar de la buena voluntad que puedan tener las organizaciones, instituciones, Estados o individuos para hacer valer el derecho a la salud, la situación actual de desigualdad económica entre y dentro de los países, es un obstáculo para lograr un acceso general a la atención médica. Tan es así que la misma OMS en su constitución menciona que: "la desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento a la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común". Reconocido este problema se puede decir que la cooperación internacional no debe abandonar la perspectiva de una solución integral a los problemas que aquejan a los países. La disminución del impacto del VIH/SIDA en todos los sectores de la sociedad y el control de la propagación de la pandemia dependen de la capacidad de respuesta de los Estados, la cual está sujeta de su capacidad económica. Mientras no se resuelvan los problemas que minan la capacidad económica de los países, las acciones que se lleven a cabo para solucionar el problema del SIDA corren el riesgo de ser sólo de corto plazo. La consecución del derecho a la salud no depende sólo de una legislación que lo reconozca ni de medicamentos baratos, si bien estos factores son fundamentales, también depende de un sistema de salud que garantice un acceso equitativo a la atención médica, factor que sólo se puede dar

⁸¹ Edmundo Hernández-Vela; Diccionario de Política Internacional, p. 210.

si el país tiene las condiciones económicas necesarias para contar con ese tipo de sistema.

3.1.1.1 Derecho a la salud de los enfermos de VIH/SIDA

Si los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, son universales, inherentes al hombre, entonces, ¿por qué hacer una distinción a los enfermos de VIH/SIDA?. Del SIDA, si bien se conocen sus signos, síntomas, la evolución de la enfermedad y las formas de transmisión, no se conoce el origen de su causa, es decir, el origen. El desconocimiento sobre algo causa aprensión, miedo, suficiente razón para estigmatizar la enfermedad, conceptualizándola como un castigo, ya sea divino o del destino.⁸² Por otra parte, el SIDA es una enfermedad mortal hasta ahora incurable, factor que contribuye a aumentar el miedo a la enfermedad y a la posibilidad de contraerla. Para agravar más la situación, al conocer que la enfermedad se transmite por vía sexual, a través de comportamientos que tienen lugar en la intimidad, el padecimiento adquiere un cariz de morbo, de suciedad, de vergüenza, de depravación, pues comparte los tabúes culturales y religiosos del sexo. Si agregamos que el SIDA fue relacionado al principio de su propagación con individuos con preferencias sexuales "moralmente reprobables" para las sociedades conservadoras, es fácil entender por qué la enfermedad es vista como castigo a las acciones que

⁸² Susan Sontag expresa bellamente esta idea de la siguiente manera: "Basta ver una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, sino literalmente contagiosa." Susan Sontag; La enfermedad y sus metáforas y El SIDA y sus metáforas, Traducc. Mario Muchnik, Editorial Taurus Pensamiento, Madrid, 1996, p. 13.

provocaron el contagio⁸³, y por qué el sentimiento de la necesidad de castigar a los enfermos por pecadores, por haberse comportado mal. El paciente pasa de ser víctima a victimario, su castigo es la segregación, el abandono y al final la muerte como justo castigo. Los enfermos de SIDA se convierten en un grupo muy identificado rechazado, perseguido por la sociedad, en lugar de ser ayudado. Por tales razones, los enfermos de VIH/SIDA son más susceptibles a la violación de sus derechos humanos y por ende a la discriminación. Tales circunstancias hicieron necesario el reconocimiento por escrito del derecho a la salud de los enfermos VIH/SIDA para así poder protegerlos y procurar su acceso a la atención médica como cualquier otro ser humano que requiera de ella.

Si bien es cierto que la Declaración Universal de Derechos Humanos no es un instrumento elaborado *ex profeso* para las personas que viven con VIH/SIDA, sí constituye el instrumento en el que se basa la normatividad de los derechos humanos para toda la sociedad y, por lo tanto, también para los enfermos de VIH/SIDA, por lo que se puede decir que el marco de protección de los derechos de las personas con VIH/SIDA tiene su origen en esta declaración.

El documento hecho *ex profeso* sobre los derechos humanos de los enfermos VIH/SIDA es la "Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad aplicables en el contexto del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)". Esta declaración fue dada a conocer en 1992 como anexo al documento El CN.4/1992/82 de la Comisión de Derechos Humanos de las

⁸³ Al respecto Susan Sontag dice: "El considerar una enfermedad como castigo es la más vieja idea que se tiene de la causa de una enfermedad, es una idea que se opone a todo el cuidado que merece un enfermo." Susan Sontag; *Op. Cit.*, p. 129.

Naciones Unidas. Este instrumento tiene como fin establecer cuáles serán los principios éticos, humanitarios y de derechos humanos que regirán las políticas públicas y la conducta del personal hospitalario y académico que aborde el VIH/SIDA desde el punto de vista médico y científico. En su artículo 1º pone de manifiesto que el respeto a los derechos humanos de los enfermos de VIH/SIDA es fundamental para el control de la pandemia.⁸⁴ Otro punto esencial del que se ocupa la declaración es la no discriminación⁸⁵ de los enfermos VIH/SIDA, abogando por su inclusión completa a la sociedad y a los beneficios que se le otorgan a cualquier miembro de ella. En lo que compete al derecho a la salud, el artículo 2⁸⁶ del mismo instrumento, otorga los siguientes derechos:

- Derecho al trabajo y a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar, incluidos la vivienda, la alimentación y el vestido.
- Derecho al nivel más alto alcanzable de salud física y mental.
- Derecho a la seguridad en caso de falta de medios de subsistencia causada por el desempleo, la enfermedad, la incapacidad, la viudez o la ancianidad.
- Derecho a participar en la vida cultural de la comunidad y a compartir el progreso científico y sus beneficios.

⁸⁴ Art. 1º. El respeto por parte de todos los órganos intergubernamentales, organismos internacionales, Estados, autoridades públicas y privadas, instituciones, empresas, organización, asociaciones profesionales y otros grupos y particulares de los derechos humanos de todos, así como de los principios de la ética y la humanidad es esencial para hacer frente con eficacia al VIH y al SIDA.

⁸⁵ **Discriminación:** en términos de derechos humanos, la discriminación constituye una infracción a una obligación asumida en materia de derechos humanos. FISCRyMLR y HSPH; Op. Cit., p. 28.

⁸⁶ Art. 2º. Toda persona tiene derecho, sin discriminación, al goce de los derechos que le reconoce el derecho internacional.

El artículo 3^o⁸⁷ de la Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad aplicables en el contexto del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) también se refiere a la no discriminación apuntando la obligación que tienen los Estados de proteger la salud pública, pues se reconoce que el SIDA es un problema de salud pública y que para su control es necesario que el Estado proporcione la atención médica a los afectados. El artículo 6^o⁸⁸ se ocupa específicamente del principio de no discriminación y de su relación con los enfermos de VIH/SIDA, resaltando la igualdad de acceso a los recursos de la sociedad.

En lo que se refiere a cooperación internacional, la Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad aplicables en el contexto del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), reconoce la trascendencia de la colaboración de los Estados miembros de las Naciones Unidas para resolver los problemas que surgen a consecuencia del impacto del SIDA en todos los sectores de los países, resaltando la importancia de la ayuda de los países industrializados hacia los países en desarrollo, carentes de

⁸⁷ Art. 3o El respeto del derecho a la vida y del derecho al más alto nivel alcanzable de salud física y mental **impone a todos los Estados la obligación de proteger la salud pública**, incluida la provisión de información apropiada, educación y apoyo que permita a las personas desarrollar y mantener en estilo de vida sano y proteger a otros de la infección.

⁸⁸ Art. 6°. En virtud del derecho internacional el principio de no discriminación prohíbe la discriminación en el disfrute de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. La expresión "o cualquier otra condición social" debe interpretarse en el sentido de que incluye circunstancias personales de ocupación, estilo de vida, orientación sexual y estado de salud. El principio de no discriminación requiere también la igualdad

recursos y tecnología.⁸⁹ Un país que no reconozca los peligros de no atender a los enfermos, que no haga lo posible por la contención de la epidemia a través de medidas y programas de prevención y control respetando los derechos de los enfermos, prefiriendo la negación de la realidad y las repercusiones, son más vulnerables a la propagación masiva de la enfermedad y por lo tanto a sufrir las consecuencias nocivas de la misma, ya señaladas anteriormente, a gran escala.

3.1.1.2 Implicaciones éticas en la administración médica

A pesar de concebirse como un acto de decisión individual o privada el cuidado de la salud, no se puede deslindar la responsabilidad del Estado, ya que la epidemia tiene repercusiones sociales que requieren de la acción y el compromiso de los sectores públicos de seguridad y salud.⁹⁰ El SIDA es un problema de salud pública, más allá de su condición de epidemia, debido a que la salud pública promueve la consecución de salud para todos, en especial para los que son vulnerables a los factores que amenazan su bienestar físico, mental o social, como es el caso de los enfermos VIH/SIDA. En este último punto coinciden la salud pública y los derechos humanos, pues ambos persiguen el objetivo de promover y proteger el bienestar de todos los individuos.

de acceso de todas las personas a la educación, la atención de salud, la vivienda y otros recursos de la sociedad.

⁸⁹ Art. 11°. E cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados Miembros de las Naciones Unidas de tomar medidas conjunta y separadamente para resolver los problemas internacionales de carácter económico, social, sanitario y otros problemas conexos y asegurar el respeto universal y la observancia de los derechos humanos requiere que los Estados más ricos ayuden a los Estados económicamente menos desarrollados en sus esfuerzos para promover la salud pública y abordar las dimensiones sanitarias, sociales y económicas de VIH y del SIDA.

⁹⁰ FISCRyMLR y HSPH; Op. Cit., p. 13

En el campo de la salud pública las libertades individuales se enfrentan a la ética, ya que el bienestar de la comunidad se contrapone a las libertades del individuo al imponerse restricciones al espacio privado para prevenir los problemas de salud.⁹¹ La discusión sobre los derechos humanos de los enfermos o infectados por VIH/SIDA se centra en los aspectos éticos médicos de la identificación, el tratamiento y manejo de los enfermos de SIDA. Esta discusión rebasa las áreas de la práctica médica y se inserta en la definición de sus repercusiones sociales, familiares y laborales.

El principal problema que plantea el SIDA a la atención médica⁹² es la escasez de recursos, como ya se ha mencionado anteriormente, el costo del tratamiento es muy elevado, no sólo por la administración de retrovirales combinados, sino también por la estancia hospitalaria que se puede requerir en las distintas fases de la enfermedad y la atención a las "enfermedades oportunistas" como la tuberculosis, siendo esto último lo que resulta ser más oneroso frecuentemente. El problema de la escasez de recursos del sector salud está estrechamente ligado a la capacidad económica del Estado. Un país en desarrollo o menos desarrollado, víctima de crisis y de inestabilidad política y social, adolece de una economía sólida que le permita una mayor asignación de recursos al sector salud, menos aún si éste mismo país sigue las tendencias neoliberales de recortes al gasto social y aumento de impuestos a los bienes de consumo básico y a las medicinas. Antes incluso de la epidemia, los sistemas

⁹¹ Blanca Rico, Patricia Uribe, et. al; "El SIDA y los Derechos Humanos" en: Salud Pública de México. Doce años de SIDA en México. Edición especial, Volumen 37, No. 6, Instituto Nacional de Salud Pública, México, noviembre-diciembre de 1995, p. 664.

⁹² La atención médica consiste en la detección de la enfermedad y su tratamiento. Se centra en la infección y la enfermedad. En el caso del SIDA puede incluir profilaxis para prevenir complicaciones o el desarrollo de enfermedades

sanitarios en los países en desarrollo no recibían una cuota justa de los presupuestos nacionales. Normalmente los centros sanitarios y los hospitales tenían una dotación de personal insuficiente; los servicios de diagnóstico eran inadecuados, los suministros de fármacos erráticos y la formación de los proveedores de asistencia era desigual y a menudo deficiente. Además, se ha señalado por la propia Organización Mundial de la Salud que, "a pesar de décadas de esfuerzos de las comunidades y los gobiernos para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, y con todo y la ayuda internacional a través de organismos y agencias especializadas de las Naciones Unidas, las deficiencias del sector de la salud en el mundo en desarrollo parecen estar creciendo en vez de menguar".⁹³ Estas anomalías se han agravado con la llegada de la epidemia de VIH, que simultáneamente, ha aumentado las demandas de asistencia y ha reducido la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios. Ante esta situación el panorama no es nada alentador, pues el orden mundial no apunta hacia el desarrollo humano, sino al desarrollo económico y de las empresas.

paralelas, así como el tratamiento para ayudar a evitar la transmisión del VIH. FISCRyMLR y HSPH; Op. cit., p. 43.

⁹³ ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, pp. 89, 92.

Precio (en dls. de Estados Unidos) de una dosis diaria definida de algunos antirretrovíricos seleccionados en cinco países						
Medicamento	Dosis diaria definida	EE.UU. ⁽¹⁾	Costa de Marfil ⁽²⁾	Uganda ⁽³⁾	Brasil	Tailandia ⁽⁶⁾
Zidovudina 100 mg	600 mg	10.12	2.43	4.34	1.08 ⁽⁴⁾	1.74
Didanosina 100 mg	400 mg	7.25	3.48	5.26	2.04 ⁽⁴⁾	2.73 ⁽⁷⁾
Estavudina 40 mg	80 mg	9.07	4.10	6.19	0.56 ⁽⁴⁾	0.84
Indinavir 400 mg	2400mg	14.93	9.07	12.79	10.32 ⁽⁵⁾	ND
Saquinavir 200 mg	1200 mg	6.50	4.82	7.37	6.24 ⁽⁵⁾	ND
Efavirenz 200 mg	600 mg	13.13	6.41	ND	6.96 ⁽⁵⁾	ND

1) Precios, a 2 de abril de 2000, de www.globalrx.com, una farmacia norteamericana de venta por correspondencia que ofrece antirretrovíricos registrados con un recargo mínimo (no se incluyen los gastos de expedición).

2) Precios para los usuarios finales, Iniciativa del ONUSIDA de Acceso a los Medicamentos, Côte d'Ivoire, marzo de 2000.

3) Precios para los usuarios finales, Iniciativa del ONUSIDA de Acceso a los Medicamentos, Uganda, marzo de 2000.

4) Fármacos genéricos producidos en el Brasil (US\$ 1 = R\$ 1.8).

5) Costo para el Gobierno del Brasil, en enero del 2000, de los fármacos importados (US\$ 1 = R\$ 1.8).

6) Fármacos genéricos producidos por la Organización farmacéutica Gubernamental, Tailandia (US\$ 1 = R\$ 38 baht).

7) Formulación en polvo del 115 mg, equivalente a un comprimido de 100 mg

Fuente: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia Mundial del SIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Junio 2000.

La prestación inadecuada de servicios sanitarios a las personas que viven con el VIH puede corregirse seleccionando de manera racional los servicios ofrecidos, potenciando los recursos humanos del sistema sanitario, mejorando sus infraestructuras y asegurando la disponibilidad de estuches de pruebas, medicamentos y otros productos esenciales relacionados con el VIH.⁹⁴ Todo lo anterior tiene un costo, por lo tanto, una consideración primordial es asegurar la financiación del sistema de salud y de un programa para la atención del VIH/SIDA con presupuesto exclusivo.

El conjunto de medidas de asistencia y apoyo al que podrán acceder las personas que viven con el VIH o con SIDA dependerá de la capacidad para movilizar recursos humanos, infraestructurales y financieros. En los lugares donde la capacidad para movilizar recursos sea muy limitada o algo

⁹⁴ Ibídem, p. 96.

limitada, el conjunto de medidas será forzosamente más restringido que en aquellos lugares donde se disponga de un caudal de recursos relativamente limitado. En estos conjuntos de medidas no están contemplados el mejoramiento de los sistemas de salud a través de una mayor eficacia y cobertura. Los tres tipos de conjuntos de medidas básicas para la atención del VIH/SIDA según ONUSIDA se describen en el siguiente cuadro.

Conjuntos de medidas de asistencia y apoyo, según la disponibilidad de recursos	
El conjunto de medidas esencial	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH. • Apoyo psicosocial a las personas positivas y sus familias. • Cuidados paliativos y tratamiento para la neumonía, candidiasis oral, candidiasis vaginal y tuberculosis pulmonar (tratamiento breve bajo observación directa [DOTS]). • Prevención de infecciones mediante profilaxis con cotrimoxazol para las personas VIH positivas sintomáticas. • Reconocimiento oficial y fomento de las actividades comunitarias que reduzcan los efectos de la infección por el VIH.
El conjunto de medidas intermedio	<p>Todo lo anterior MÁS una o más de las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda activa (y tratamiento) de casos de tuberculosis entre las personas VIH positivas. • Terapia profiláctica de la tuberculosis para las personas VIH positivas. • Fármacos antimicóticos sistémicos para infecciones micóticas sistémicas (como la criptococosis). • Tratamiento del sarcoma de Kaposi con medicamentos esenciales. • Tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello uterino. • Tratamiento del herpes extenso con aciclovir • Financiamiento de actividades comunitarias que reduzcan los efectos de la infección por el VIH.
El conjunto de medidas avanzado	<p>Todo lo anterior MÁS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia antiretroviral triple. • Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas que son difíciles de diagnosticar y/o costosas de tratar, como las infecciones micobacterianas atípicas, la infección por citomegalovirus, la toxoplasmosis y los cánceres asociados al VIH. • Servicios públicos concretos que aminoren las repercusiones económicas y sociales del VIH y que complementen los esfuerzos comunitarios para reducir los efectos de la infección.
Fuente: ONUSIDA/OMS. Informe sobre la epidemia Mundial del SIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Junio 2000, p. 98.	

El cumplimiento del derecho a la salud está estrechamente ligado a la disponibilidad de recursos del sistema de salud de un país, eso es innegable, lo que habría que resaltar también de este punto es que hay que asegurar

que con los pocos o muchos recursos de que se disponga se haga valer ese derecho, es decir, que ese acceso a la atención médica sea real. También es indispensable que se eleven los recursos al sector salud y elaborar programas conjuntos con las organizaciones civiles para incrementar el acceso a los recursos y que estos mismos aumenten. Los problemas que se pueden presentar en este punto son los derivados de las decisiones respectivas a la atención prioritaria, a la asignación de recursos, si éstas son tomadas basándose en criterios políticos y económicos, más que con criterios éticos-médicos.

El principio ético debe mover al personal del sector salud, no solamente a los profesionales de la salud sino también se incluye al personal administrativo y ejecutivo, a luchar para que el derecho a la salud sea una realidad para todos, no sólo para los que tienen los recursos. Asumir el deber moral de no hacerse cómplices de las compañías aseguradoras o de las decisiones políticas neoliberales en detrimento del desarrollo humano y en concreto del derecho a la salud. Tienen que tener siempre en mente que todo ser humano tiene derecho a ser atendido, independientemente de cual sea su enfermedad, e igual de importante, del avance de la misma.

Con frecuencia se encuentran, sobre todo al principio de la pandemia, debates relativos a la prioridad de atención médica que merecen los enfermos de VIH/SIDA, bajo el argumento del carácter mortal de la enfermedad. Cabe mencionar que ese fundamento no es de ninguna manera sólido, pues nadie tiene garantizada la duración exacta de su vida, ni una persona sana, ni un enfermo de gripa, ni uno de VIH/SIDA. Por otra parte, también se esgrime que el costo del tratamiento de los pacientes de SIDA es muy elevado y por lo

tanto "se deben de enfocar los esfuerzos a la prevención en las etapas tempranas de la enfermedad, aceptando el hecho de que no se podrá brindar tratamiento médico adecuado a los casos que no fueron prevenidos años atrás".⁹⁵

Si bien es cierto que los esfuerzos de prevención son vitales en cualquier programa o campaña diseñada para combatir el SIDA para evitar propagación de la pandemia y reducir los costos de la misma, no se puede eludir la obligación moral de la atención médica de los que ya están infectados o enfermos, en cualquiera de las etapas de la enfermedad, desde reducir la carga viral, hasta proporcionar los cuidados básicos para mejorar la calidad de vida en las últimas etapas.

3.1.2 Legislación sobre el derecho a la salud de los afectados por el VIH/SIDA.

Los derechos humanos de las personas infectadas por VIH/SIDA han sido reconocidos a través de mecanismos jurídicos internacionales y nacionales, tales como declaraciones, pactos, tratados, constituciones y leyes orgánicas. En dichos mecanismos se dan lineamientos para que los Estados diseñen políticas públicas y leyes que garanticen el respeto al derecho a la salud de los enfermos VIH/SIDA.⁹⁶ Como ya se mencionó en títulos anteriores, la Declaración Universal de Derechos Humanos constituye el instrumento en el que se basa la normatividad de los derechos humanos y por ende el derecho a la salud. Los instrumentos jurídicos que se enumeran a continuación se basan en dicha declaración y

⁹⁵ Sobrino Maldonado Jesús, Torres Rodríguez Luis, *et al*; *Op. cit.*, p. 25.

⁹⁶ CDHDF; Compilación de Instrumentos Nacionales e Internacionales sobre VIH-SIDA y Derechos Humanos, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, México, 199, p.9.

tienen como finalidad garantizar el respeto y cumplimiento del derecho a la salud.

La "Carta de las Obligaciones a Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el SIDA" fue dada a conocer en 1992 como anexo al documento E/CN.4/1992/82 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Aquí se expone que el personal de las instituciones médicas públicas y privadas debe conducirse con base en el principio ético de la beneficencia, así como también se refiere a los límites éticos del principio de la confidencialidad y el secreto médico y se alude a la inconveniencia de las políticas coercitivas y restrictivas respecto de la responsabilidad en el contagio por VIH/SIDA. De la misma forma se conmina a la sociedad y a los Estados a regirse por el principio de la solidaridad y del consentimiento informado.

Las directrices internacionales sobre los derechos humanos de los enfermos VIH/SIDA fueron acordadas durante la "Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos", celebrada del 23 al 25 de septiembre de 1996, y organizada conjuntamente por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA. También como anexo al mismo documento se publicó la "Declaración de derechos y humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)". En este instrumento se establecen cuáles serán los principios éticos, humanitarios y de derechos humanos que regirán las políticas públicas y la

conducta del personal hospitalario y académico que aborde el VIH/SIDA desde el punto de vista médico y científico

La Asamblea General de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en su VI encuentro en Río de Janeiro, en noviembre de 1987, emitió la Decisión 24 de dicha Asamblea, la cual se llamó "Respuesta de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a la pandemia del SIDA". En este documento reconocen al SIDA como un grave problema de salud mundial que requiere de una respuesta inmediata, positiva y mundial. Al no existir una vacuna, la reacción internacional deberá estar basada en actividades efectivas de información y educación; además de reforzar la seguridad en actividades médicas. En este mismo documento se reconoce el liderazgo y papel fundamental de la Organización Mundial de la Salud en el combate a la enfermedad. Este instrumento también es útil como parámetro para denunciar casos en los que los paramédicos se niegan o resisten a levantar heridos con VIH o SIDA. Este mismo organismo emitió otra declaración llamada "El SIDA: Un continuo desafío para la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a la pandemia del SIDA", Decisión 31 de la VIII Sesión de la Asamblea General de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en Budapest en octubre 1991. Esta decisión reafirma su compromiso humanitario de la Federación Internacional de la Cruz Roja y del la Media Luna Roja con las personas afectadas por el VIH/SIDA, y expone la discriminación en la atención médica y en las distintas esferas de participación social.

La "Declaración de París sobre las mujeres, los niños y el SIDA" emitida en la XIII Reunión Plenaria de la Conferencia Internacional sobre las Implicaciones del SIDA en

Madres y Niños el 16 de mayo de 1990, señala la necesidad del fortalecimiento y mejora del sistema primario de salud pública, de la educación y de otros programas de apoyo social y psicológico, para obtener una mejor prevención y control de VIH/SIDA en mujeres y niños. Esta declaración constituye una buena herramienta para la elaboración de políticas públicas encaminadas a combatir los efectos sociales particulares del SIDA en mujeres y niños.

La "Declaración Cumbre de París sobre el SIDA" reconoce, en términos generales, los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y establece explícitamente el compromiso de 42 gobiernos, para luchar contra las condiciones sociales y económicas que exacerban la discriminación y favorecen la propagación del virus, para lo cual es necesario mejorar los sistemas de salud para hacer real el derecho de salud para todos.

3.2 La cooperación internacional a través de la Organización de las Naciones Unidas.

Las acciones de las organizaciones internacionales están condicionadas por la voluntad política y disposición de los Estados y sus gobiernos y por la propia sociedad. Si los gobiernos de todos los países se hacen conscientes del peligro que representa el SIDA entonces harán algo para ponerle fin al problema; pero eso no basta, la sociedad, la gente común que habita esos países tienen que tener muy claro lo que significa el SIDA, de su impacto, de sus consecuencias. Es en última instancia la sociedad la que decide qué política seguir, es la que puede cambiar o no la manera de ver la enfermedad.

La Organización de las Naciones Unidas determinó la política que se seguiría frente a la enfermedad que más amenaza a la humanidad, esta estrategia fue llamada Estrategia Global contra el SIDA (*Global AIDS Strategy*) y fue aprobada por la Asamblea General en 1987. Los principios que se dictan son: prevenir la propagación del VIH, reducir el impacto personal y social del VIH/SIDA y unificar los esfuerzos nacionales e internacionales contra la enfermedad. A partir de la aprobación de la estrategia, la ONU ha emitido varias resoluciones relativas a la protección de los derechos humanos de los enfermos VIH/SIDA y sus familias, la más reciente es "Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos" emitida en conjunto por la ONU y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. En este documento, como las anteriores resoluciones se conmina a la cooperación internacional en la lucha contra el SIDA, a través de intercambio de tecnología y de personal capacitado. También llama a los Estados a actualizar sus sistemas legales, de manera tal en que el derecho a la salud y el derecho a la salud de los enfermos VIH/SIDA, se encuentren protegidos, así como también a tomar las medidas necesarias para mejorar sus sistemas de salud.⁹⁷

Es importante recalcar lo significativo que es que la ONU haya incluido al SIDA en su agenda. Por medio de esta acción se reconoce a la enfermedad en toda su dimensión como un problema de desarrollo en el que es necesaria la cooperación de todos los países miembros para atenuar su impacto. El que las Naciones Unidas lleven a su foro a la epidemia, contribuye sobremanera a que la comunidad

⁹⁷ UN/UNCHR; International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, UNCHR res.1997/33, UN. Doc.E/CN.4/1997/150 (1997).

internacional tenga mayor conciencia sobre las repercusiones del SIDA y tomen las medidas necesarias para mitigarlas.

3.2.1 La Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo especializado de las Naciones Unidas, como una organización autónoma con una constitución, número de miembros, y reglas de procedimiento independientes. El objetivo de la OMS es el logro del nivel más alto de salud para todas las personas. Esta organización actúa como la autoridad internacional en materia de salud dirigiendo y coordinando el trabajo de salud internacional, promoviendo la cooperación técnica entre los países y ayudando a los gobiernos fortalecer sus sistemas de salud otorgando asesoría técnica apropiada, además de dar asistencia médica y técnica durante situaciones de emergencia.

La OMS se dedica también a la realización de proyectos de prevención y control de epidemias, enfermedades endémicas, además de trabajar en cooperación con otras agencias especializadas para mejorar la situación mundial en materia de nutrición, albergue, higiene, recreación, condiciones económicas y otros aspectos de higiene medioambiental. Para ello, la OMS cuenta con un órgano que se hace cargo de monitorear los esfuerzos de cooperación internacionales en materia de control y prevención de enfermedades infecciosas llamado "División de nuevas y reemergentes Enfermedades Infecciosas" que se encarga de promover el desarrollo de nacional y la cooperación internacional en materia de infraestructura y recursos para un mejor reconocimiento, supervisión, prevención y control de las enfermedades infecciosas, haciendo hincapié en el estudio de las

enfermedades a los antibióticos. Esta división trabaja estrechamente con el Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA, ya que varias de las enfermedades infecciosas aquejan a los pacientes de SIDA como "enfermedades oportunistas", tales como la tuberculosis, diversas micosis y enfermedades de transmisión sexual.

La OMS considera que el acceso equitativo a la atención médica es de importancia vital para el mejoramiento de la situación de la salud pública mundial. Sin embargo, también está consciente de los límites y lo difícil del lograr el acceso equitativo. La cooperación de los países altamente desarrollados hacia los menos desarrollados en la capacitación médica y en el desarrollo tecnológico es fundamental para lograr los propósitos en este rubro.

Como organismo especializado de las Naciones Unidas responsable de la dirección y coordinación internacional en materia de salud, a la Organización mundial de la Salud le corresponde la ejecución del programa mundial ideado para el control de la pandemia. El Programa Mundial contra el SIDA (*Global Programme on AIDS*) de la OMS financiaba la búsqueda e investigación de la posible vacuna; abogaba por la no-discriminación en el cuidado y manutención de las personas infectadas; desarrollaba y difundía información y orientación tales como guías sobre las vías de transmisión de la enfermedad, medidas de prevención, precauciones en el cuidado de los enfermos, etc.⁹⁸ Sin embargo, el 1º de enero de 1996 entró en acción un nuevo programa que fusionaba tanto las acciones de las Naciones Unidas en conjunto y otros organismos especializados con la labor de la OMS, este programa recibió el nombre de ONUSIDA.

⁹⁸ AIDS and HIV Infection. Information for United Nations Employees and their Families. United Nations. New York, 1995, p. 43.

Otra medida que emprendió Naciones Unidas fue el concertar un acuerdo OMS/UNDP que tiene por objetivo el combinar las acciones en materia de salud y de desarrollo económico y social para encontrar la manera de minar el impacto de la pandemia en todos los ámbitos del acontecer humano. Este tipo de alianzas es muy importante ya que involucra la participación de otros países a través de los organismos que colaboran en la lucha contra el SIDA además, el espectro que cubren las actividades contra la enfermedad es mucho más amplio y puede atacarse desde distintas vías.

Algunas otras organizaciones que colaboran con la OMS son: UNESCO, UNICEF, FNUP, Banco Mundial, OIT, Liga de la Cruz Roja y Media Luna Roja, FAO, PNUD, CDH, así como la División de Naciones Unidas encargada del tráfico de drogas, el Fondo de la Naciones Unidas para el control del abuso de drogas, la División de Desarrollo Social y la División de estudios sobre la Mujer del Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios.⁹⁹

3.2.2 El Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA.

El 1º de enero de 1996 se creó un nuevo programa que sustituiría al Programa Global de la Organización Mundial de la salud llamado "Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA"(ONUSIDA, UNAIDS por sus siglas en inglés). Este nuevo organismo realiza las mismas actividades que otrora el Programa Global contra el SIDA hiciera; la diferencia es que ONUSIDA es un órgano semi-autónomo. Toda la

⁹⁹ AIDS and HIV Infection. Information for United Nations Employees and their Families. Op. cit. p. 45.

investigación y/o actividades que se efectúen en torno al SIDA son responsabilidad de este cuerpo y no de un programa de acción llevado a cabo por la OMS, es decir que, ONUSIDA actuará a semejanza de una agencia especializada de Naciones Unidas. De esta manera se propone que la cooperación para erradicar la enfermedad sea más eficiente y directa tanto con los gobiernos con los que tiene un compromiso formal, como con los organismos y agrupaciones que trabajan en colaboración con ONUSIDA; así, se pretende que el alcance y los logros se multipliquen y sean más significativos.¹⁰⁰

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA reúne a siete organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas con el objetivo común de prevenir nuevas infecciones por el VIH, socorrer a los que ya están infectados y atenuar el impacto de la pandemia. Los copatrocinadores de ONUSIDA y sus funciones se describen en el siguiente cuadro:

Organismos integrantes de ONUSIDA	
Organismo	Función
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Aporta su capacidad operativa en más de 160 países, centrandó su acción en lo que concierne al VIH/SIDA en la prevención de infecciones, especialmente en adolescentes, la educación escolar sobre el SIDA, los niños y familias afectados por el SIDA y la transmisión maternoinfantil del VIH.
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	Tiene como objetivo aumentar la comprensión del impacto social y económico del SIDA en el desarrollo, fomentando la elaboración de estrategias de reducción de la pobreza y políticas multisectoriales eficaces sobre el VIH/SIDA que tengan en cuenta las diferencias de género, además de fortalecer la cooperación institucional. Este organismo fomenta la aplicación de políticas que integren al VIH/SIDA en las estrategias nacionales de desarrollo, en las estrategias para reducir la pobreza y en la reforma institucional.

¹⁰⁰ Piot, Peter. "UNAIDS and human rights" en: World AIDS Day Newsletter. The World AIDS Day Newsletter of the World Health Organization Global Programme on AIDS. UNAIDS, New York, 1º diciembre 1995, p. 7.

Fondo de las Naciones Unidas de Población (FNUP)	El FNUP contribuye a través de su red mundial de oficinas, de su competencia en el fomento y prestación de servicios en materia de salud reproductiva y de su experiencia en la logística y gestión de los centros de salud reproductiva, incluidos los preservativos, en la colaboración con organizaciones no gubernamentales y en su experiencia en la organización de la asistencia técnica y el fortalecimiento del desarrollo de la capacidad nacional.
Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID)	Al tener la responsabilidad de coordinar todas las actividades de fiscalización de drogas llevadas a cabo por las Naciones Unidas en 121 países y territorios, este programa en lo que concierne al VIH/SIDA, apoya activamente la prevención de la enfermedad en los consumidores de drogas intravenosas ilícitas, mediante programas elaborados para reducir la demanda de dichos fármacos.
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)	Contribuye a la tarea del ONUSIDA por medio de la amplitud de sus campos de competencia, de sus enfoques multidisciplinarios e interdisciplinarios, y su experiencia, y agrupando en la lucha contra el SIDA la vasta red de instituciones con las que colabora, impulsando la cooperación internacional en las actividades orientadas a fomentar los derechos humanos y mejorar el bienestar general de la humanidad.
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Como autoridad en la labor sanitaria internacional, la OMS apoya a los países para reforzar la respuesta de sus sistemas de salud a la epidemia del VIH/SIDA y a las infecciones de transmisión sexual. En lo que respecta al SIDA, esta agencia especializada se concentra en la prevención del VIH y de las enfermedades de transmisión sexual; el desarrollo de vacunas y microbicidas; la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH; la seguridad hematológica; la vigilancia epidemiológica y del comportamiento; las prácticas de inyección inocuas; el fortalecimiento de los sistemas de salud, el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH; el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el VIH; las alternativas a la atención hospitalaria y sus complementos y el acceso a los medicamentos
Banco Mundial	Entre 1986 y 1999 el Banco Mundial destinó una cifra superior a US\$ 980 millones para más de 75 proyectos sobre el VIH/SIDA en todo el mundo. Con objeto de abordar con mayor eficacia las consecuencias devastadoras del VIH/SIDA para el desarrollo, el Banco Mundial está reforzando su respuesta a la epidemia trabajando en asociación con ONUSIDA, con los organismos donantes y con los gobiernos.
Fuente: Onusida; <i>Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA</i> , Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Junio 2000..	

Una de las principales labores de este organismo es la obtención y elaboración de estadísticas más precisas sobre la enfermedad, ubicando tendencias, grupos de riesgo, incidencia de la enfermedad según edad, género y región del mundo en la que se habite.¹⁰¹ Las estadísticas son obtenidas a través del

¹⁰¹ Las regiones que maneja ONUSIDA para sus estudios son: África subsahariana, África del Norte y el Oriente Medio, Asia Meridional y sudoriental, Asia oriental

trabajo en conjunto que realiza el organismo con las otras organizaciones participantes en ONUSIDA. Gracias a la variedad de fuentes en las que se basan, las estadísticas son más confiables y tiene mayor precisión, pues las estadísticas oficiales de los ministerios de salud de los gobiernos no son ya la única fuente, los estudios de organizaciones como el UNICEF o de agrupaciones independientes son tomadas en cuenta para poder elaborar cifras más reales. La razón es que los resultados oficiales, en su mayoría, sólo contemplan los casos registrados oficialmente y no de toda la población probable que presente el virus. En el caso de los que presentan ya la enfermedad, la contabilidad es más fácil, pues requieren necesariamente de atención médica. La importancia de contar con datos más confiables radica en poder informar a la población, no sólo para saber cuántos son los afectados por el VIH/SIDA, sino como una manera de contener la propagación de la enfermedad haciendo conciencia del impacto y la propagación de la enfermedad, alertando sobre la necesidad de protección en la vida sexual. En lo que respecta a la elaboración de programas y campañas contra el SIDA, la disponibilidad de estadísticas confiables es de mucha utilidad, pues permite que el diseño de las primeras se más eficaz al estar más concentrado en las poblaciones que más lo necesiten, sin descuidar a la población en general.

ONUSIDA también realiza registros acerca del impacto económico en la sociedad y en las empresas que tiene el VIH/SIDA. Este tipo de estudios ha contribuido a que tanto el sector público como el privado tomen conciencia y ejecuten medidas pertinentes para disminuir el impacto de la enfermedad, sobre todo en el continente africano, que es

y Pacífico, América Latina, Caribe, Europa oriental y Asia central, Europa occidental, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda.

donde los estragos de la enfermedad son más evidentes y profundos. Las medidas van desde repartición de preservativos y cursos de orientación sexual a los trabajadores, hasta la modificación de los sistemas de seguridad social que permita mantener a todos los afectados por el VIH/SIDA, enfermos y sus familias, al menor costo con los mejores resultados. ONUSIDA sigue muy de cerca dichos programas y colabora en ellos, ya sea con recursos monetarios o en especie o con asesoría técnica. La ayuda y el sostén a las personas infectadas a través de la disposición de personal médico y de medios (medicinas y equipo específico para el tratamiento) ha tenido mayor cobertura ya que, al ser un organismo independiente que cuenta con sus propios recursos, la distribución y el alcance de los recursos son más fluidas, además de que el contacto con las instituciones de salud son más directas y por lo tanto, la coordinación de esfuerzos más eficiente.¹⁰²

Debido a lo complejo de la enfermedad, ya que sus consecuencias abarcan muchos aspectos sociales, tanto en el aspecto individual como en el público, ONUSIDA estudia también el impacto que tiene la enfermedad en el acontecer social, haciendo hincapié en la vulnerabilidad que genera el ser víctima del VIH/SIDA, directa o indirecta. El ser vulnerable a menudo es resultado de no contar con educación o información suficiente ya sea por las condiciones económicas de las que se gocen o se sufran, o por situaciones culturales y/o religiosas que contribuyen a propagar la enfermedad. ONUSIDA resalta las condiciones sociales y económicas de la mujer y que debido a las mismas son más vulnerables que los hombres. Los niños afectados por el VHI/SIDA también merecen

¹⁰² Edelmann, Frédéric. "La France face au SIDA" en: Rendez-vous en France, 1989, No. 7 septembre/octubre. p. 19.

consideración especial por los estudios de ONUSIDA, por lo cual trabaja estrechamente con UNICEF, para lograr mitigar los estragos de la enfermedad en los niños.

Las labores que realiza ONUSIDA para reducir la propagación y el impacto del VIH/SIDA en el mundo se centran básicamente en la prevención de la enfermedad. Promueve la repartición de preservativos y pláticas de orientación sexual como pilares de cualquier campaña nacional o privada contra el SIDA. Además impulsa la cooperación entre los países para la investigación científica en la búsqueda de mejores y menos onerosos tratamientos y de una vacuna, así como un mayor acceso de la población a éstos. Asimismo se encarga de asesorar a los gobiernos para que mejoren sus sistemas de salud para que sean capaces de responder ante las demandas que genera el tratamiento de los enfermos VIH/SIDA.

Con respecto a los proyectos a futuro ONUSIDA es muy claro, su prioridad será el respeto de los derechos humanos¹⁰³ y se pretende lograrlo, a través la inserción en las agendas nacionales e internacionales de un capítulo especial que trate el desenvolvimiento de la enfermedad y que estudie los alcances de la misma en el desarrollo humano. Paralelamente, se tiene como objetivo la creación de un consejo sobre derechos humanos, ética y jurisprudencia que apoye al organismo en materia de los derechos del hombre en torno al SIDA; este consejo sería formado con la cooperación del Alto

¹⁰³ ONUSIDA considera como derechos y responsabilidades en torno al SIDA a los siguientes: "acceso a la información, prevención, atención medica de alta calidad accesible para todos, uso del condón, confidencialidad, compasión, diálogo, dignidad, equidad, empleo, justicia, abolición de la violencia sexual, cooperación global, casa, inclusión en la sociedad, protección legal, no discriminación, obligación de no infectar a otros, privacidad, tomar precauciones para no ser infectado, respeto, indemnización, seguridad, solidaridad, libertad de tránsito, tolerancia, suministro de sangre segura, búsqueda de la vacuna, bienestar y autonomía de la mujer." Piot, Peter. UNAIDS and human rights. *Op. cit.*, p 15.

¹⁰⁴ *Ibídem*, p. 7.

Comisionado de Naciones Unidas para Derechos Humanos y la Comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos.¹⁰⁴

3.3 América Latina contra el SIDA

3.3.1 La Organización de Estados Americanos

El 30 de abril de 1948, 21 naciones del continente americano se reunieron en Bogotá, Colombia, para adoptar la Carta de la Organización de Estados Americanos (OEA), con la cual confirmaron su respaldo a las metas comunes y el respeto a la soberanía de cada uno de los países. Desde entonces, la OEA se ha expandido para incluir a las naciones del Caribe y también a Canadá. Los objetivos de los países miembros de la OEA se centran en el fortalecimiento de la democracia, la protección de los derechos humanos, la promoción de la paz y la seguridad, el fomento del comercio y la lucha contra los complejos problemas causados por la pobreza, el narcotráfico y la corrupción.

A través del proceso de la Cumbre de las Américas, los jefes de Estado y de gobierno del continente han dotado a la OEA de importantes responsabilidades y mandatos, entre ellos, fortalecer la libertad de expresión y pensamiento como derecho humano fundamental; promover una mayor participación de la sociedad civil en la toma de decisiones en todos los niveles del gobierno; mejorar la cooperación en la lucha contra las drogas ilícitas y apoyar el proceso de creación de un Área de Libre Comercio de las Américas.¹⁰⁵

¹⁰⁴ *Ibidem*, p. 7.

¹⁰⁵ OEA; <http://www.oas.org/defaultesp.htm>

Respecto a la defensa de los derechos humanos, la OEA a través de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, vela por la protección de los derechos humanos de los ciudadanos de la región. La Comisión prepara informes sobre la situación de los derechos humanos en los estados miembros, con especial atención a temas específicos tales como la libertad de expresión y los derechos de las poblaciones indígenas y de la mujer. En lo que concierne al SIDA, estos organismos podrían ser muy útiles en la vigilancia del cumplimiento del derecho a la salud de los afectados por este mal, si la OEA formulara una estrategia a seguir sobre el problema. De la misma manera, la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas y la Secretaría General a través de los vínculos ya establecidos con organismos especializados como la Comisión Interamericana de Mujeres, el Instituto Interamericano del Niño y la Organización Panamericana de la Salud,¹⁰⁶ podrían establecer un programa regional parecido al de ONUSIDA coordinado por la OEA, sin embargo para que un programa de ese tipo se llevara a cabo la Asamblea General del organismo o la Secretaría tendrían que reconocer a la pandemia del VIH/SIDA como un problema de desarrollo que necesita la colaboración de sus Estados Miembros para su solución y tomarlo como un tema de su agenda. Toda la labor que se realiza en el continente para mitigar el avance y el impacto de la epidemia se hace a través de la OPS, sin que la OEA intervenga en la misma, cabe mencionar que la OPS emite un informe anual que presenta ante la Asamblea General de la OEA.

Una razón por la cual la OEA no incluye al problema del SIDA en su agenda, podría ser que se encuentra demasiado

¹⁰⁶ OEA; http://www.oas.org/vti_bin/sthtml.dll/OASpage/esp/estructura.htm

ocupada en la solución de problemas de desarrollo (o subdesarrollo) que tradicionalmente aquejan a los países latinoamericanos. Los temas del Trigésimo Primer Período Ordinario de Sesiones de la OEA que se llevó a cabo el 3 de junio de 2001 son los siguientes: Fortalecimiento del sistema interamericano de derechos humanos; Proyecto de Carta Democrática Interamericana; Reestructuración del Sistema Interamericano a la luz de las Cumbres de las Américas; Fortalecimiento y modernización de la OEA.¹⁰⁷ Otra posible razón podría ser que la OEA se encuentra dirigida por los intereses estadounidenses y de ahí el predominio de temas como la consecución y fortalecimiento de la democracia y el establecimiento de áreas de libre comercio, temas de suma relevancia para Estados Unidos.

Sin embargo dentro de la agenda de la Asamblea General de la OEA sí se incluyen temas sobre derechos humanos tales como: evaluación del funcionamiento del sistema interamericano de protección y promoción de los derechos humanos para su perfeccionamiento y fortalecimiento; el acceso a la justicia de las víctimas de violaciones a los derechos humanos; Declaración Americana sobre los derechos y la atención de las personas privadas de libertad; los derechos humanos y el medio ambiente; los derechos humanos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias; el Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.¹⁰⁸ En el desarrollo de los siguientes temas podría entrar la discusión del problema del VIH/SIDA y el derecho a la salud, si las ONG se movilizan y trabajan en conjunto con la OEA, dichos temas son: Los defensores de

¹⁰⁷ Proyecto de Calendario para el Trigésimo Primer Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General OEA/Ser.p/3062001AG/doc.3942/01, San José, Costa Rica, 25 de Abril 2001, en <http://www.oas.org>.

¹⁰⁸ *Ibid.*

Derechos Humanos en las Américas: Apoyo a las tareas que desarrollan las personas, grupos y organizaciones de la sociedad civil para la promoción y protección de los derechos humanos en las Américas; la elaboración de un proyecto de Convención Interamericana contra el Racismo y Toda Forma de Discriminaciones e Intolerancia; y la Aprobación e implementación del Programa Interamericano sobre la Promoción de los Derechos Humanos de la Mujer y la Equidad e Igualdad de Género.

3.3.2 La Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con casi 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de América. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para el continente americano de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano es el organismo especializado en salud, teniendo contacto directo con la Secretaría de la OEA. La misión de la OPS es cooperar con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos, en materia de intercambio de tecnología e investigación científica, para que se alcance el objetivo de "Salud para Todos" en el continente, a la vez que se conserve un ambiente saludable y se avance hacia el desarrollo humano durable.

La OPS lleva a cabo su misión en colaboración con los ministerios de salud, otros organismos gubernamentales e internacionales, organizaciones no gubernamentales, universidades, organismos de la seguridad social y grupos

comunitarios. La OPS promueve la estrategia de atención primaria de la salud como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos. Colabora con los países en la lucha contra enfermedades que han reaparecido, tales como el cólera, el dengue y la tuberculosis, y enfermedades nuevas como la epidemia del SIDA que se está propagando. Para ello presta cooperación técnica que incluye actividades educativas y de apoyo a la comunicación social, al tiempo que promueve el trabajo con organizaciones no gubernamentales y respalda los programas de prevención de enfermedades transmisibles. En sus esfuerzos por mejorar la salud, la OPS orienta su interés se concentra en los temas relacionados con la equidad para quienes carecen de recursos para acceder a la atención de salud, y en un enfoque panamericanista que fomenta el trabajo conjunto de los países sobre asuntos comunes.¹⁰⁹

El personal de la institución comprende a científicos y técnicos expertos que, ya sea en su sede, sus oficinas representativas en 27 países o sus nueve centros científicos, trabajan con los países de América Latina y el Caribe para abordar temas prioritarios de salud. Las autoridades sanitarias de los Gobiernos Miembros de la OPS fijan las políticas técnicas y administrativas de la Organización por medio de sus Cuerpos Directivos. Los Gobiernos Miembros de la OPS son los 35 países de América; Puerto Rico es un Miembro Asociado. Francia, Holanda y el Reino Unido son Estados Participantes, y España y Portugal son Estados Observadores.

¹⁰⁹ OPS; http://www.paho.org/spanish/What_PAHO.htm

Estados Miembros de la OPS		
• Antigua y Barbuda	• Cuba	• Nicaragua
• Argentina	• Dominica	• Panamá
• Bahamas	• Ecuador	• Paraguay
• Barbados	• El Salvador	• Perú
• Belice	• Estados Unidos	• República Dominicana
• Bolivia	• Granada	• San Cristóbal y Nieves
• Brasil	• Guatemala	• San Vicente y las Granadinas
• Canadá	• Guayana	• Santa Lucía
• Chile	• Haití	• Surinam
• Colombia	• Honduras	• Trinidad y Tobago
• Costa Rica	• Jamaica	• Uruguay
	• México	• Venezuela

Fuente: OPS; <http://www.paho.org/spanish/What-PAHO.htm>

La OPS dentro de su División de Prevención y Control de Enfermedades lleva a cabo el "Programa Regional de SIDA/ITS", el cual forma parte del "Grupo de Trabajo de OMS/OPS/ONUSIDA para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA e ITS". El Programa Regional de SIDA/ITS brinda colaboración técnica para la prevención y control del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en toda América. El propósito de este programa es promover, diseñar y facilitar actividades técnicas y de formulación de políticas, a fin de mejorar la capacidad de los Estados Miembros para reducir el número de nuevas infecciones además de proporcionar atención oportuna y adecuada a las personas afectadas por el VIH/SIDA. El apoyo técnico que otorga el programa consiste en disseminación de información, capacitación, cooperación técnica directa y movilización de recursos.¹¹⁰

¹¹⁰ OPS/OMS; Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe Bianual Mayo 2000, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington DC., 2000, p. 4.

Objetivos del Programa Regional de SIDA/ITS

- Abogar por la prevención y control del VIH/ITS en cada país de América Latina y el Caribe
- Fortalecer la capacidad de gestión en desarrollo y ejecución de políticas para la prevención y control del VIH e ITS.
- Involucrar a las ONG en los esfuerzos de prevención y control y construir redes de comunicación entre las mismas en cada país.
- Prestar cooperación técnica directa a los Estados Miembros, incluyendo el análisis epidemiológico; el desarrollo de materiales educativos e informes de vigilancia del VIH/ITS de los países; apoyo a laboratorios en el diagnóstico de ITS, mejora de medidas de seguridad de la sangre, entre otros.
- Promover la investigación de las tendencias epidemiológicas de VIH/SIDA y su relación con otras ITS; diseñar mensajes de prevención, estudios sobre la repercusión económica, etc.
- Difundir la información técnico científica hacia y desde los Estados Miembros.
- Reforzar la vigilancia y asesorar y capacitar a los profesionales en el monitoreo de la infección VIH/SIDA/ITS y sus tendencias en cada país.

FUENTE: OPS/OMS: Vigilancia del SIDA en las Américas, p. 4

El reporte sistemático de los casos de SIDA a la OPS se inició formalmente en 1986, a través de un sistema de vigilancia creado por la OPS. La información sobre los casos es remitida en la actualidad por 47 países y territorios del continente americano. Con base en los datos recibidos, la OPS produce el "Informe Bianual de la vigilancia del SIDA en las Américas", el cual es distribuido a todos los países miembros.¹¹¹

Una de las iniciativas que a tomado la OPS es el llamado a la cooperación de la sociedad civil, pues se tiene plena conciencia que por el momento sólo mediante la modificación de las conductas sexuales¹¹² es que se puede detener la propagación del VIH/SIDA. Por esa razón, la campaña del año 2000 de ONUSIDA y de la OPS ostentó el lema "Los hombres marcan la diferencia", en un intento de sensibilizar al

¹¹¹ Ibídem, p. 5

¹¹² En el sentido de adoptar la práctica del "sexo seguro", que significa el uso de preservativos durante el coito.

género masculino sobre la importancia de su papel en el control de la propagación de la enfermedad. Basándose en lo anterior, el mensaje del Director de la OPS en ocasión del Día Mundial del SIDA 2000, el Dr. George Alleyne, fue dirigido específicamente a "estimular a los hombres a adoptar comportamientos sanos y a participar de lleno en la atención a de la salud de sus parejas y de toda la familia".¹¹³ El involucrar a la sociedad civil en los proyectos de la OPS obedece a que es precisamente en la comunidad donde se generan los tabúes, estigmas y conductas discriminatorias que contribuyen de gran manera a la propagación de la enfermedad. La sociedad latinoamericana es en su mayor parte conservadora y tradicionalista por lo que en varias ocasiones no se puede hablar abiertamente sobre el SIDA ni sus causas, debido al carácter de transmisión sexual de la enfermedad, de ahí que se busque modificar la percepción y acción de las personas a través de campañas informativas que resalten la responsabilidad social del individuo.

La OPS y sus Estados miembros se encuentran comprometidos en mejorar la seguridad hematológica en el continente americano, al poner en marcha una iniciativa para asegurar que toda la sangre para transfusiones esté exenta de enfermedades, contribuyendo así a la disminución de la transmisión del VHI a través de la transfusión. Recientemente, la OPS recibió de parte de la Fundación Bill y Melinda Gates 4.9 millones de dólares destinados a mejorar la seguridad de la sangre para transfusiones en América. Esta donación ayudará a la OPS y a sus países miembros a mejorar el tamizaje de todas las unidades de sangre para detectar la presencia de VIH, hepatitis B y C, sífilis y la enfermedad de

¹¹³ George Alleyne; "Mensaje del Director de la Organización Panamericana de la Salud en ocasión del Día Mundial de SIDA 2000" en:

Chagas para finales de 2003, ya que actualmente sólo 18 países de la región (ocho del Caribe de habla inglesa, ocho en América Latina y dos de América del Norte) efectúan el tamizaje del 100% de la sangre donada.¹¹⁴

Como refuerzo del Programa Regional de la OPS contra el VIH/SIDA, el 29 de septiembre de 2000 fue aprobada la "Resolución sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)" por el 42º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, por medio de la cual se reconoce la estrecha relación entre la transmisión sexual y vertical del VIH y la presencia de otras ITS, además de considerar la evolución de las epidemias de VIH/SIDA/ITS, así como de los grandes desafíos que plantea el número de personas que requieren servicios integrales de prevención y atención para los anteriores padecimientos. La resolución insta a los Estados miembros de la OPS a:

- Consolidar los esfuerzos nacionales en contra de VIH/SIDA/ITS y fomentar la cooperación técnica horizontal y la colaboración entre países mediante programas e iniciativas en los ámbitos regional, subregional y nacional.

- Fortalecer la capacidad de programas técnicos para mejor vigilancia de las tendencias de las epidemias y a ajustar las respuestas y las estrategias pertinentes y a seguir prestando especial atención a la prevención de la transmisión del VIH por vía sexual, perinatal y por consumo de drogas intravenosas, así como la provisión de medidas apropiadas que incluyan poner al alcance de la población los insumos de prevención.

- Facilitar a las personas con VIH/SIDA el acceso al tratamiento, a la asistencia sanitaria y a otros insumos necesarios para el mantenimiento de la salud.

- Tomar medidas necesarias para el tratamiento de las ITS.

- Colaborar a nivel nacional en la obtención de datos sobre el precio de medicamentos antirretrovíricos y compartir esa información con los países a través de la OPS".¹¹⁵

http://paho.org/spanish/dp./press_00129.htm.

¹¹⁴ OPS; "La Fundación Bill y Melinda Gates otorga \$4.9 millones de dólares a la OPS para mejorar la seguridad de la sangre en las Américas" en Boletín Epidemiológico. Vol. 21, No. 4, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC., http://paho.org/DPI/press_001213s.htm.

¹¹⁵ OPS; "Aprueban resolución sobre SIDA en las Américas en la OPS". en Boletín Epidemiológico, http://paho.org/DPI/press_000929.htm.

Fuera de la cooperación en América Latina dentro del marco de la OPS se puede encontrar que algunos países han firmado acuerdos que pretenden disminuir el avance de la epidemia; tal es el caso de la "Declaración Trinacional de Canadá, Estados Unidos y México", la cual fue firmada por David Dingwall, Ministro de Salud de Canadá, Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud de México; y Donna E. Shalala, Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, durante el Simposio Satélite Trinacional de la XI Conferencia Internacional sobre SIDA Vancouver 96, En Vancouver, Canadá, el 9 de julio de 1996. En este documento se hace explícito el compromiso de los países pertenecientes al tratado de Libre Comercio de América del Norte para colaborar y compartir e intercambiar experiencias nacionales sobre su lucha contra el VIH/SIDA.¹¹⁶

En una reunión organizada por el Banco Mundial en junio del 2000, los primeros ministros y ministros de finanzas del Grupo Caribeño para la Cooperación en Materia de Desarrollo económico tomaron como tema central al SIDA como problema de desarrollo para el período de 2000-2010. En ese mismo año los jefes de gobierno de la Comunidad del Caribe (CARICOM) reconocieron la amenaza que representa el VIH/SIDA para los logros que se han alcanzado en la región durante las tres últimas décadas. En CARICOM el SIDA sí se incluyó en su agenda, dado su carácter de problema para el desarrollo. A este respecto ONUSIDA espera que CARICOM emprenda oficialmente una asociación caribeña contra el VIH/SIDA.¹¹⁷

¹¹⁶ CDHDF; *Op. cit.*, p. 77.

¹¹⁷ ONUSIDA-OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000, p.9

4. Conclusiones y perspectivas

Si bien la situación epidemiológica del SIDA se encuentra en mejores condiciones si la comparamos con epidemias del pasado, gracias al avance tecnológico y científico que se ha alcanzado, sobre todo en el último siglo y a que se ha identificado el agente viral y las formas de transmisión, no se puede considerar a la enfermedad sólo como un problema médico sino también se debe ver como un problema del desarrollo. Para poder ubicar mejor la magnitud del fenómeno hay que tener presente la relación que tiene la pobreza con la generación de enfermedades y, dicho sea de paso con la imposibilidad de control y de erradicación. La pobreza constituye un terreno fértil para la difusión de la epidemia, y la enfermedad misma inicia una avalancha de desintegración económica y social y de empobrecimiento.

Los organismos internacionales al estar supeditados a las condiciones económicas y sociales de los países, han tenido que perfeccionar sus mecanismos de acción, apoyándose cada vez más en las ONG y en el trabajo conjunto con la sociedad civil y el sector privado. Las organizaciones internacionales que se dedican al desarrollo humano, no pueden cambiar por sí solas la configuración del sistema internacional, por lo que sus actividades se concentran en mitigar las consecuencias de la mundialización y la polarización de la concentración de la riqueza. Como las ONG se encuentran más cerca de la comunidad, tienen un mejor conocimiento de las demandas sociales y por lo tanto responden de manera más directa. La fusión de las ONG con los organismos internacionales ha sido de buen provecho en lo que se refiere a tratar de frenar la epidemia de VIH/SIDA. Como se vio a lo largo de la investigación, involucrar a la

sociedad es indispensable para el éxito de las campañas de prevención o para dar soluciones a los problemas económicos o sociales que provoca la epidemia.

Cada sociedad tiene su propia concepción del bien y del mal, tienen su propia escala de valores -que pueden no coincidir con la escala estandarizada occidental- y actúan y se rigen de acuerdo a ella. Esto se contrapone con la labor de las organizaciones internacionales ya que su meta es el lograr una universalización de valores y caen en la imposición de las normas de conductas y una aceptación no real que puede derivar en un franco rechazo. Como ya se dijo, no se debe abandonar a la diversidad cultural puesto que no hay una sola moral, pero tampoco se debe descartar el respeto por la libertad y la dignidad humana como base fundamental para cualquier código de conducta independientemente de la diversidad.

Una posible alternativa sería que los organismos respondieran a las demandas de la sociedad, es decir que actuaran conforme las comunidades quieran abrazar o utilizar la ayuda y las concepciones de las organizaciones internacionales, decisión tomada como resultado del cambio o desgaste de su estructura y escala de valores, de esta manera se podrá hablar de una verdadera hegemonización de valores, porque son elegidos por convicción y no por imposición -por muy buena intención que tengan- y se podrá así identificar una similitud real de valores entre sociedades.

A pesar de lo anterior, no hay que dejar de lado del todo a la unificación de valores y conceptos; quizás a través de la mundialización, que acerca y facilita el acceso al conocimiento de gente, costumbres e ideas más allá de las fronteras culturales y de civilización se pueda crear conciencia, y esperar la respuesta y cooperación mundial, lo

cual vendría muy bien a la lucha contra el SIDA, ya que es alarmante la presencia, aunque incipiente, de una normalización del fenómeno. Es muy importante que se tenga presente los efectos devastadores de la pandemia y verla como una amenaza real para la especie humana. A pesar de los avances en tratamientos, el desarrollo de posibles vacunas y logros en frenar la propagación de la enfermedad, el SIDA sigue siendo incurable y mortal.

Los países deben tomar con mayor seriedad los compromisos ya contraídos de otorgar alta prioridad a la reducción de la pobreza tanto en el plano nacional como en el internacional; además, hay que asegurar la participación de los individuos en las decisiones que afectan sus vidas y permitirles así aumentar sus posibilidades de desarrollo. Cabe mencionar que los acuerdos internacionales que se tomen deben de responder al interés y las necesidades de todos y no sólo a los del grupo con mayor poder y dinero, situación un tanto utópica pues hay organismos internacionales como el FMI o la propia OMS en que el número de votos para aprobar o elaborar acuerdos corresponden según al monto de las contribuciones que haga el país a la organización.

La mundialización permite, en lo que respecta al SIDA, que haya mejor información y difusión de la misma, al tiempo que facilita la cooperación entre gobiernos, organismos especializados, organizaciones no gubernamentales pero, como todo, tiene su lado oscuro. El ensanchamiento de la brecha norte-sur que es al mismo tiempo causa y efecto de la mundialización, impide que una gran parte de la humanidad que padece del mal, la que vive en los países subdesarrollados, no pueda costear el combate contra la pandemia y todo parece indicar que seguirá siendo así durante bastante tiempo. Esta situación no puede ser modificada por los organismos

internacionales. Un organismo internacional no puede hacer que un país en desarrollo se vuelva industrializado. Son los gobiernos de los países los responsables de generar su propia prosperidad, lo cual es una tarea hercúlea en condiciones tan desiguales.

No se puede soslayar el hecho de que los esfuerzos internacionales se han concentrado mucho a la investigación científica, lo que ha dado como resultado conocimientos para prolongar la supervivencia pero se ha hecho poco para que los beneficios de esa investigación lleguen a millones de individuos, en los hogares y comunidades más afectados, lo que significa que el ejercicio del derecho a la salud de los enfermos VIH/SIDA está lejos de ser una realidad.

La efectividad de los esfuerzos internacionales para hacer valer el derecho a la salud de los enfermos VIH/SIDA se ven menoscabados debido a que la estructura económica que condiciona a los sistemas de salud no está diseñada para hacerle frente, porque no hay una distribución equitativa de la riqueza ni de los recursos tecnológicos; además, la manera en que se distribuye el presupuesto no está encaminada a mejorar realmente la atención ni la seguridad social. Si estos problemas no son resueltos por los gobiernos o por lo menos se dan las condiciones para su solución, la acción de los organismos internacionales siempre será insuficiente. Las organizaciones internacionales están al servicio de los países para ayudarlos a conseguir sus objetivos pero la respuesta debe surgir de los países mismos.

Los países de América Latina enfrentan muchos y graves problemas de desarrollo, de los cuales la falta de recursos es el principal. No es un secreto que el pago de la deuda es prioridad para los gobiernos latinoamericanos, dejando de lado el bienestar social. El modelo económico neoliberal que

han adoptado los países de la región ha significado una contracción absoluta del gasto en salud, alimentación, vivienda, etc., es decir de aquellas condiciones básicas que permiten la existencia de un estado de bienestar mínimo que posibilite el desarrollo de las capacidades de las personas. También ha resultado en que la salud y el bienestar social dejen de ser una responsabilidad pública, para convertirlo en una responsabilidad individual, es decir en la privatización de los servicios de salud. Como el individuo es obligado a comprar esos servicios según su capacidad adquisitiva, se afecta directamente al derecho a la salud, pues ya no se trata de un derecho humano al que tienen acceso todos, sino de un privilegio de pocos. Ante esta situación hay que hacer notar que no basta que por ley el derecho a la salud se encuentre reconocido y protegido, también es menester evitar el desmantelamiento y la privatización de las instituciones públicas de salud.

No se puede obviar el factor cultural en América Latina. La sociedad latinoamericana conservadora, con creencias religiosas profundamente arraigadas. Los programas y campañas de prevención tienen que lidiar con las barreras que imponen los dogmas religiosos, sobre todo en lo referente a las prohibiciones de la Iglesia Católica, la cual sigue condenando el uso del preservativo, pues sostiene que éste es ante todo un anticonceptivo. Debido a estos factores el SIDA sigue viéndose como un castigo divino a los ofensores a la moral, lo cual conduce fácilmente a la discriminación y por ende a la propagación de la enfermedad. El reto en América Latina (y de otros países) es conseguir la apertura social para sensibilizar a la gente acerca del VIH y su transmisión, sin estigmatizar los comportamientos que conducen a ella. Ese logro sólo se puede conseguir a través de la educación, pues

a medida que la gente esté más y mejor informada, tomará conciencia de la enfermedad y sus repercusiones y actuará en consecuencia. La voluntad y el compromiso político de los dirigentes de la comunidad en todos los niveles es indispensable en este punto. Los gobiernos no sólo deben de respetar y seguir los compromisos que adquirieron en materia de salud, sino también combatir la pobreza y la ignorancia, pues como dice la OMS, "la enfermedad es tanto causa como consecuencia de la pobreza".

Por último, se puede decir que la defensa del derecho a la salud, como un derecho humano fundamental, en particular el de los enfermos VIH/SIDA, debe considerarse parte de la estrategia misma de control de la epidemia, desde el punto de vista de las acciones propiamente sanitarias, puesto que su consecución mitiga la carga social y económica que impone el SIDA. Por otra parte, la violación de este derecho reduce la eficacia de los programas de salud, ya que el incumplimiento de este derecho contribuye a que los afectados se alejen de las instituciones de salud y que se derive en menor control de la pandemia. Además, basándose en que el derecho a la salud es para todos, se debe de hacer todo lo posible para procurar el acceso a la atención médica y a los medicamentos. Sin embargo, no se puede obviar la supeditación de la salud y el derecho a ella a la situación económica de los países y de ésta última al orden económico internacional.

Bibliografía.

Documentos

- CDHDF; Compilación de instrumentos nacionales e internacionales sobre VIH-SIDA y derechos humanos, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, México, 1999, 126 pp.
- ONUSIDA; La epidemia de SIDA: situación de en diciembre de 1999, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, 1999, 22 pp.
- ONUSIDA; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, 2000, 138 pp.
- ONUSIDA/OMS; La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2000, 27 pp.
- OPS; La Salud de los niños en las Américas: un compromiso con nuestro futuro, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1995, 56 pp.
- OPS/OMS; Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe Bianual Mayo 2000, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington DC. , 2000, 18 pp.
- PNUD; Informe sobre Desarrollo Humano 1996. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Edit. Harla, México, 1996, 247 pp.
- PNUD; Informe sobre Desarrollo Humano 1997. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Edit. Mundi-Prensa, Madrid, 1997, 262 pp.

Sobrino Maldonado Jesús, Torres Rodríguez Luis, *et al*;
"Impacto económico del VIH/SIDA en México. Hospital
General Regional No.1 Gabriel Mancera" en Curso de
Formación de Profesores en el Área de la Salud.
México, D.F., Centro de Formación de profesores en
el Área de la Salud, Región Siglo XXI, Instituto
Mexicano del Seguro Social, 1999. Documento inédito,
26 pp.

Székely, Alberto, (comp.); Instrumentos Fundamentales de
Derecho Internacional Público, Universidad Nacional
Autónoma de México, México, 1990, Vol. I, 474 pp.

UN/UNCHR; International Guidelines on HIV/AIDS and Human
Rights, UNCHRres.1997/33, UN.Doc.E/CN.4/1997/150
(1997).

WHO; The World Health Report 1998. Life in the 21st century: A
vision for all. World Health Organization, France,
1998, 214 p.

World Bank; Confronting AIDS: Public Priorities in a Global
Epidemic, Oxford University Press, New York, 1997,
315 pp.

Libros

Alonso, Martín; Diccionario del español moderno. Editorial
Aguilar, Madrid, 1982, 1159 pp.

Council on Ethical and Judicial Affairs AMA. Code of Medical
Ethics. Current Opinions with Annotations. American
Medical Association, Southern Illinois University,
Illinois, 1994, 177 pp.

EB; Enciclopedia Hispánica, Encyclopaedia Britannica
Publishers, Inc., Kentucky, 1996, Vol. 5, 407 pp.

- FISCRyMLR y HSPH; SIDA, Salud y Derechos Humanos. Un Manual Explicativo. Federación Internacional De Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y Harvard School of Public Health, Boston, 1995, 245 pp.
- Hernández-Vela Salgado, Edmundo; Diccionario de Política Internacional, Editorial Porrúa, México, 1999, 817 pp.
- Ianni, Octavio. Teorías de la globalización. Traducc. Isable Varicat Núñez, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, Editorial Siglo XXI, México, 1996, 184 pp.
- Keohane, Robert y Nye Joseph. Poder e Interdependencia. La política mundial en transición. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, 1989, 305 pp.
- Kuthy Porter, José; Villalobos, Pérez José; Tarasco Michel, Matrha y Yamamoto Cortés, Masami. Introducción a la Bioética. Méndez Editores, México, 1997, 269 pp.
- López Azpitarte, Eduardo. Ética y vida. Desafíos actuales. Ediciones Paulinas, México, 1994, 372 pp.
- Muguerza, et. al.; El fundamento de los Derechos Humanos, Edit. Debate, Madrid, 1989, 346pp.
- NYAS; Annals of the New York Academy of Sciences. Great Issues for Medicine in the Twenty-first Century. Publicación No. 882, New York Academy of Sciences, Nueva York, 1999, 275 pp.
- OPS; Bioética. Temas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud, Washington, Publicación científica No. 527, 1990, 246 pp.
- Roldán González, Julio. Ética Médica. Universidad La Salle, México, 1981, 197 pp.

- Sepúlveda Jaime, Bronfman M. y Rico B.; SIDA y derechos humanos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Academia Nacional de Medicina, México, 1992, 57 pp.
- Susan Sontag; La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas, Traducc. Mario Muchnik, Editorial Taurus Pensamiento, Madrid, 1996, 176 pp.
- Vázquez, Rodolfo (comp.); Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Fondo de cultura Económica, México, 1999, 281 pp.
- Velasco Suárez, Manuel y Cano Valle, Fernando. Bioética. Editorial Piensa, México, 1998, 151 pp.
- Wallerstein, Immanuel. Después del liberalismo. Traducc. Stella Mastrángelo, Editorial Siglo XXI en coedición con el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM, México, 1988, 268 pp.

Hemerografía

- Afp; "Descubren variante del SIDA", en: La Jornada, 6 de febrero del 2001, p. 46.
- Afp y Ap; "Nuevos medicamentos atacarán la mutación del virus del SIDA", en: La Jornada, 7 de febrero del 2001, p. 46.
- CDC; AIDS falls from Top Ten Causes of Death, Teen Birth, Infant Mortality, Homicide all decline, Centers for Disease Control Press Realease, 7 octubre 1998.

- Edelmann, Frédéric. "La France face au SIDA" en: Rendez-vous en France, París, 1989, No. 7 septiembre/octubre, pp. 18-19.
- García Procel, Emilio; "A propósito del SIDA" en: Revista Médica, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Volumen 28, No. 3/4, mayo-agosto de 1990, pp.205-211.
- Grajeda, Vivero, Manuel. "Niños con SIDA, una tragedia oculta" en: Rompan Filas, México, 1994, Número 13, pp. 28-32.
- Guárner, Vicente. "La bioética, una parte esencial de la medicina y del convivir humano (A propósito de la fundación de la Comisión Nacional de Bioética)" en: Excélsior. *El Búho*, 5 de julio de 1992, p.1.
- Hernández-Vela Edmundo. "Las Naciones Unidas y la paz" en Relaciones Internacionales. No. 65, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM, México, enero-marzo 1995, pp. 47-58.
- Kraus, Arnoldo. "Bioética, breves reflexiones", La Jornada, 11 noviembre de 1998, p. 5.
- Lagunes, Lucía. "Alarmante aumento del SIDA pediátrico por la desinformación de la madre", FEM, México, mayo 1996, Año 20, Número 158, pp. 28-29
- Márquez, David; "Los cien grandes del mundo global" en: La Jornada, Sección Reporte Económico, 9 de febrero de 1998, p. 24.
- Notiese; "Un modelo a seguir: el programa brasileño contra el SIDA" en: La Letra S, La Jornada, suplemento mensual, No. 52, 2 de noviembre de 200, p. 2.
- OIT; "Informe sobre el Trabajo en el Mundo 2000". en: La Jornada. Economía, 22 de junio del 2000, p. 29.

- ONUSIDA; "El SIDA, en fase explosiva": ONU. La Jornada. Sociedad y Justicia, 30 de Octubre de 1997. p. 48.
- ONUSIDA/OMS; "El SIDA se propagó este año por todo el mundo", La Jornada. Sociedad y Justicia, 19 de noviembre de 2000, p. 46.
- Ramírez, Tomás; "Panorama Epidemiológico del SIDA" y Martínez Federico; "SIDA, Sociedad y Familia" en Memorias del Ier Seminario de Actualización sobre SIDA. Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No. 1 Durango, Instituto Mexicano del Seguro Social, Durango, México, 1990, pp. 31-40, 48-61.
- Reuters; "Inalcanzable, la meta de la ONU para abatir la pobreza en 20152 en La Jornada, 6 de febrero del 2001, p. 31.
- Soler Claudín C, Gudiño Rosales JC. "A 11 años del descubrimiento del virus de inmuno deficiencia humana" y Valdespino Gómez JL, García García ML, Del Río Zolezzi A, et al. "Epidemiología del SIDA. VIH en México; de 1983 a marzo de 1995", Salud Pública de México. Doce años de SIDA en México. Edición especial, Volumen 37, No. 6, Instituto Nacional de Salud Pública, México, noviembre-diciembre de 1995, pp. 499-509, 556-571.
- UNAIDS. World AIDS Day Newsletter. The World AIDS Day Newsletter of the World Health Organization Global Programme on AIDS. UNAIDS, New York, 1º diciembre 1995, 22 pp.
- UN; AIDS and HIV Infection. Information for United Nations Employees and their Families. United Nations. New York, 1995, 55 pp.

Alleyne, George; "Mensaje del Director de la Organización Panamericana de la Salud en ocasión del Día Mundial de SIDA 2000" en: http://paho.org/spanish/dp./press_00129.htm.

OEA; <http://www.oas.org/defaultesp.htm>

OEA; [http://www.oas.org/vti_bin/sthtml.dll/OASpage/estructura.htm](http://www.oas.org/vti_bin/sthtml.dll/OASpage/esp/estructura.htm)

OPS; <http://www.paho.org/spanish/What-PAHO.htm>.

OPS; Boletín Epidemiológico. Vol. 21, No. 4, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC., http://paho.org/DPI/press_001213s.htm.

OEA; Proyecto de Calendario para el Trigésimo Primer Periodo Ordinario de Sesiones de la Asamblea General OEA/Ser.P/3062001AG/doc.3942/01, San José, Costa Rica, 25 de Abril 2001, en http://www.oas.org/vti_bin/sthtml.dll/Assembly2001/documentosS/AG3941.htm/map

OPS; Tercera Evaluación de la Aplicación de la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000: Resumen Regional de las Américas, <http://www.paho.org/Spanish/SHA/hfaresumen96.htm#4>.