



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**EL VIH/SIDA COMO AMENAZA MUNDIAL Y EL PAPEL DEL  
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE  
EL VIH/SIDA (ONUSIDA) PARA SU COMBATE EN EL MARCO  
DE LAS NACIONES UNIDAS 1996-2001**

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

**PRESENTA:**

**LIJUAN LUO CHE**

***DIRECTOR DE TESIS: MTRO. BERNARDO OLMEDO CARRANZA***

***MÉXICO D. F. MARZO 2011***





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 esta 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.

## **AGRADECIMIENTOS**

Dedico esta tesis a mi queridísima  
Maestra María Teresa Sánchez Leyva.

A mi director el Maestro Bernardo Olmedo por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un contexto de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A la Maestra Irene Nava, al Maestro Alfredo Córdoba, al Maestro Óscar Medina y al Maestro Alejandro Mérigo, por sus valiosas sugerencias y acertadas aportaciones durante el desarrollo de este trabajo.

A mis padres por su amor y constante estímulo para lograr lo que soy hoy.

A todos mis amigos de la carrera de Relaciones Internacionales por compartir la pasión por ésta.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO. 1 ASPECTOS MÉDICOS DEL VIH/SIDA: UNA CARACTERIZACIÓN</b>	6
1. 1 Virus del VIH	6
1.1.1. Serotipos del VIH-1	7
1.1.2. Serotipos del VIH-2	7
1.2. Características patogénicas del virus del VIH	8
1.3. Transmisión del VIH	8
1.4. Factores y conductas asociados al riesgo de adquirir la infección del VIH	9
1.4.1. Factores asociados a la transmisión sexual	10
1.4.2. Factores asociados a la transmisión sanguínea y Parenteral	11
1.4.3. Factores de riesgos perinatales asociados a la transmisión del VIH	12
1.5. Manifestaciones clínicas del VIH/SIDA	12
1.5.1. Fase de infección aguda retroviral	13
1.5.2. Período de portador asintomático	14
1.5.3. Fase de complejo relacionado con el SIDA	15
1.5.4. Fase de SIDA	16
1.6. Diagnóstico	19
1.6.1. Pruebas directas	20
1.6.2. Pruebas indirectas	20
1.6.3. Exámenes complementarios para el seguimiento evolutivo de la infección por VIH	21
1.6.4. Diagnóstico de VIH en los Recién Nacidos	21
1.7. Tratamiento	22
1.7.1. Medicamentos antirretrovirales	22
1.7.1.1. Efectos secundarios de los medicamentos anti VIH/SIDA	23
1.7.2. Tratamiento antirretroviral combinado	24
1.7.3. Tratamiento inmunomodulador contra el VIH/SIDA	24
1.7.3.1. Interferón	25
1.7.3.2. Interleucina	26
1.7.4. Medicamentos para combatir a las infecciones oportunistas	27
1.7.5. Apoyo psicológico y social	27

1.8. Prevención de las infecciones por el VIH	29
1.8.1. Medidas preventivas de la transmisión por contacto sexual desprotegido	29
1.8.2. Prevención de la transmisión materno-infantil	29
1.8.3. Prevención de la transmisión parenteral	30
<b>CAPÍTULO 2. EL CARÁCTER INTERNACIONAL DEL VIH/SIDA. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>31</b>
2.1. África subsahariana	32
2.1.1. Prevalencia	32
2.1.2. El SIDA, la principal causa de mortalidad en África subsahariana	33
2.1.3. Tendencias del comportamiento sexual entre los jóvenes	33
2.1.4. África meridional	34
2.1.5. África oriental	35
2.1.6. África occidental y central	36
2.2. Asia	37
2.2.1. Transmisión del VIH en Asia	38
2.2.2. Mejoramiento de la vigilancia en India	39
2.2.3. La interacción del consumo de drogas inyectables y relaciones sexuales sin protección	40
2.2.4. La epidemia se propaga con mayor rapidez en Asia	42
2.2.5. Asia meridional y sudoriental: descenso de la epidemia	42
2.3 Europa oriental y Asia Central	44
2.3.1. Feminización del VIH	45
2.3.2. Descenso de las nuevas infecciones en Europa oriental	46
2.3.3. La epidemia oculta	46
2.3.4. Cooperación regional	47
2.3.5. Asia central	47
2.4. El Caribe	48
2.4.1. Relaciones heterosexuales	49
2.4.2. Prevalencia en descenso	50
2.5. América Latina	51
2.5.1. Poblaciones clave	52
2.5.2. Brasil: asegura el acceso a los servicios de prevención y Tratamiento	53
2.5.3. El caso de México	54
2.6. América del norte y Europa occidental y central	56
2.6.1. Repercusión de la terapia antirretroviral	56
2.6.2. VIH y factores raciales y étnicos: mayor impacto del VIH en los afroamericanos y los aborígenes	57
2.6.3. Europa occidental y central	59

2.7. Medio oriente y África Septentrional	60
2.7.1. La prisión y el VIH/SIDA	61
2.8. Oceanía	62
2.8.1. Caso alarmante de Papúa Nueva Guinea	62
2.8.2. Relaciones sexuales sin protección entre hombres	64
2.8.3. La población maorí	64
2.8.4. Uso de preservativos	65
<b>CAPÍTULO 3. IMPACTOS DIVERSOS DEL VIH/SIDA</b>	<b>66</b>
3.1. Impacto demográfico del VIH/SIDA	67
3.1.1. Número de muertes	68
3.1.2. Esperanza de vida	69
3.1.3. Dimensión del género del VIH/SIDA	71
3.2. Impacto familiar del VIH/SIDA	72
3.2.1. Descomposición de la estructura familiar	73
3.2.2. Costos económicos y el consumo alimenticio	74
3.3. Impacto del VIH/SIDA en personas de tercera edad y niños	74
3.4. Impacto en las empresas	77
3.4.1. Ausentismo	77
3.4.2. Costo para las empresas	78
3.4.3. Impactos indirectos del VIH/SIDA en las empresas	80
3.5. Impacto sobre la agricultura	80
3.5.1. Ausentismo y pérdida de trabajo en el campo	82
3.5.2. Implicaciones de género	86
3.6. Impacto en la educación	87
3.6.1. Asistencia escolar	87
3.6.2. Reducción de la calidad educativa	88
3.7. Impacto en el sector sanitario	89
3.8. Impacto en el crecimiento económico	91
<b>CAPÍTULO 4. RESPUESTA DE LA ONUSIDA ANTE EL VIH/SIDA 1996-2001</b>	<b>95</b>
4.1. Antecedentes de la ONUSIDA	95
4.1.1. Creación de la ONUSIDA	98
4.1.2. La primera reunión del Consejo de Coordinación del Programa (PCB)	101
4.2. 1996-1997, Inicio de actividades en la ONUSIDA	103

4.2.1. El Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA	105
4.2.2. Colección de datos epidemiológicos	106
4.2.3. XI Conferencia Internacional de SIDA	106
4.2.4. El establecimiento de una amplia coalición	107
4.2.5. La Campaña Mundial contra el SIDA	109
4.2.6. La Iniciativa de Acceso a los Medicamentos: medicamentos accesibles para los países más pobres	111
4.3. 1998-1999, Cambio en el ámbito político	112
4.3.1. Alianzas	113
4.3.2. Trabajar con organizaciones religiosas	115
4.3.3. Estrecha colaboración con los copatrocinadores	115
4.3.4. Colaboración horizontal	117
4.3.5. Mayor compromiso y voluntad política	118
4.3.6. Un frente político africano contra la crisis en el continente de África	119
4.3.7. La 12ª Conferencia Internacional de SIDA	121
4.4. 2000-2001, El mandato global	122
4.4.1. Debate del VIH/SIDA en el Consejo de Seguridad de la ONU	123
4.4.2. El drama político en la 13ª Conferencia Internacional de SIDA	124
4.4.3. Prevención del VIH/SIDA en las fuerzas armadas de la ONU	125
4.4.4. La recaudación de fondos y la sensibilización	127
4.4.5. Un mayor acceso al tratamiento	128
4.4.6. El Acuerdo sobre los Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC)	130
4.4.7. Incrementar los esfuerzos y actividades de promoción para la prevención	131
4.4.8. Un nuevo Fondo Mundial	133
4.4.9. El establecimiento de la Asociación Pan-Caribeña contra el VIH/SIDA	134
4.4.10. La integración de la Organización Internacional del Trabajo a la ONUSIDA.	136
4.4.11. Período de sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001	137
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>139</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS</b>	<b>144</b>

## INTRODUCCIÓN

La problemática del VIH/SIDA<sup>1</sup> es realmente alarmante debido a varios factores. Por un lado en cuanto al componente médico, su oscuro origen no solamente dificulta el conocimiento de la historia natural de la enfermedad con la finalidad de encontrar un tratamiento curativo, sino también abruma el descubrimiento de una vacuna efectiva; y, por el otro lado, el componente epidemiológico que hace que dicha enfermedad haya alcanzado en poco tiempo los niveles de una pandemia, avanzando rápidamente y afectando a un gran número de personas sin importar sexo, edad, condición económica o social.

Además el VIH/SIDA no es un problema aislado puesto que tiene repercusiones en diversos ámbitos además de la salud, tales como el laboral y el de la lucha contra los narcóticos y estupefacientes, la educación, así como en el desarrollo económico, además de ser una pandemia de carácter mundial y que tiene implicaciones a escala de las relaciones internacionales, tanto a nivel de los países como de éstos con los organismos internacionales que se han abocado a promover esfuerzos y a generar medidas institucionales para su control y eventual erradicación.

Cada vez estamos más convencidos de que la pandemia del VIH/SIDA representa un fenómeno único en la historia de la humanidad por su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto. Desde el diagnóstico del primer caso de SIDA en 1981, el mundo se ha enfrentado esforzadamente a las extraordinarias dimensiones de esa enfermedad. Los primeros esfuerzos para formular una respuesta eficaz fueron fragmentarios, poco sistemáticos y contaron con muy escasos recursos.

---

<sup>1</sup> El VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) es el agente infeccioso determinante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).



Pocas comunidades identificaron los peligros a los que hacían frente, y menos aún fueron capaces de organizar una respuesta eficaz. Ahora, más de 20 años después del primer caso detectado, han fallecido 20 millones de personas y otros 37,8 están viviendo con el VIH en todo el mundo. Aún así, el VIH/SIDA se expande sin cesar, destruyendo la vida de las personas y en muchos casos dañando gravemente el tejido de las estructuras sociales.

Para combatirlo, la institución mundial más reconocida, la Organización de Naciones Unidas (ONU), ha tomado la batuta de la batalla y ha publicado los cinco objetivos básicos para vencer en esta lucha:

- Asegurar que las personas de cualquier lugar, pero especialmente los jóvenes, sepan qué hacer para evitar el VIH/SIDA.
- Detener la infección materno-infantil, la cual es una de las formas más trágicas de contraer VIH/SIDA.
- Proveer de ayuda y cuidados a aquellos que viven con el VIH/SIDA.
- Redoblar esfuerzos con el propósito de encontrar una vacuna para el VIH.
- Cuidar a grupos vulnerables, aquellos cuyas vidas han sido afectadas terriblemente por el SIDA, en especial a los huérfanos.

Sin embargo, el VIH/SIDA no puede ser enfrentado por organismos de las Naciones Unidas por separado, sino que necesita la coordinación de cada uno de sus componentes para que de acuerdo a su ámbito de acción, apoyen en la formulación de proyectos, políticas y programas que ayuden a combatir esta epidemia mundial. Con este fin fue creado en 1996 el Programa de la ONU para la lucha contra el VIH/SIDA (ONUSIDA), que es un programa que combina con la mayor eficacia posible los conocimientos, recursos y alcances de diversos organismos de la ONU.

El VIH desde su aparición oficial en los años 80 constituye una crisis sanitaria mundial particular, las estadísticas que nos presentan resultan devastadoras, y lo peor, éstas tienden a empeorar. De acuerdo a información de la ONUSIDA, las

consecuencias sociales y económicas de esta epidemia se hacen sentir de manera más dramática aproximadamente diez años después de que el VIH aparece en determinado país o región.

Si se toma en cuenta que cada año se estiman 4.3 millones de nuevas infecciones, el costo para el mundo será enorme, inclusive si el contagio de la epidemia fuera controlado en un plazo breve. Por lo que para tener alguna posibilidad de responder con eficacia a la epidemia tenemos que tratarla al mismo tiempo como una emergencia y como un problema de largo plazo. Esto significa que se requiere de una respuesta excepcional que se mantenga creativa, enérgica, vigilante y al mismo tiempo de largo plazo, que involucra tanto sectores públicos como privados; organismos regionales e internacionales.

Dadas las consideraciones realizadas tanto en el planteamiento como en la justificación, mi análisis parte de las hipótesis siguientes, debido a la rápida propagación del virus por diversas vías de transmisión, y la inexistencia de medicamentos resolutivos, el VIH/SIDA ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas alrededor del mundo desde que fue comunicado por primera vez por casos de personas fallecidas en África en los años 80, situación que lo convierte en la epidemia más destructiva en los anales de la historia de la salud pública, tendencia que podría continuar en esta forma si no se combate de manera más eficaz por parte de los organismos especializados de Naciones Unidas. La pandemia con repercusiones sociales, económicas y políticas que amenaza al desarrollo y el progreso de la sociedad misma, y como tal, la lucha contra esta epidemia mundial es una prioridad dentro del sistema de Naciones Unidas.

Ante esa necesidad, la ONU instruyó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la creación de un programa dedicado especialmente a la lucha de la pandemia, por lo que nació el Programa de Control de SIDA que fue el antecesor de la ONUSIDA, cuya función es la coordinación de las acciones de las organizaciones especializadas del sistema de Naciones Unidas en respuesta al

VIH/SIDA, formulando amplias estrategias y planes de acciones aplicables a nivel regional e internacional para su combate.

La ONUSIDA apoya la articulación de las acciones referentes al VIH/SIDA de sus diversos copatrocinadores como son: ACNUR (El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), PMA (Programa Mundial de Alimentos), PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), ONUDD (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), OIT (Organización Internacional del Trabajo), UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), OMS (Organización Mundial de la Salud) y Banco Mundial.

La misión de ONUSIDA y sus agencias copatrocinadoras es guiar, fortalecer y apoyar los esfuerzos mundiales para contener el curso de la epidemia. Esos esfuerzos están destinados a prevenir la propagación del VIH; proporcionar atención y apoyo a las personas infectadas y afectadas por la enfermedad; reducir la vulnerabilidad de las personas y comunidades al VIH/SIDA; y, mitigar el impacto humano y socioeconómico de la epidemia.

Por lo que, partiendo de que el papel de ONUSIDA en la lucha contra el VIH/SIDA ha sido significativo desde el inicio de esa pandemia mundial que amenaza a la seguridad global, una evaluación de las acciones resulta fundamental con la finalidad de reforzar las estrategias para seguir enfrentando los retos actuales.

El trabajo de investigación y el análisis que he realizado sobre el tema en cuestión tiene como objetivos generales; plantear los impactos de la pandemia mundial del VIH/SIDA en diversos aspectos de la sociedad; conocer las acciones y alcances que ha tenido el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en la lucha contra la pandemia mundial del VIH/SIDA desde su creación hasta el inicio del nuevo milenio.

De manera complementaria, se plantean como objetivos específicos: conocer los aspectos médicos del VIH/SIDA desde su origen hasta el diagnóstico y los tratamientos actualmente disponibles, así como su prevención; exponer la magnitud del problema sanitaria mundial del VIH/SIDA mediante la descripción de la situación epidemiológica global del VIH/SIDA; delimitar los impactos sociales, económicos y políticos del VIH/SIDA, los cuales constituyen una amenaza para el desarrollo y el progreso individual y comunitario; describir y analizar los antecedentes y la creación de la ONUSIDA; señalar los esfuerzos que ha contribuido la ONUSIDA en la lucha contra la pandemia mundial del VIH/SIDA en 1996-2001.

Por razones metodológicas, el análisis del problema será abordado de la siguiente manera: primero, una descripción de los aspectos médicos del VIH/SIDA, que incluye su modo de transmisión, las manifestaciones clínicas, los factores de riesgo para su contagio, los tratamientos disponibles y las medidas preventivas que son características importantes para diseñar estrategias sanitarias con el propósito de enfrentar el problema del VIH/SIDA. Segundo, una caracterización internacional de la situación epidemiológica actual de la pandemia de VIH/SIDA, en el que se describirá con números contundentes los casos de VIH/SIDA de los cinco continentes, que dada su localización geográfica, sus usos y costumbres, dichas cifras se diferencian de manera abismal. Tercero, determinación y valoración de los impactos de la epidemia del VIH/SIDA, toda vez que éste ha provocado el mayor revés individual en el desarrollo humano. Se analizará cómo en los países más afectados por el VIH/SIDA, se ha reducido la expectativa de vida, se ha profundizado la pobreza entre familias y comunidades vulnerables, se ha sesgado el tamaño de las poblaciones, se ha socavado los sistemas nacionales y se ha debilitado las estructuras institucionales. Y por el último, se presentará una evaluación de las acciones que ha llevado a cabo la ONUSIDA desde su creación hasta el inicio del nuevo milenio en materia de VIH/SIDA.

## **CAPÍTULO. 1 ASPECTOS MÉDICOS DEL VIH/SIDA: UNA CARACTERIZACIÓN**

El 5 de junio de 1980, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América reportó el primer caso de neumonía atípica en un joven homosexual; posteriormente se confirmó el caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Desde entonces el VIH/SIDA se ha convertido en una importante epidemia de alcance mundial; unos 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus, y de ellas han muerto unos 25 millones<sup>2</sup>, amenazando la seguridad, la paz, el desarrollo económico y social de todos los países y no únicamente de aquellos ubicados en las regiones afectadas<sup>3</sup>.

El tema del VIH/SIDA ha generado una gran preocupación desde los puntos de vista médicos, económicos, políticos y sociales, por lo que se requiere una acción conjunta tanto de gobiernos como de las organizaciones internacionales para lograr su prevención y tratamiento.

### **1. 1. VIRUS DEL VIH**

Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV por sus siglas en inglés) el virus de inmunodeficiencia humano (VIH) que se descubrió en el siglo pasado (década de los 80) está clasificado dentro del género *Lentivirus* que pertenece a la subfamilia *Orthoretrovirinae* de la familia *Retroviridae*.

La familia de los retrovirus está dividida en 3 subfamilias, entre ellas los *lentiviridae*, causantes de inmunodeficiencia y destrucción de las células inmunológicas que las infectan lentamente y en forma progresiva. En este subgrupo figuran los que

---

<sup>2</sup> ONUSIDA. *Informe Anual de ONUSIDA (2009)*. Ginebra: ONUSIDA, 2009.

<sup>3</sup> Declaración del representante permanente alerno de México, embajador Carlos Pujalte, en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en la sesión dedicada a examinar la

provocan la enfermedad en los seres humanos: el VIH-1, descubierto en 1983; y el VIH-2, en 1986.

A pesar de ser 2 virus diferentes, los virus de VIH comparten ciertas características biológicas en común, tales como:

- Tropismo celular<sup>4</sup>
- Modo de transmisión
- Mecanismos similares de replicación
- Producción de estados de inmunodeficiencia

La característica más importante de estos virus es la riqueza de sus genes y proteínas reguladoras, que van a condicionar la complejidad de la interacción virus-células y, de ahí, la patogenia<sup>5</sup> de la enfermedad.

### **1.1.1 Serotipos del VIH-1**

Los serotipos<sup>6</sup> del VIH-1 se clasifican en 2 grandes grupos:

- M (main): causante de la gran mayoría de las infecciones existentes hoy día y del cual se conocen los siguientes serotipos: A, B, C, D, E, F, G y H.
- O (outlier): localizado en cierta parte de África y no son sensible a las pruebas de laboratorio para su detección.

### **1.1.2. Serotipos del VIH-2**

---

instrumentación de la resolución 1308 (2000) sobre los vínculos entre el VIH/SIDA, la paz y la seguridad internacional, Nueva York, N.Y., 17 de noviembre de 2003.

<sup>4</sup> Es la afinidad del virus por un tejido específico.

<sup>5</sup> Origen y desarrollo de las enfermedades.

<sup>6</sup> Tipos de organismos identificados por los antígenos que posee.

El VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C y E. En general, esta familia de los retrovirus se asocia cada vez más con distintos procesos patológicos, tales como enfermedades autoinmunes (síndrome de Sjögren), afecciones neurológicas (paraparesia espástica tropical) y otras.

## **1.2. CARACTERÍSTICAS PATOGENICAS DEL VIRUS DE VIH**

El virus de inmunodeficiencia humano (VIH) produce una infección que destruye las células sanguíneas blancas (las células que combaten las infecciones en el organismo), produciendo una disfunción del sistema inmunológico. El VIH debilita el sistema inmunológico y dificulta el combate de ciertas infecciones.

El VIH ataca a las células inmunológicas llamadas CD4+ T, a las que debilita y mata. Estas células, también llamadas "células del T-auxiliador", juegan un papel central en la respuesta inmunológica al alertar a otras células en el sistema inmunológico para realizar sus funciones especiales.

Los individuos diagnosticados con el VIH/SIDA son susceptibles a sufrir infecciones graves originadas por microorganismos que normalmente no causan la enfermedad en las personas saludables. Los pacientes con SIDA sufren a menudo infecciones en los pulmones, tracto intestinal, cerebro, ojos y otros órganos, así como debilitamiento, pérdida de peso, diarrea, problemas neurológicos y cánceres como el sarcoma de Kaposi y ciertos tipos de linfomas.

## **1.3. TRANSMISIÓN DEL VIH**

Existen varias formas de la transmisión del VIH:

- Contacto sexual con una persona infectada. Es la forma más común de la transmisión, el virus puede entrar al cuerpo durante el acto sexual a través de la mucosa que reviste la vagina, la vulva, el pene, el recto o la boca.
- Compartir agujas o jeringas (fundamentalmente para inyectarse drogas) con una persona infectada. O en caso de que un paciente le transmita el virus a un trabajador médico, o a la inversa, si se pincha accidentalmente con agujas u otros instrumentos médicos contaminados.
- Los hijos de madres portadoras del VIH pueden infectarse antes o durante el nacimiento o al ser alimentados con leche materna después del parto.
- Transfusiones de sangre contaminada o factores de coagulación contaminados. Antes de que se hicieran exámenes de sangre para encontrar pruebas de infección por el VIH y antes de que se introdujeran técnicas de tratamiento térmico para destruirlo en productos que contenían sangre, el VIH se transmitía a través de transfusiones de sangre o componentes de sangre contaminados. Hoy, gracias a los exámenes de sangre y el tratamiento térmico, el riesgo de infectarse con el VIH como resultado de una transfusión es extremadamente bajo.

Estudios hechos en familias de personas infectadas con el VIH han demostrado con claridad que el virus no se transmite a través del contacto casual como, por ejemplo, al compartir cubiertos, toallas o ropa de cama, piscinas de natación, teléfonos o asientos de inodoros. Las picaduras de insectos como mosquitos o chinches tampoco transmiten el VIH.

#### **1.4. FACTORES Y CONDUCTAS ASOCIADOS AL RIESGO DE ADQUIRIR LA INFECCIÓN DEL VIH**



Se denominan factores de riesgo para la enfermedad por el VIH/SIDA a aquellas características del individuo o su entorno que hacen que éste sea más susceptible a la enfermedad. Los principales factores de riesgo son los asociados al comportamiento, los perinatales y los biológicos.

#### **1.4.1. Factores asociados a la transmisión sexual**

Están en riesgo de adquirir el VIH por la vía de transmisión sexual todas las personas con vida sexual activa. Sin embargo, existen exposiciones a situaciones que incrementan el riesgo de contagiar el VIH tanto en hombres como en mujeres, cualquiera que sea su edad. La vía de transmisión sexual es la más frecuente (97 % del total de casos), de acuerdo a las estadísticas actuales. Las exposiciones de riesgo para la transmisión sexual del VIH son las siguientes:

- Contacto genital desprotegido: es decir, sin el uso del condón. En orden descendente de riesgo, estas conductas son: el contacto anal; genital; oral con una persona de la cual se desconozca si es o no seropositivo para el VIH.
- Una enfermedad de transmisión sexual (ETS) de cualquier tipo: Esto se explica por la asociación de las ETS a factores de riesgo del comportamiento sexual que también predisponen a la infección por el VIH, y a la acción directa de las ETS, especialmente las ETS ulcerativas, al causar daño en la mucosa rompiendo la barrera natural y favoreciendo la entrada del VIH al organismo.
- Consumo de drogas psicoactivas y alcohol (marihuana, cocaína, heroína, alcohol, entre otras): Estos disminuyen el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión del VIH durante la relación sexual.

Existen otros factores de riesgo asociados a la conducta sexual de las personas que influyen en la transmisión del VIH, como son:

- La higiene pre y post-contacto genital.

- El grado de trauma asociado a la actividad sexual.
- El juego erótico post-eyaculatorio no protegido, es decir sin el uso del condón.
- El maltrato o abuso sexual, o las violaciones.
- El hacinamiento, especialmente en las cárceles.
- La falta de información y educación sexual apropiada.
- El pobre acceso a elementos preventivos, especialmente condones.
- La falta de apoyo emocional o psicológico a las personas portadoras del VIH para que eviten infectar a sus compañeros sexuales.
- Comportamiento sexual desconocido del compañero.

#### **1.4.2. Factores asociados a la transmisión sanguínea y parenteral**

De manera menos frecuente ocurre transmisión del VIH por contacto con sangre o por transmisión parenteral. Están en riesgo de adquirir el VIH por este mecanismo las personas que han tenido:

- Transfusiones de sangre o derivados sanguíneos, o de transplantes de órganos que no han sido garantizados por el control de calidad de bancos de sangre.
- Prácticas de intercambio de agujas durante sesiones de drogadicción intravenosas, o que hayan sido sometidas a prácticas de tatuaje, perforación de orejas y otras partes del cuerpo, etc. con instrumentos no estériles.
- Accidentes laborales biológicos debido a una pobre educación en bioseguridad o por la carencia de elementos preventivos, con exposición de piel no intacta o de mucosas o por punción percutánea<sup>7</sup> con agujas o instrumentos contaminados con secreciones o líquidos corporales contaminantes de un paciente infectado. Esta categoría incluye a los profesionales de medicina, enfermería, odontología, personal auxiliar,

estudiantes y personal del laboratorio, así como los trabajadores del aseo y otros servicios hospitalarios.

#### **1.4.3. Factores de riesgos perinatales asociados a la transmisión del VIH**

En razón de que el VIH se transmite de forma vertical a partir de madres VIH seropositivas, la tasa de infección en niños es elevada a nivel mundial. El concepto de transmisión perinatal abarca todas las posibilidades de contagio que pueden ocurrir durante el periodo de gestación, trabajo de parto, y la exposición a leche materna durante el postparto. La transmisión perinatal es la vía de contagio por VIH más frecuente en la población menor de 18 años en el mundo, y existen los siguientes factores de riesgo:

- Hijos de madres con SIDA.
- Mujeres infectadas con ruptura prematura de membranas.
- Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los medicamentos antirretrovirales.
- Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los servicios de salud durante el embarazo.
- Mujeres infectadas que amamantan a sus hijos con leche materna.
- Mujeres infectadas que se les ha permitido parto vaginal.
- Mujeres infectadas que han tenido procedimientos invasivos en el control prenatal (amniocentesis<sup>8</sup> o cordocentesis<sup>9</sup>).

#### **1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL VIH/SIDA**

Es importante conocer las fases clínicas del VIH/SIDA con la finalidad de formular distintos programas sociales de detección que involucren tanto a la sociedad

---

<sup>7</sup> Por la piel o a través de ésta.

<sup>8</sup> Punción de las membranas internas fetales que forman el saco que contiene el líquido amniótico.

<sup>9</sup> Punción del cordón umbilical.

internacional como nacional e inclusive local, y esto ayudará su temprano diagnóstico y tratamiento, que a largo plazo no solamente ofrece mejor calidad de vida para las personas que lo padece, sino también disminuye la carga social, económica y política de los gobiernos. Y clínicamente los síntomas debido al VIH/SIDA se clasifica en cuatro fases<sup>10</sup>.

### **1.5.1. Fase de infección aguda retroviral**

Se corresponde con la llegada del virus al cuerpo humano y se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por dos situaciones:

- Asintomática, ocurre en la mayoría de los pacientes.
- Sintomática, el cuadro clínico presenta síntomas muy variados:
  - a) Síntomas generales: fiebre, faringitis, linfadenopatías, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso.
  - b) Síntomas dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia.
  - c) Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.
  - d) Síntomas neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.

En su mayoría, como son manifestaciones tan inespecíficas, es frecuente que médicos y pacientes no les concedan importancia y a su vez se dificulte determinar con exactitud la frecuencia de este cuadro clínico agudo; no obstante, en diferentes estudios se describen como las más comunes: la fiebre asociada a fatiga, la erupción eritematosa maculopapular y el síndrome adénico similar al de la mononucleosis infecciosa.

---

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH*. Washington, DC: OPS, 1999.

De forma general, estos síntomas se manifiestan aproximadamente durante 6 a 8 semanas y no requieren de tratamiento específico, sólo sintomático. Mientras más sintomática y duradera sea esta fase, peor pronóstico tendrá la evolución clínica del paciente, caracterizada por una gran viremia inicial, con destrucción de las células del sistema inmunológico y disminución transitoria de su número. Lentamente se produce una respuesta inmune contra el virus, por lo que se reduce el volumen de partículas virales en la sangre, pero continúa su replicación en los órganos linfáticos (sobre todo en ganglios linfáticos y bazo, que constituyen el principal reservorio del virus); en otras palabras, la respuesta inmune inicial no basta para eliminar el virus.

#### **1.5.2. Período de portador asintomático**

Después de la primera etapa, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad: la de portador asintomático, la duración en promedio es de 11.5 años. El enfermo puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico, con las siguientes características: más de 3 meses de evolución, ganglios firmes, móviles, indoloros pero no fibrosos, sin cambios en la piel que los recubre y ubicados en dos ó más regiones contiguas.

Comúnmente se excluyen las adenopatías de localización inguinal, por la diversidad de causas que las producen; pero cuando son de gran tamaño, deben evaluarse junto con las de otras regiones y tenerlas en cuenta, sobre todo en individuos con factores de riesgo para ser infectados por el VIH. Se puede presentar en esta fase la denominada linfadenopatía generalizada persistente y de manera general se considera como un esfuerzo o lucha del sistema inmunológico para vencer la infección, en este caso puede o no haber esplenomegalia<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Aumento de volumen o hipertrofia del bazo.

En esta fase, los pacientes aunque asintomáticos, representan un gran desafío epidemiológico, ya que a través de relaciones sexuales desprotegidas transmiten la enfermedad e infectan a nuevas personas. En este periodo aunque muy baja, prosigue la replicación del virus, por lo cual no hay tal estado de latencia o de no replicación; esto se asocia con altos títulos de anticuerpos, por lo que el método de diagnóstico en dicha fase es solamente mediante estudios serológicos.

### **1.5.3. Fase de complejo relacionado con el SIDA**

A medida que pasan los años y progresa la enfermedad, se presenta la fase conocida como complejo relacionado con el SIDA, que representa una fase intermedia entre el portador asintomático y la etapa final que es el SIDA.

Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, por lo que estos pacientes ya no estarán como en la fase anterior, pero los problemas serán menos graves que en la siguiente.

Esta fase se conoce también como SIDA menor o presida y clínicamente se reconoce por distintos síntomas:

- Generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado y pérdida de peso.
- Hematológicos: anemia y trombocitopenia (con o sin síndrome purpúrico).
- Linfadenopáticos: linfadenopatía.
- Respiratorios: tos seca persistente.
- Digestivos: diarrea.
- Dermatológicos: candidiasis oral, dermatitis seborreica, herpes simple recurrente (anal o genital), herpes zoster y verrugas genitales.
- Neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso-depresivo y meningitis aséptica.

A lo largo de esta fase hay tendencia al aumento progresivo de la replicación viral así como una disminución de las funciones inmunes del organismo, y su duración depende de factores como:

- Tipo de cepa viral infectante.
- Respuesta inmunológica del huésped.
- Tratamiento tanto antirretroviral como sintomática.
- Tratamiento inmunomodulador (factor de transferencia e interferón).

#### **1.5.4. Fase de SIDA**

Es el estadio final de la infección por el VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una grave inmunodepresión, con una disminución notable del número de linfocitos CD4, cuya importante participación en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

El término SIDA se aplica a las etapas más avanzadas de la infección por el VIH. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la manifestación final y más grave de una pérdida progresiva de la inmunidad celular, causada por la destrucción de linfocitos CD4 (T4) por acción directa o indirecta del virus del VIH.

Actualmente en el ámbito médico se utiliza la clasificación de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de 1993 que clasifica básicamente a los pacientes infectados por el VIH según los datos clínicos (categoría clínica) y el número de linfocitos CD4 (categoría inmunológica).

La definición del SIDA dada por el CDC incluye a todos los individuos infectados con el VIH que tienen menos de 200 células CD4+ T por milímetro cúbico de sangre. (Los adultos sanos tienen normalmente conteos de 1,000 o más células CD4+ T). Además, la definición incluye 26 condiciones clínicas que afectan a las

personas con enfermedad del VIH avanzada. La mayoría de estas condiciones son infecciones oportunistas, que raramente perjudican a las personas sanas. En los enfermos de SIDA estas infecciones son a menudo severas y en ocasiones fatales, porque el sistema inmunológico ha quedado tan devastado por el VIH que el cuerpo no puede combatir contra una larga lista de bacterias, virus, hongos, parásitos y otros microorganismos.

Categorías clínicas según CDC<sup>12</sup>

<b><u>Categoría A</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección asintomática por VIH</li> <li>• Linfadenopatía persistente generalizada</li> <li>• Infección aguda por VIH o historia de la misma</li> </ul>
<b><u>Categoría B</u></b>	<p>Pacientes con síntomas, pero que no forman parte de la categoría A ni C y corresponden a diferentes condiciones patológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidiasis orofaríngea</li> <li>• Candidiasis vaginal persistente y frecuente, con pobre respuesta al tratamiento</li> <li>• Displasia cervical</li> <li>• Fiebres y diarreas por más de un mes</li> <li>• Enfermedad inflamatoria pélvica, especialmente complicada con absceso tuboovárico</li> <li>• Neuropatía periférica</li> <li>• Carcinoma in situ</li> <li>• Leucoplasia vellosa oral</li> <li>• Herpes zoster</li> <li>• Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI)</li> <li>• Angiomatosis bacilar</li> </ul>

<sup>12</sup> Lamotte.JA. "Infección-enfermedad por VIH/SIDA", en: Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz.Presilla E, Losada Gómez J, Serret.Rodríguez B, LLamos Sierra N, et al. *Temas de medicina interna*. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002.



<b>Categoría C</b>	<p>Se asocia a inmunodeficiencia grave, cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla.</p> <p>Los pacientes presenta síntomas, pero que no forman parte de la categoría A ni C y corresponden a diferentes condiciones patológicas, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidiasis esofágica y broncopulmonar</li> <li>• Otras micosis profundas extrapulmonares</li> <li>• Citomegalovirus generalizada</li> <li>• Sarcoma de Kaposi</li> <li>• Linfomas</li> <li>• Neumonía por <i>Pneumocistis carinii</i>.</li> <li>• Neumonía bacteriana recurrente</li> <li>• Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar</li> <li>• Septicemia por <i>Salmonella</i> no <i>typhi</i> recurrente</li> </ul>
--------------------	--

Categorías inmunológicas<sup>13</sup>

Categoría 1	Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm <sup>3</sup> en número absoluto o bien CD4 mayor o igual al 29%.
Categoría 2	Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm <sup>3</sup> o bien entre 14-28%.
Categoría 3	Linfocitos CD4 menor de 200/mm <sup>3</sup> o bien CD4 menor del 14%.

---

<sup>13</sup> *Ídem.*

**CLASIFICACIÓN MIXTA (CLÍNICA E INMUNOLÓGICA) DE LOS PACIENTES  
EN VIH/ SIDA SEGÚN CDC**

<b>CD4</b>	<b>“A” Asintomático o linfadenopatía</b>	<b>“B” Sintomático No “A” no “C”</b>	<b>“C” Indica SIDA</b>
> 500	A1	B1	C1*
200-499	A2	B2	C2*
<200	A3	B3	C3*

\* Indica SIDA

**1.6. DIAGNÓSTICO<sup>14,15</sup>**

Debido a que a menudo la infección por el VIH no causa síntomas al principio, el profesional de la salud normalmente sólo puede diagnosticarla si examina la sangre directamente de una persona para establecer la presencia de anticuerpos del VIH. Los anticuerpos del VIH generalmente no alcanzan en la sangre, hasta que pasan de uno a tres meses después de la infección, niveles que le permitan a un médico apreciarlos, y pueden pasar hasta seis meses antes que los anticuerpos se produzcan en cantidades suficientes para aparecer en los exámenes de sangre de rutina.

El desarrollo de los métodos de laboratorio necesarios para el diagnóstico definitivo de la infección por VIH, ha sido un gran paso de avance científico, pues las manifestaciones clínicas, aunque sugestivas, no son específicas en ningún estadio de la enfermedad.

---

<sup>14</sup> *Ídem.*

<sup>15</sup> Bartlett JG, Gallart JE. *Medical management of HIV infection*. New York, Glaxowellcome HIV, 2000.

Después de la infección por el VIH se producen una aguda viremia<sup>16</sup> y antigenemia<sup>17</sup>, pero con una respuesta demorada de anticuerpos.

Las pruebas de laboratorio empleadas para diagnosticar la infección por retrovirus humanos, se clasifican en directas e indirectas.

### **1.6.1. Pruebas directas**

Facilitan el diagnóstico precoz de la infección, ya que permiten detectar la presencia del virus o sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico), aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos contra ellos, pero son muy costosas, entre ellas:

- Antigenemia P24
- Cultivo viral
- Reacción en cadena de la polimerasa

Estas dos últimas se usan para diagnosticar la infección en los niños, junto al Western Blot<sup>18</sup>, por la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al recién nacido.

### **1.6.2. Pruebas indirectas**

Revelan la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en pruebas serológicas para la detección de anticuerpos en el suero. La presencia de anticuerpos antiVIH, lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus en el pasado, significa el estado de portador actual.

---

<sup>16</sup> Presencia de virus en la sangre.

<sup>17</sup> Presencia de antígeno en la sangre.

<sup>18</sup> Es un método en biología molecular/bioquímica/inmunogenética para la detección de proteínas en una muestra de un tejido.

Las pruebas serológicas son específicas para cada retrovirus (VIH-1, VIH-2), por lo que deben hacerse de forma independiente y son a su vez de varios tipos:

1. Prueba de Screening. Serología VIH (ELISA o micro ELISA)
2. Prueba confirmatoria. Serología Western Blot
3. Pruebas suplementarias
4. Pruebas inmunológicas

### **1.6.3. Exámenes complementarios para el seguimiento evolutivo de la infección por VIH**

Es vital conocer cómo evoluciona la infección por el VIH, pues aun desde la fase asintomática puede predecirse hasta dónde ha progresado la enfermedad y, por tanto, el grado de inmunodepresión. Para ello se utilizan las pruebas siguientes:

- Pruebas que miden el nivel de replicación viral.
- Pruebas de resistencia genotípica y fenotípica.
- Pruebas que miden el nivel inmunológico del huésped ante el virus.
- Pruebas para determinar la repercusión de la infección en los diferentes órganos y sistemas (radiografía de tórax y senos paranasales, pruebas de función hepática, examen de materiales fecales, serología, punción lumbar, tomografía axial computarizada (TAC), endoscopia.

### **1.6.4. Diagnóstico de VIH en los Recién Nacidos**

En el caso de los recién nacidos de madres infectadas con el VIH, los bebés pueden estar infectados o no con el virus, pero todos llevan consigo, durante varios meses, los anticuerpos del VIH de sus madres. Si estos bebés no presentan síntomas, el diagnóstico de la infección con el VIH usando los exámenes de anticuerpos corrientes no puede hacerse hasta pasados los 15 meses de edad. Para ese entonces, es improbable que los bebés lleven consigo todavía los

anticuerpos de sus madres, y habrán desarrollado sus propios anticuerpos si están infectados. En bebés de 3 a 15 meses se usan nuevas tecnologías para detectar el VIH mismo, que son más precisas en la determinación de la infección por el virus.

## **1.7. TRATAMIENTO**

El objetivo del tratamiento de la infección-enfermedad por VIH es disminuir la replicación del virus y restablecer el sistema inmunológico, por lo que se fundamentan en los siguientes pilares:

1. Drogas antirretrovirales
2. Terapia inmunomoduladora
3. Tratamiento de las infecciones oportunistas y tumores
4. Quimioprofilaxis primaria y secundaria
6. Apoyo psicológico y social

### **1.7.1. Medicamentos antirretrovirales**

Cuando el SIDA apareció por primera vez en las décadas de los 80, no había medicamentos disponibles para combatir la deficiencia inmunitaria subyacente, y había pocos tratamientos para las enfermedades oportunistas resultantes. Pero en los últimos 10 años los investigadores han desarrollado tratamientos para combatir tanto la infección con el VIH como las infecciones y cánceres asociados con ella.

A lo largo del combate a las infecciones del VIH/SIDA, han existido diversos medicamentos para su tratamiento:

- Inhibidores nucleósidos de transcriptasa invertidos (TR): es el primer grupo de fármacos que se usaron para tratar la infección por el VIH, que consiste en interrumpir una etapa temprana de duplicación del virus. Se incluyen en

esta clase de fármacos (llamados análogos nucleósidos) el AZT (llamado también zidovudina o ZDV), el ddC (zalcitabina), el ddl (dideoxinosina), el d4T (estavudina) y el 3TC (lamivudina). Estas drogas pueden retardar la propagación del VIH en el cuerpo y demorar la aparición de infecciones oportunistas.

- Inhibidores de proteasa: segundo grupo de fármacos que se usa para combatir la enfermedad, que interrumpen la duplicación del virus en una etapa posterior de su ciclo vital. Incluyen los siguientes: ritonavir (Norvir), saquinavir (Invirase), indinavir (Crixivan), amprenavir (Agenerase), y nelfinavir (Viracept). Debido a que el VIH puede adquirir resistencia a ambas clases de fármacos, para suprimirlo efectivamente se necesita un tratamiento de combinación que use las dos.

#### **1.7.1.1. Efectos secundarios de los medicamentos anti VIH/SIDA**

A pesar de que en los últimos años se han logrado un gran avance científico en el descubrimiento de los medicamentos para combatir el VIH/SIDA, los medicamentos antirretrovirales de que se dispone actualmente no curan a las personas con VIH o SIDA, y todos tienen efectos secundarios que pueden ser severos:

- Algunos de los inhibidores TR nucleósidos pueden causar un agotamiento de los glóbulos rojos o blancos, especialmente cuando se toman en las etapas avanzadas de la enfermedad. Algunas pueden causar también inflamación del páncreas y dañar dolorosamente los nervios. Otras complicaciones, incluyendo la acidosis láctica y la hepatomegalia severa con estatois (hígado grasoso) que pueden conllevar a una falla hepática e incluso la muerte.
- Los efectos secundarios más comunes asociados con los inhibidores de proteasa incluyen náusea, diarrea y otros síntomas gastrointestinales.

Además, los inhibidores de proteasa pueden interactuar con otros fármacos, lo que resulta en efectos secundarios más graves.

### **1.7.2. Tratamiento antirretroviral combinado**

Se han demostrado que el tratamiento antirretroviral combinado (TAR) que consiste en dos o más medicamentos, siendo casi siempre uno de ellos el AZT, es mucho más efectivo que la monoterapia en el combate al VIH/SIDA. Las combinaciones más comunes son AZT con ddI, ddC, D4T o 3TC. Con la aparición y aprobación del 3TC y los inhibidores de proteasa, indinavir, ritonavir y saquinavir, lo recomendable es la combinación de tres fármacos, idealmente AZT, 3TC y un inhibidor. Los pacientes que se han infectado recientemente con el VIH, al igual que los pacientes de SIDA, pueden recibir la combinación. Los tratamientos combinados deben hacerse sólo por prescripción médica experimentada y bajo estricto control. La ventaja de los tratamientos combinados es que hacen más difícil al virus en crear resistencia a los fármacos.

El TAR no es una cura aunque la salud de los pacientes de VIH y SIDA se ha beneficiado radicalmente con la combinación de inhibidores de proteasa con otros fármacos contra el SIDA, pero hay algunos aspectos negativos como potenciar los efectos colaterales indeseables. También, aunque es posible que en los pacientes tratados exitosamente con la TAR no se encuentre el virus, sin embargo, se ha demostrado que todavía está presente, acechando desde escondites como los nódulos linfáticos, el cerebro, los testículos y la retina del ojo.

### **1.7.3. Tratamiento inmunomodulador contra el VIH/SIDA**

La terapia inmunomoduladora consiste en el uso de la sustancia inmunomoduladora que regula, aumentando o disminuyendo, las funciones

inmunológicas; en relación a la enfermedad VIH/SIDA, generalmente se refiere a las sustancias que aumentan dichas funciones, y actualmente se utiliza las interferones y las interleucinas.

#### **1.7.3.1. Interferón (IFN)**

Los interferones constituyen una familia de entre 15 ó 20 proteínas naturales, producidas localmente por células específicas del organismo cuando hay un ataque por infecciones virales y que permiten a una célula sea resistente a una amplia variedad de virus; constituyen así una defensa temprana e inespecífica contra dichas infecciones. Los interferones tienen actividad antiviral, antiproliferativa e inmunomoduladora. Hay tres clases de interferones: Alfa, Beta y Gamma.

- Interferón Alfa. Una de las tres principales clases de interferón que muchas células del cuerpo producen en respuesta a infecciones virales, es secretado por leucocitos infectados para reforzar las defensas de las células cercanas no infectadas. Existen más de catorce subclases de Interferón Alfa humano. En el SIDA pueden producirse interferones anormales, como el Interferon Alpha ácido lábil, cuyos índices elevados, pueden ser signos de la progresión de la enfermedad. El interferón alfa, producido mediante ingeniería genética - tecnología recombinante del ADN - se usa en dosis millonarias para tratar el sarcoma de Kaposi, verrugas anales y hepatitis B y C; también se ha estudiado su administración a dosis bajas y en combinación con AZT como un tratamiento contra el VIH ya que tiene efecto inmunomodulador. Algunos de los efectos colaterales más frecuentes producidos por el Interferón alfa pueden ser fiebre, fatiga, escalofríos y dolores de cabeza, que son también síntomas de la gripe.



- Interferón Beta. Sustancia producida por los leucocitos humanos, que tiene propiedades antivirales y antineoplásicas. Ha sido producido en forma sintética por medio de ingeniería genética.
- Interferón Gamma. Secretado por células T por reacción ante un antígeno; suprime la reproducción viral y actúa como linfocina, estimulando a los monocitos, macrófagos y otras células del sistema inmune.

### **1.7.3.2. Interleucina**

Citocina producida por los macrófagos y linfocitos T que transportan señales entre ellos, en respuesta a un estímulo antigénico y mitogénico.

- Interleucina 1. IL-1. Producida por monocitos y macrófagos como una respuesta temprana del sistema inmunológico, estimulando la proliferación de células T y la síntesis de proteínas. Cuando se produce Interleucina 1, como sucede en el SIDA en el caso del síndrome de primo infección, el paciente puede desarrollar fiebre.
- Interleucina 2. IL-2. Secretada por las células CD4 para estimular a las células CD8 citotóxicas y para la proliferación y maduración de las propias CD4. Durante la infección por VIH la producción de IL-2 declina gradualmente. El uso de esta sustancia está en estudio para elevar el número de CD4 y de esta forma restaurar el sistema inmunológico.
- Interleucina 4. IL-4. Secretada por las células CD4 para promover la producción de anticuerpos, estimulando la proliferación y maduración de células B.

#### **1.7.4. Medicamentos para combatir a las infecciones oportunistas**

Están disponibles varios medicamentos para ayudar a tratar las infecciones oportunistas a las que son especialmente propensos los individuos infectados por el VIH. Estas medicinas incluyen foscarnet y ganciclovir, que se usan para tratar infecciones oculares por cytomegalovirus, fluconazole para tratar micosis y otras infecciones debidas a hongos, y trimetoprim/sulfametoxazola (TMP/SMX) o pentamidina para tratar la neumonia neumocística Carinii (NNC).

Además de la terapia antirretroviral, a los adultos infectados por el VIH cuyo conteo de células CD4+ T está por debajo de 200 se los trata para impedir que ocurra la NNC, que es una de las infecciones oportunistas asociadas con el VIH más comunes y mortíferas.

#### **1.7.5. Apoyo psicológico y social**

La persona que es diagnosticada con el VIH/SIDA y su familia o seres con los que convive, experimentan un impacto en las áreas psicológica y social. Esta condición, como cualquier otra enfermedad terminal, afecta no sólo el aspecto orgánico, sino que también afecta el estado emocional, familiar, laboral y social de la persona que la posee.

Para hacer frente a las distintas situaciones angustiantes que se le plantean al paciente por VIH, en especial con respecto a su complejo tratamiento, la atención psicológica es fundamental ya que el tratamiento de los pacientes infectados por el VIH no solamente se limita a las terapias antirretrovirales destinadas a combatir el virus que causa el SIDA, ya que cuando se incluye el apoyo psicológico dentro del tratamiento integral de la infección, aporta una mejor calidad de vida.

Un abordaje terapéutico integral requiere indefectiblemente del componente psicológico, ya que los profesionales de la salud coinciden unánimemente en que

la persona que recibe un diagnóstico del VIH positivo necesita una contención psicológica para hacer frente a muchas situaciones que le plantea el tratamiento de la infección. El diagnóstico, la aparición de los primeros síntomas, los controles periódicos y muchas otras situaciones generan una gran movilización interior que se traduce en repercusión psicológica de la enfermedad en la persona, pues los estados anímicos desfavorables contribuyen al progreso de este cuadro morboso.

El apoyo psicológico a los pacientes con VIH/SIDA no sólo tiene por objetivo hacer frente a la suma de ansiedades, temores y angustias que genera su condición de VIH positivos, sino mejorar el apego a los tratamientos; también es una de las metas fundamentales de los abordajes integrales.

El apego a las terapias antirretrovirales tiene un fuerte impacto en la respuesta del virus y en la emergencia de cepas resistentes, por eso es necesario un abordaje multidisciplinario que involucre al paciente, a los profesionales de la salud, a la familia y a los amigos para optimizar la adherencia a los tratamientos.

Cabe recordar que el apoyo psicológico no sólo es necesario para el paciente sino también para su familia, ya que los familiares o seres significativos del paciente con VIH/SIDA requerirán de atención psicológica para facilitarle un proceso en el cual entiendan, acepten y puedan convivir con el diagnóstico del familiar en una manera saludable, logrando que la familia esté en condiciones emocionales para poder ofrecer el apoyo moral y afectivo que el familiar que está viviendo con el VIH/SIDA requiere.

Tampoco hay que olvidar que sobre la infección por VIH/SIDA pesa una fuerte carga social. La infección del virus de VIH está marcada socialmente. El miedo irracional a contagiarse genera la discriminación, la marginación y el aislamiento social de las personas infectadas. En la medida en que sean atendidos los problemas sociales de estos pacientes, mayor será su calidad de vida.

## **1.8. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES POR EL VIH**

Debido a que no hay disponible ninguna vacuna contra el VIH, la única manera de prevenir la infección por el virus es evitar los comportamientos que ponen a un individuo en peligro de infectarse, tales como compartir agujas de inyección o tener relaciones sexuales no protegidas.

Muchas personas infectadas por el VIH no presentan síntomas. Por lo tanto, no hay manera de saber con certeza si una pareja sexual está infectada, a menos que haya dado negativo, repetidamente, en las pruebas del virus, y no haya incurrido en ningún comportamiento riesgoso.

### **1.8.1. Medidas preventivas de la transmisión por contacto sexual desprotegido**

Al evitar el contacto sexual con personas infectadas se está evitando al mismo tiempo la transmisión del virus. Para este propósito está demostrado que el retardo de la iniciación de la actividad sexual en los jóvenes y la limitación del número de parejas sexuales juega un papel muy importante.

También está demostrado que se logra disminuir potencialmente la transmisión del VIH durante el contacto sexual por medio del uso adecuado de métodos de barrera, como los condones de látex u otro material apropiado, en cada contacto sexual. La promoción del uso del condón desde el primer contacto sexual lleva al uso posterior en cada encuentro sexual de una manera más consistente que la que se induce por la promoción de éste en etapas más tardías de la vida sexual.

### **1.8.2. Prevención de la transmisión materno-infantil**

Se puede prevenir la transmisión perinatal del VIH por medio de:

- Ofrecimiento de la prueba voluntaria para el VIH a todas las mujeres en la primera visita de control prenatal.
- Evitar embarazos indeseados en las mujeres que están infectadas con el VIH.
- El tratamiento adecuado con antirretrovirales de toda mujer embarazada portadora del VIH.
- Realización de cesárea electiva.
- Evitar la lactancia materna.

### **1.8.3. Prevención de la transmisión parenteral**

La transmisión parenteral del VIH se puede evitar por medio de:

- El estricto control de calidad en los bancos de sangre y la donación de órganos.
- El control del uso de jeringas compartidas en usuarios de drogas intravenosas.
- Implementar medidas adecuadas de bioseguridad para los trabajadores de la salud.

## **CAPÍTULO 2. EL CARÁCTER INTERNACIONAL DEL VIH/SIDA. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

El VIH/SIDA sigue siendo un problema de salud pública de importancia internacional de magnitud sin precedentes. Desconocido décadas atrás, el VIH/SIDA, ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo, y 33 millones de personas están infectados por el virus, y esto por consecuencia, ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados<sup>19</sup>.

La situación global de la epidemia no es tranquilizadora para nadie. La situación en el África subsahariana tiene proporciones de desastre humanitario con más de 20 millones de casos. En el continente asiático se estima que hay más de 5 millones de personas infectadas, mientras que en América Latina las cifras se estiman cercanas a los 2 millones de casos. A pesar de las cifras, la pandemia apenas comienza y su evolución a largo plazo es aún incierta. Su avance o retroceso necesita ser considerado a través de varias décadas. Para definir el tipo de intervención que pueda ser de mayor eficacia, el Banco Mundial ha propuesto un esquema de clasificación de la epidemia en tres categorías<sup>20</sup>:

- Epidemia incipiente o de bajo nivel: prevalencia general de la infección por debajo del 1% con poblaciones vulnerables con prevalencia menor al 5%.
- Epidemia concentrada: poblaciones vulnerables con prevalencia mayor al 5% y baja en el resto de la población.
- Epidemia generalizada: alta en las personas con mayor vulnerabilidad y donde el 5% o más de las mujeres que reciben atención prenatal se encuentran infectadas.

---

<sup>19</sup> ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial SIDA (2008)*. Ginebra, 2008.

<sup>20</sup> Luque Núñez, Ricardo. *Situación y tendencias epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA en Colombia*. Colombia: Journal Iatreia, 2004.

De acuerdo con el cálculo de prevalencias estimadas, se puede decir que 16 países cuentan con prevalencias superiores al 10%, todos ellos en África Subsahariana, 8 países, también del África subsahariana, cuentan con prevalencias entre el 5% -10%, existen 28 países que están entre el 1% -5% y en 119 países este indicador está por debajo del 1% (resto del mundo).

## **2.1 ÁFRICA SUBSAHARIANA**

África subsahariana sigue siendo la región más devastada por la epidemia mundial del VIH/SIDA. A pesar de que en esta región sólo vive aproximadamente un 10% de la población mundial, más de dos tercios (68%) de los adultos, así como casi el 90% de los niños afectados por el VIH vive en esta zona geográfica. Se estima que más de 76% de todos los fallecimientos globales a causa de enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA en 2007 se produjeron en África subsahariana.

### **2.1.1 Prevalencia**

La epidemia varía significativamente dentro de la región: la prevalencia nacional del VIH en adultos (15-49 años) es menor del 4% en algunos países, y alrededor del 15%-20% en la mayor parte de África meridional como Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe, y en 3 países de sur de África la prevalencia nacional del VIH en adulto se ha incluso excedido del 20%, Botsuana (23.9%), Lesoto (23.2%) y Suazilandia (26.1%).

La región occidental de África posee una menor afectación por el VIH/SIDA, sin embargo, en algunos países se han incrementado la prevalencia, como son los casos de Camerún (5.1%) y Gabón (5.9%).

En África subsahariana, aproximadamente 1.9 millones de personas contagiaron el VIH en 2007, de manera que el número de personas que viven con el virus ha

alcanzado los 22.5 millones. No obstante, la prevalencia del VIH en adultos (15-49 años) disminuyó de un 5.8% en 2001 a un 5.0% en 2007. A diferencia de otras regiones, hay una feminización del VIH en dicha región ya que el 61% de los VIH diagnosticados son mujeres.

### **2.1.2. El SIDA, la principal causa de mortalidad en África subsahariana**

El VIH/SIDA sigue siendo la principal causa de mortalidad en África subsahariana; en 2007, de los 2.1 millones de fallecimientos de adultos y niños debido al VIH/SIDA al nivel global, 1.6 millones ocurrieron en esta región. De esta devastadora epidemia, los más afectados son los niños ya que se estima que representan aproximadamente 11.4 millones de huérfanos a causa del SIDA en esta región.

### **2.1.3. Tendencias del comportamiento sexual entre los jóvenes**

Según los últimos estudios realizados en la región subsahariana, la proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales con parejas no habituales disminuyeron en ambos sexos en varios países tales como en Kenia, Malawi y Zimbabwe, mientras que disminuyó solamente para mujeres en Zambia. Sin embargo, hubo un aumento de proporción de hombres y mujeres jóvenes que tuvieron relaciones sexuales con parejas no habituales en Camerún, Ruanda y Uganda.

En algunos países, se han producido notables cambios en el uso del preservativo en las relaciones sexuales con parejas no habituales. La proporción de jóvenes que han usado preservativos la última vez que mantuvieron relaciones sexuales con una pareja no habitual aumentó tanto para los hombres como para las mujeres en Camerún, Malawi y la República Unida de Tanzania; y solamente para



mujeres en Costa de Marfil, Kenia, Ruanda, Togo y Uganda. Por otra parte, la proporción de hombres jóvenes que utilizaban preservativos disminuyó solamente en Ruanda y Costa de Marfil.

Las tendencias del comportamiento entre los jóvenes señalan cambios recientes y alentadores en algunos países (Camerún, Kenia, Zimbabwe, Malawi, Ruanda, Togo, la República Unida de Tanzania, y Zambia). Dichas tendencias, junto con los indicios del descenso en la prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas de zonas urbanas y/o rurales de cinco países (Botsuana, Costa de Marfil, Kenia, Malawi y Zimbabwe), sugieren que las iniciativas de prevención están surtiendo efecto.

No obstante, todavía hay muchos países que no disponen de datos suficientes o de ningún dato sobre la prevalencia del VIH y/o las tendencias de comportamiento sexual entre los jóvenes, entre ellos, varios países con una prevalencia excepcionalmente alta del VIH en África meridional.

El consumo de drogas inyectables es un factor cada vez más importante en algunas de las epidemias de VIH en África subsahariana, entre ellas, las de Kenia, Mauricio, Sudáfrica y la República Unida de Tanzania.

#### **2.1.4. África meridional**

La escala y las tendencias de la epidemia en la región subsahariana varían considerablemente, pero África meridional es la más castigada.

Sólo en África meridional se ha registrado casi un tercio (32%) de todas las nuevas infecciones por el VIH y del total de los fallecimientos a causa del SIDA en 2007. Por otro lado, el 35% de todas las personas que viven con el VIH se concentra en esta subregión.

En 2007, la prevalencia nacional del VIH en adultos superó el 20% en ocho países (Botsuana, Lesoto, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia y Zimbabwe). Y resalta la situación en Suazilandia, puesto que la prevalencia nacional del VIH en adultos (26%) de este país en particular es la más alta que jamás se haya observado en una encuesta poblacional en todo el mundo.

Si bien hay datos que muestran un descenso significativo en la prevalencia nacional del VIH en Zimbabwe, la epidemia en la mayor parte del resto de la subregión se ha estabilizado o está cerca de conseguirlo. Únicamente en Mozambique la epidemia ha aumentado nuevamente en tres zonas del país después de un aparente periodo de estabilización a principios del nuevo milenio.

#### **2.1.5. África oriental**

En la mayoría de los países de África oriental, la prevalencia del VIH en adultos está estabilizada o ha comenzado a descender. Esta última tendencia se hace más evidente en Kenia, donde la epidemia del VIH ha estado disminuyendo a la par que se han registrado indicios de cambio de comportamiento. En las encuestas poblacionales, entre 1998 y 2003 la proporción de jóvenes solteros (15–24 años) que manifestaron estar sexualmente activos disminuyó del 56% al 41% entre los varones y del 32% al 21% entre las mujeres, y el porcentaje de adultos (15–49 años) con múltiples parejas descendió casi a la mitad durante el mismo periodo, asimismo, en comparación con 1998, en 2003 hubo una mayor tendencia entre las personas que tenían más de una pareja a haber utilizado preservativos en la última relación sexual. Además del cambio de comportamiento, la mortalidad de personas infectadas por el VIH en años previos también ha contribuido al descenso de la prevalencia.

Uganda fue el primer país de África subsahariana que registró un descenso significativo en la prevalencia nacional de adultos infectados por el VIH en 1992,

en medio de indicios de cambios sustanciales en el comportamiento que frenaron la propagación del VIH<sup>21</sup>. Sin embargo, esa tendencia parece haberse estabilizado a comienzos de la década de 2000 y, en la actualidad, se teme la posibilidad de un recrudecimiento de la epidemia de VIH.

Además de la temprana disminución de los niveles de infección por el VIH observados en Uganda, la prevalencia ha disminuido en Burundis. La prevalencia nacional del VIH entre adultos disminuyó notablemente desde casi un 6% hacia fines de la década de 1990 hasta un estimado 3.3% en 2005 según los datos de la ONUSIDA, y la República Unida de Tanzania donde se calcula que el 6.5% de los adultos (15–49 años) vivían con el VIH en 2005, en comparación con el 8% registrado diez años antes<sup>22</sup>.

#### **2.1.6. África occidental y central**

Las guerras y las crisis humanitarias que en las últimas décadas han afectado en África occidental y central; además, el movimiento de pueblos, la pérdida de medios de subsistencia y el desgaste de los lazos comunales, tanto durante como después de las situaciones de conflicto, pudieron dar lugar a un aumento de los índices de transmisión del VIH.

Los datos disponibles apuntan que las relaciones sexuales realizadas sin protección continúan siendo un factor importante en la transmisión del VIH en la mayor parte de esta región; sin embargo, la prevalencia nacional del VIH entre adultos se ha mantenido estable en términos generales. No obstante, se han observado indicios de disminución de la prevalencia del VIH en un número cada vez mayor de países, en particular, Costa de Marfil, Malí y la zona urbana de

---

<sup>21</sup> Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM, Boerma T. *HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences*. New York: The Lancet, 2004.

<sup>22</sup> Somi GR et al. *Estimating and projecting HIV prevalence and AIDS deaths in Tanzania using antenatal surveillance data*. United Kingdom: BMC Public Health, 3 de mayo, 2006.

Burkina Faso, en donde, se han demostrado indicios de un cambio hacia comportamientos seguros que limita la propagación del VIH.

## **2.2. ASIA**

En el inicio de la década de los ochentas, mientras que en otras partes del mundo estaban empezando a lidiar con los serios problemas a consecuencia del brote de la epidemia de VIH/SIDA, el continente asiático había quedado relativamente intacto por el devastador problema de salud pública recién descubierto. Sin embargo, diez años después, la pandemia de VIH/SIDA se ha registrado en varios países asiáticos, y para finales de la década de los noventas, el virus del VIH se había expandido a velocidades vertiginosas en numerosas regiones geográficas del continente.

Actualmente, la pandemia del VIH/SIDA representa un problema emergente. En 2007, alrededor de 8.3 millones de personas vivían con el VIH en Asia, de las cuales 440,000 infectaron durante el 2006. En ese mismo año, unas 300,000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA.

El VIH/SIDA constituye un problema creciente en toda la región asiática, existen varios factores que han vulnerabilizado a Asia para la propagación del VIH, tales como la pobreza, la inequidad, el estatus inferior de las mujeres, el estigma, los mitos culturales sobre el sexo y los altos niveles de la migración<sup>23</sup>. Algunos expertos predicen que Asia podría eventualmente superar a África con mayor número de prevalencia del VIH/SIDA, mientras que otros argumenta que la epidemiología del VIH/SIDA en Asia muestra una trayectoria muy distinta a la de África, debido a que el patrón de infección por VIH en Asia está todavía entre la

---

<sup>23</sup> United Nations Development Programme (UNDP). *Migration and HIV vulnerability from seven south and north east Asian countries*. New York: UNDP, 2004.

población de mayor riesgo, mientras que en África, en donde VIH/SIDA se ha dispersado en todos los sectores de los países africanos<sup>24</sup>.

Los países asiáticos experimentan la tendencia de la propagación del VIH en manera desigual. En Camboya, Myanmar y Tailandia, se han encontrado evidencias de disminución de la prevalencia de la epidemia; mientras que en Indonesia, Pakistán y Vietnam, el número de personas infectadas por el VIH incrementó con mayor rapidez. Incluso, en un mismo país hay desigualdad regional de la prevalencia de la epidemia, por ejemplo en India, se ha visto aumento de las infecciones por el VIH en algunas provincias con declinaciones en otras provincias<sup>25</sup>.

Por lo anterior no se puede hablar de una “epidemia asiática”, ya que el impacto que ha tenido del VIH/SIDA en el continente asiático es muy diferente debido a diversas causas, tales como factores políticos, sociales, culturales, religiosos y étnicos de cada país.

### **2.2.1. Transmisión del VIH en Asia**

El consumo de drogas inyectables constituye el factor principal para la propagación del VIH en la región asiática, y es particularmente alta en los países como China, Indonesia, Malasia y Vietnam, y los riesgos de la infección por el VIH a través del consumo de drogas inyectables aumentan de manera exponencial asociando con las relaciones sexuales no protegidas.

Otro comportamiento que favorece la transmisión del VIH es durante las relaciones sexuales no protegidas que generalmente son comerciales. Se han mostrado en los estudios que la gente que alquila el sexo servicio posee mayor

---

<sup>24</sup> Cohen J. “Asia and Africa: on different trajectories?”, Science, Vol. 304, No.5679, Washington DC: Junio, 2004.

<sup>25</sup> ONUSIDA. *UNAIDS 2008 Report of the global AIDS epidemic*. Ginebra: ONUSIDA, 2004.

riesgo de contagiar la infección del VIH que otros tipos de comportamientos. Se han registrado altos niveles de prevalencia en infección del VIH entre las sexo servidoras y sus clientes en el Sur y Sureste asiático, incluso en algunos países las sexo servidoras y sus clientes constituyen más de la mitad de personas infectadas por el VIH<sup>26</sup>.

El sexo entre hombres se contabilizó como los primeros casos registrados del VIH en Asia, y esta vía de transmisión sigue siendo una característica prominente de la epidemiología de la enfermedad en muchos países asiáticos. La mayoría de hombres que tiene sexo con hombres en Asia no se identifican en sí mismo como homosexuales debido a las normas y conductas sociales que desaprueban la homosexualidad, inclusive en muchos casos ellos mismo son jefes de familia, con esposas e hijos<sup>27</sup>. En la transmisión del virus del VIH, estos hombres sirven como puente para la propagación del VIH a la población en general. Los países en los cuales ha sido evidente este tipo de transmisión son Camboya, China, Nepal, Pakistán, Tailandia y Vietnam<sup>28</sup>.

La transmisión materno-infantil constituye una forma significativa de transmisión del VIH en Asia. Para finales de 2007, fueron registrados 140,000 niños en el Sur y Sureste asiático, y 7,800 niños en Asia meridional como infectados por el VIH. La mayoría de ellos adquirieron la enfermedad a través de la vía materno-infantil.

### **2.2.2. Mejoramiento de la vigilancia en India**

En India se han realizado recientemente estimaciones más precisas del VIH gracias a la implementación de un sistema de vigilancia más amplio y mejorado, usando metodología perfeccionada y más sólida para incorporar nuevos datos.

---

<sup>26</sup> ONUSIDA/OMS. *AIDS Epidemic update 2005*. Ginebra: ONUSIDA, 2006.

<sup>27</sup> ONUSIDA. *HIV and men who have sex with men in Asia and the Pacific*. Ginebra: ONUSIDA, 2007.

<sup>28</sup> ONUSIDA, *Report of the global AIDS epidemic*, Ginebra: ONUSIDA, 2008.

Una mejora significativa ha sido la encuesta nacional por hogares realizada en 2005 y 2006, que utilizó una muestra de 100,000 hogares aproximadamente y que, por primera vez, incluyó un componente relacionado con el VIH. En estas estimaciones indican que en 2006, aproximadamente 2.5 millones de personas vivían con el VIH en India, con una prevalencia nacional del VIH en adultos del 0.36%.

Aunque la proporción de personas que viven con el VIH es menor que la estimación realizada anteriormente, la epidemia continúa afectando a un gran número de personas en India. El VIH se transmite principalmente entre las poblaciones de mayor riesgo y en sus allegados más próximos; no obstante, el VIH también afecta a la población en general, lo que advierte sobre los peligros de un exceso de confianza.

### **2.2.3. La interacción del consumo de drogas inyectables y relaciones sexuales sin protección**

En Asia, la causa de mucha de las epidemias reside en la interacción del consumo de drogas inyectables y las relaciones de riesgo, muchas de ellas remuneradas. En China, cerca de la mitad de las 700,000 personas que se estima que vivían con el VIH en dicho país asiático en 2006 se infectaron durante la inyección de drogas con equipos contaminados, mientras que una proporción similar infectaron del virus en el curso de relaciones sexuales no protegidas<sup>29</sup>. Sin embargo, los esfuerzos para paliar los daños, aún cuando se están llevando a cabo de forma parcial y dispersa, están empezando a obtener resultados positivos. Parece que hay pruebas de una epidemia emergente entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en las principales ciudades y hasta un 7% de las infecciones por el VIH se deben a relaciones sexuales de riesgo entre hombres.

---

<sup>29</sup> Ministerio de Salud de China. *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministerio de Salud de China, ONUSIDA y OMS, 2006.

La combinación del consumo de drogas inyectables y el comercio sexual constituye un factor importante para adquirir la enfermedad del VIH/SIDA. El número de mujeres que se inyectan drogas es cada vez mayor en China. Algunos estudios locales indican que hasta el 30-40% de los usuarios de drogas inyectables eran mujeres<sup>30</sup> y, en algunos lugares, la mitad de ellas también ofrece servicios sexuales comerciales. Muchos hombres usuarios de drogas inyectables compran estos servicios y, a menudo, no utilizan preservativo, aumentando así el riesgo de contagio. Al mismo tiempo, los bajos niveles de sensibilización y educación sobre el VIH, el uso poco frecuente de preservativos y la condición ilegal del comercio sexual complican aún más la situación, lo que ubica a las sexo servidoras en un riesgo elevado de exposición al VIH.

Las sexo servidoras y sus clientes, así como los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, suelen estar marginados socialmente y se les toma muy poco en cuenta en las acciones de prevención del VIH.

En Pakistán, por su parte, cada vez son más los consumidores de drogas inyectables que se infectan por el VIH. Un estudio halló que la prevalencia del VIH entre personas que se inyectan drogas aumentó de menos del 1% a comienzos de 2004 a un 26% en marzo de 2005. También resulta preocupante el papel que desempeña los migrantes, que se origina principalmente de trabajadores migrantes masculinos solteros que mantienen relaciones sexuales remuneradas sin protección. Estos dos factores aunando el escaso conocimiento sobre el VIH y los comportamientos generalizados peligrosos proporcionan a la epidemia potencial para seguir creciendo en este país asiático.

---

<sup>30</sup> Choi, KH et al. *High levels of unprotected sex with men and women among men who have sex with men: a potential bridge of HIV transmission in Beijing, China. China: AIDS Education and Prevention Center, 2004.*



#### **2.2.4. La epidemia se propaga con mayor rapidez en Asia**

La epidemia del VIH en Indonesia se encuentra entre las de mayor crecimiento de Asia. La mayoría de las infecciones por el VIH se producen debido al uso de material instrumental de punción contaminado, a las relaciones sexuales remuneradas sin protección y, en menor medida, a las relaciones sexuales sin protección entre hombres. Según los estudios realizados en 2005, más de un 40% de los usuarios de drogas inyectables en Yakarta resultó VIH-positivo en las pruebas. En la provincia de Papua (en la frontera con Papua Nueva Guinea), la epidemia es más grave y las relaciones sexuales sin protección constituyen el modo de transmisión más importante.

Otro país asiático que ha alarmado la atención de los especialistas del VIH/SIDA, es el caso de Afganistán, uno de los países en que se ha elevado el número de personas infectados por el VIH de manera exponencial, y los estudios muestran que la principal vía de transmisión es el uso de instrumentos para el consumo de droga inyectable.

#### **2.2.5. Asia meridional y sudoriental: descenso de la epidemia**

Entre 2001 y 2007, en Asia meridional y sudoriental ha habido un descenso en el número anual de nuevas infecciones por el VIH: se ha pasado de 450,000 al año en 2001 a 340,000 en 2007. Sin embargo, se han observado amplias variaciones en las tendencias de la epidemia entre los distintos países, pues en algunos está creciendo y en otros disminuyendo.

En Camboya, un estudio de 2007 indica que las iniciativas de prevención sostenidas y bien orientadas están ayudando a revertir la tendencia de la propagación del VIH. Un importante factor observado durante el último decenio ha sido el significativo incremento del uso de preservativos en las relaciones sexuales

remuneradas en prostíbulos, así como las notificaciones de una menor cantidad de varones que compran sexo. A nivel nacional, la prevalencia del VIH entre la población adulta descendió de un máximo del 2% en 1998 a un 0.9% en 2006.

El número de nuevos casos anuales de infección por el VIH en Tailandia continúa decreciendo, aunque en los últimos años el descenso en la prevalencia del VIH se ha desacelerado dado que ha aumentado el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral.

Los patrones de transmisión del VIH en Tailandia han cambiado con el tiempo, ya que el virus se propaga cada vez más entre personas consideradas de menor riesgo. Más de cuatro de cada diez nuevas infecciones registradas en 2005 se produjeron entre mujeres, la mayoría de las cuales probablemente había contraído el VIH ya sea de parejas que se habían infectado, o bien por relaciones sexuales remuneradas sin protección, o por el consumo de drogas inyectables.

A pesar de todos los logros conseguidos en la respuesta a la epidemia del VIH en Tailandia, la prevalencia entre consumidores de drogas inyectables se ha mantenido elevada, pues oscila entre el 30% y el 50%; por otro lado, la prevalencia del VIH también está aumentando en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

La epidemia de Myanmar presenta indicios de una declinación, sin embargo, a pesar de la disminución general, resultan preocupantes los altos niveles de infección registrados entre jóvenes, al igual que la prevalencia persistentemente elevada del VIH entre poblaciones clave de mayor riesgo.

### 2.3. EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

En los últimos años, Asia central y Europa oriental han registrado un importante aumento en el número de nuevas infecciones por el VIH. Aunque existen algunas diferencias entre los países, las vías de transmisión de la epidemia (principalmente el consumo de drogas inyectables y la transmisión heterosexual) y las dificultades a las que se enfrentan para mejorar el acceso a los servicios son similares en toda la región, características que difieren con la región asiática.

Aproximadamente 150,000 personas se infectaron por el VIH en 2007, de manera que el número de personas seropositivas en Europa oriental y Asia central ha llegado a 1.6 millones, frente a las 630,000 registradas en 2001; en otras palabras, ha habido un incremento del 150%.

Casi el 90% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados en Europa oriental y Asia central en 2006 correspondieron a dos países: la Federación de Rusia (66%) y Ucrania (21%). La epidemia del VIH en la Federación de Rusia sigue aumentando, aunque no tan rápidamente como a fines de la década de los noventa, y se concentra en gran parte en los centros urbanos e industriales del país. Casi el 60% de los casos del VIH registrados hasta la fecha se han producido en 10 ciudades y regiones importantes, entre ellas, las ciudades de San Petersburgo y Moscú. Y en este país ex-soviético, el consumo de drogas inyectables continúa siendo el modo de transmisión de VIH más importante (66%), y alrededor de un tercio (32%) se debe al coito heterosexual sin protección.

En el caso de Ucrania se registró la más alta prevalencia del VIH en adultos que cualquier otro país de Europa o Asia central; los diagnósticos del VIH anuales ascendieron a más del doble desde 2001. El consumo de drogas inyectables sigue siendo el principal modo de transmisión del VIH en dicho país: el número de personas que se inyectan drogas con diagnóstico reciente del VIH aumentó de 3,964 en 2001 a 7,127 en 2006. En la primera mitad de 2007, se notificaron 3,639

nuevas infecciones por el VIH entre usuarios de drogas inyectables, lo que representa el mayor aumento entre cualquier población nacional.

### **2.3.1. Feminización del VIH**

En Asia central y Europa oriental, se calcula que las mujeres representan el 26% de los adultos con VIH en 2007 (en comparación con un 23% en 2001). Cada vez hay más mujeres que viven con el VIH. Esto se debe a que sus parejas, que probablemente se infectaron ya sea por el consumo de drogas inyectables, o bien por relaciones sexuales remuneradas o entre hombres sin protección, les transmitieron el VIH.

En la Federación de Rusia y Ucrania, se estima que cerca de dos tercios del creciente número de casos del VIH entre mujeres se atribuyen directamente o indirectamente (mujeres infectadas por una pareja sexual que se inyecta droga) al consumo de drogas inyectables.

A pesar de que la epidemia del VIH en Bielorrusia se ha estabilizado, ya que el número anual de nuevos diagnósticos del VIH registrados cayó ligeramente desde 2003 (entre 713 y 778), sin embargo, se han registrado un número cada vez mayor de mujeres afectadas por el VIH. En las pruebas del VIH realizadas a gran escala en 2006, el 80% de los nuevos casos en mujeres se atribuyeron a las relaciones sexuales peligrosas, lo que representa un aumento en comparación con el 56% registrado en 2003.

En Ucrania se han tomado importantes medidas para limitar la transmisión del VIH de madres a hijos. En 2006, se les realizó pruebas del VIH a 95% de todas las embarazadas, y 93% de las mujeres VIH-positivas que dieron a luz habían estado recibiendo profilaxis antirretroviral durante el embarazo y el parto para prevenir la transmisión del VIH.

### **2.3.2. Descenso de las nuevas infecciones en Europa oriental**

Entre 2001 y 2007, el número anual estimado de nuevas infecciones por el VIH se redujo en Europa oriental: pasó de 230,000 en 2001 a 150,000 en 2007.

Este descenso se debe principalmente a un crecimiento más lento de la epidemia del VIH en la Federación de Rusia, el país donde padece la mayor epidemia en la región.

### **2.3.3. La epidemia oculta**

Las investigaciones recientes han revelado la magnitud de la epidemia anteriormente oculta entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en Ucrania. Un estudio descubrió que la prevalencia del VIH oscilaba entre el 4% en la capital, Kiev, y el 23% en la ciudad de Odessa. Entre los hombres VIH-positivos de este estudio, sólo un tercio afirmó que había usado preservativo la última vez que había tenido relaciones sexuales con otro hombre.

Mientras que durante el año de 2006, menos del 1% de los nuevos casos del VIH registrados en la Federación de Rusia —en los que se conocía el modo de transmisión— se atribuyó a las relaciones sexuales peligrosas entre varones. Esta cifra posiblemente subestima el grado en que el VIH se ha transmitido entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, dado que investigaciones recientes han revelado la existencia de una significativa adopción de riesgos que puede aumentar las probabilidades de contraer el VIH, como el uso poco frecuente de preservativos y el consumo de drogas inyectables.

#### **2.3.4. Cooperación regional**

Debido a que la principal vía de transmisión del VIH en dicha región es a través del consumo de drogas inyectables, los gobiernos han reunido esfuerzos para introducir y, en algunos casos, ampliar programas de reducción del daño en esta región, por ejemplo, en la Federación de Rusia operaban en 2007 más de 50 proyectos de intercambio de agujas y jeringas, y en Kazajstán se estableció en 2005 un programa de ámbito nacional que engloba más de 120 centros de reducción de daños. Algunos países han introducido proyectos piloto para el tratamiento con sustitutos de opiáceos; entre estos países figuran Azerbaiyán, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova y Uzbekistán. Estas actividades deben ampliarse progresivamente e integrarse en programas regionales y globales de reducción de daños.

Para la región de Europa oriental y Asia central es muy importante la cooperación regional, ya que existen muchos factores que agravan la epidemia del VIH/SIDA, como los conflictos armados, los movimientos migratorios y la pobreza; estos factores no conocen barreras nacionales, por lo que se requiere de acciones regionales coordinadas para hacer frente a estas y a otros fenómenos sociales. Por su parte, la cooperación regional refuerza las respuestas nacionales y permite a las autoridades competentes de poner en práctica los programas que se beneficiaron los Estados vecinos.

#### **2.3.5. Asia central**

Según informes recientes, hay un número creciente de nuevos casos del VIH en todas las repúblicas del Cáucaso. En Georgia, el número anual de nuevos casos de infecciones por el VIH registrados aumenta cada año. Por otro lado, se han observado patrones similares en Armenia, y casi la mitad de las infecciones por el

VIH documentadas en la epidemia relativamente reciente de Azerbaiyán se notificó en el periodo 2005-2006.

El número de infectados por el VIH también está aumentando en Georgia, Kazajstán, Kirguistán, la República de Moldova y Tayikistán. El caso más llamativo en esta subregión es el de Uzbekistán, que padece la epidemia más grave de esta subregión, puesto que el número de nuevos diagnósticos del VIH notificados aumentó exponencialmente entre 1999 y 2003 de 28 a 1,836. A partir de entonces, el número de nuevas infecciones por el VIH ha crecido a un ritmo más lento, y en 2006 ascendió a 2,205. Casi uno de cada tres (30%) de los usuarios de drogas inyectables resultaron VIH-positivos en un estudio realizado en Tashkent entre 2003 y 2004. Sin embargo, los especialistas estiman que va a seguir creciendo la epidemia debido al elevado nivel de consumo de drogas inyectables, así como de relaciones sexuales con parejas ocasionales sin protección.

#### **2.4. EL CARIBE**

En el Caribe, existen 230,000 personas que viven con el VIH, de las cuales tres cuartas partes de ellas viven en la República Dominicana y Haití, y se calcula que la prevalencia del VIH en adultos es del 1% de los cuales 20,000 personas son de nuevo diagnóstico. Sin embargo, los sistemas de vigilancia del VIH siguen siendo inadecuados en algunos países, lo que hace difícil calcular las últimas tendencias en la epidemia.

El SIDA sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en personas de entre 25 y 44 años. El año pasado, causó la muerte a 11,000 personas, sin embargo, la ampliación del tratamiento antirretroviral podría estar reduciendo los números de personas VIH-positivas que evolucionan a SIDA y que, con el tiempo, fallecen por enfermedades relacionadas con el SIDA.

Con 170,000 personas que viven con el VIH, Haití es el país caribeño que soporta la mayor carga del VIH, la prevalencia nacional se ha estabilizado, y registra mejoras significativas entre las embarazadas: la prevalencia del VIH disminuyó de un 5.9% a un 3.1% en 2004. Esta tendencia está vinculada a niveles de infección en descenso en la capital, Puerto Príncipe, y otras zonas urbanas, mientras que las infecciones por el VIH no han disminuido en las comunidades rurales del país, donde el uso de preservativos, por ejemplo, es la excepción más que la norma. En Haití, una minoría de jóvenes menciona que ha utilizado preservativos con una pareja no habitual. En un estudio, sólo una de cada cuatro mujeres jóvenes y cuatro de cada 10 varones jóvenes manifestaron haber utilizado protección en la última relación sexual. Sin embargo, las noticias del acceso al tratamiento antirretroviral son más halagadoras en este país caribeño, ya que Haití ofrece sólidas pruebas de que la terapia antirretroviral puede suministrarse con eficacia en lugares de escasos recursos, llegando una cobertura nacional de 39% en el año 2006.

#### **2.4.1. Relaciones heterosexuales**

El principal modo de transmisión del VIH en esta región es el coito sin protección entre personas heterosexuales; por otro lado, las relaciones sexuales sin protección entre las sexo servidoras y sus clientes constituyen un factor significativo en la propagación del VIH. En contraste con el resto de la región, el consumo de drogas inyectables constituye un factor clave en la transmisión del VIH en Bermudas y Puerto Rico. Y en el caso particular de este último la prevalencia del VIH se registra de una manera muy elevada entre usuarios de drogas inyectables, donde la tasa de infección por el VIH (26 por cada 100,000) duplica a la de Estados Unidos y más de dos tercios de las infecciones por el VIH corresponden a varones.



Entre las sexo servidoras, se ha registrado una prevalencia del VIH de un 3.5% en la República Dominicana, un 9% en Jamaica y un 31% en Guyana. Las prácticas de riesgo en el consumo de drogas inyectables son responsables de una pequeña parte de las infecciones por el VIH y sólo contribuyen en la propagación del VIH en la región.

Las relaciones sexuales entre varones es un aspecto significativo de la epidemia en el Caribe que permanece oculto en gran medida debido al estigma sociocultural asociado. Los datos existentes indican que las relaciones sexuales peligrosas entre varones representan alrededor de una décima parte de los casos informados del VIH, incluso el sexo sin protección entre hombres es la principal vía de transmisión en Cuba, donde el 80% de los hombres que están infectados por el VIH lo atribuyen como causa de su contagio al VIH.<sup>31</sup> Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son objetos de estigmatización y acoso social e institucional. Pocos programas relacionados con el VIH llegan a ellos, lo que agrava aún más su exposición a la epidemia.

#### **2.4.2. Prevalencia en descenso**

La prevalencia nacional del VIH en adultos se ha estabilizado en algunos países del Caribe, como en Haití y la República Dominicana, donde se han observado descensos en algunas zonas urbanas; en este último país, por ejemplo, la prevalencia de VIH declinó de 1% en 2002 a 0.8% en el 2007.

El análisis de la epidemia indica que, además de la mortalidad, los cambios en el comportamiento de protección fueron, al menos en parte, responsables de esos descensos. Por otro lado, los estudios de comportamiento realizados muestran que, entre 1994 y 2000, se produjo un descenso en el número promedio de

---

<sup>31</sup> Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA. *Actualización de la situación Nacional hasta el 31 de Dic 2006*. La Habana: Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP, 2006.

parejas sexuales; dichos estudios señalan, asimismo, un aumento en el uso del preservativo, especialmente en relaciones sexuales con parejas no habituales sin protección.

## **2.5. AMÉRICA LATINA**

En 2007, se produjeron aproximadamente 100,000 nuevas infecciones por el VIH en América Latina, lo que elevó el número de personas que viven con el VIH en esta región a 1.6 millones. Durante el año 2006, alrededor de 58,000 personas murieron a causa del SIDA. Las epidemias del VIH en América Latina por lo general permanecen estables, sin embargo, la transmisión del virus continúa produciéndose entre poblaciones de mayor riesgo de exposición. Entre ellas se incluyen las sexo servidoras y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, ambos grupos que aún no disponen de acceso adecuado a los servicios de prevención del VIH, tratamiento, atención y apoyo.

Al menos un cuarto de las infecciones por el VIH en América Latina tiene una relación directa con los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres; sin embargo, el hecho de estar considerado como un tema tabú en la sociedad latina ha dificultado la promoción de las relaciones sexuales más seguras entre hombres. El estigma y la discriminación también contribuyen de una manera significativa a la expansión del VIH por medio de mecanismos tanto individuales como colectivos: por un lado, afectan a la autoestima y, por el otro, crean una cultura de secretismo y vergüenza que dificulta la educación efectiva en materia de comportamientos de riesgo.

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres es un factor importante en las epidemias de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, dentro de América del Sur; así como en varios países de América Central, entre ellos El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá, por lo que las iniciativas de vigilancia del

VIH deben mejorarse en muchos países de esta región para posibilitar una mejor comprensión de las tendencias actuales de la epidemia.

### **2.5.1. Poblaciones clave**

En los últimos años, las relaciones sexuales sin protección se han convertido en la principal vía de transmisión del VIH en Argentina; alrededor del 80% de los nuevos diagnósticos del VIH en 2006 se atribuyeron al coito sin protección, principalmente entre varones y mujeres. No obstante, al igual que en otros países sudamericanos, se ha observado que la mayor prevalencia del VIH se registra entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. El consumo de drogas inyectables, así como la utilización de equipos de inyección no estériles, que antes representaban un importante factor de riesgo, ha disminuido en la última década. Las estimaciones indican que el consumo de drogas inyectables es responsable de solo un 5% de las nuevas infecciones por el VIH registradas en Buenos Aires entre 2003 y 2005.

En Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú, las infecciones por el VIH siguen concentrándose en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres como su principal modo de transmisión, teniendo como trasfondo la homofobia generalizada existente. Y en América central ya han comenzado epidemias ocultas del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países, entre ellos Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá. Según las investigaciones de 2007, la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, en comparación con la de la población adulta general, es 7 veces mayor en Honduras, 10 veces mayor en Guatemala y Panamá, 22 veces mayor en El Salvador y 38 veces mayor en Nicaragua.

Asimismo, se han registrado elevados niveles de prevalencia del VIH entre las sexo servidoras en Honduras (10%), Guatemala (4%) y El Salvador (3%), pero una baja prevalencia (0.2%) en Nicaragua y Panamá.

En el caso de Honduras, hay tres ciudades en las cuales que se han observado descensos en la prevalencia del VIH entre las sexo servidoras, y este resultado está vinculado con incrementos significativos en el uso de preservativos durante el comercio sexual, lo que sugiere que la promoción del uso de preservativos y otras iniciativas de prevención han dado resultado.

### **2.5.2. Brasil: asegura el acceso a los servicios de prevención y tratamiento**

Aproximadamente un tercio de todas las personas que viven con el VIH en América Latina se encuentran en el populoso Brasil: en 2005, aproximadamente 620,000 personas vivían con el VIH. En este país sudamericano, un enfoque simultáneo que asegura el acceso a los servicios de prevención y tratamiento, ha contribuido a mantener estable la epidemia.

La prevalencia nacional del VIH en adultos ha permanecido en torno al 0.5% desde 2000<sup>32</sup>. El modo de transmisión en Brasil, aunque al principio se concentró esencialmente en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, la epidemia nacional se propagó posteriormente a usuarios de drogas inyectables y, por último, a la población general, con cifras cada vez más altas de mujeres infectadas. En una gran proporción de mujeres que viven con el VIH, el factor decisivo es el comportamiento de sus parejas sexuales masculinas, que podrían haberse infectado durante relaciones sexuales no protegidas con otros hombres o mujeres, o utilizando jeringas o equipos de punción contaminados. Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres siguen siendo un factor significativo, y se

---

<sup>32</sup> ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra, 2006.

estima que representan alrededor de la mitad de las infecciones por el VIH que se transmiten sexualmente en el Brasil.

Un factor importante a destacar en el caso de Brasil es el acceso generalizado a la terapia antirretroviral que disminuyó la transmisión materno-infantil del VIH drásticamente a partir de 1997, desde una estimación del 16% a nivel nacional en 1997 hasta menos del 4% en 2002; asimismo se redujeron a la mitad las tasas de mortalidad por SIDA entre 1996 y 2002. Sin embargo, preocupa la sostenibilidad de la política actual de acceso universal al tratamiento antirretroviral, ya que el gasto en medicamentos antirretrovirales aumentó un 66% en 2005, debido al gran número de personas que reciben tratamientos antirretrovirales de segunda línea, la debilitación de la industria nacional de fármacos genéricos y las dificultades en la negociación de precios y otros acuerdos con las compañías farmacéuticas.

### **2.5.3. El caso de México**

A México, el VIH llegó proveniente de los Estados Unidos. Los primeros casos conocidos fueron localizados en varones de elevado nivel profesional que habían residido en los Estados Unidos. A diferencia de los casos que se presentaban en ese país, donde las personas fallecían de neumonía, en México la diarrea fue la causa más frecuente de muerte por el VIH/SIDA.

Hoy por hoy, México es el tercer lugar en América en número de personas que viven con el VIH/SIDA, después de Estados Unidos y Brasil, con 118,000 casos hasta marzo de 2008, y la epidemia se encuentra principalmente entre los hombres que tienen relaciones sexuales, y las sexo servidoras, y se concentra primordialmente en zonas urbanas.

Según los datos del Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) en 2007, en la República Mexicana, cinco entidades federativas

concentran el 50% de los casos, encabeza la lista el Distrito Federal con 20,881 casos, seguido del Estado de México con 12,183, posteriormente se encuentra Veracruz con 10,920, después Jalisco con 9,911 y Puebla con 5,676. Mientras que en los estados de Michoacán y Zacatecas engloban el 20% de los casos de VIH en población migrante.

De los casos detectados del VIH/SIDA se conoce que la causa principal de transmisión es la vía sexual con el 92.2% de los casos y la prevalencia de la población general es menor al 1%, entre trabajadores sexuales es el 6.1% y en hombres que tienen sexo con hombres es el 12.6%. El rango de edad que más índice de casos presenta es entre 15 a 44 años, con el 78.7%.

Los primeros planes de acción del gobierno mexicano entre 1981 y 1984 tenían como finalidad conocer la distribución y frecuencia de casos de VIH/SIDA. A partir de 1985 se comenzaron a realizar encuestas sexológicas para determinar prevalencias, así como factores de riesgo e incidencia en la población.

En 1986 se adicionó al VIH/SIDA a la lista de enfermedades sujetas a notificación inmediata de casos. En el año de 1987 se editó el Boletín Mensual de la Dirección General de Epidemiología y se dio la primera definición en México de lo que es el VIH. Entre los años de 1990 y 1994 se comenzaron a tomar medidas de intervención propias, posteriormente se logró la inclusión de los medicamentos antirretrovirales en el cuadro básico general y en 2001 el acceso universal a fármacos.

Actualmente, México cuenta con una política nacional referente al tratamiento del VIH/SIDA, por lo que hasta 2006 el 76% de las personas infectadas por el VIH está recibiendo el tratamiento antirretroviral, asimismo, México ha asegurado la seguridad de los hemoderivados, con la finalidad de garantizar la eliminación de la vía de transmisión del VIH por las transfusiones sanguíneas.

## **2.6. AMÉRICA DEL NORTE Y EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL**

En conjunto, aproximadamente 2.1 millones de personas en América del Norte y Europa occidental y central viven con el VIH en 2007, de las cuales 81,000 contrajeron el VIH durante el año anterior. En América del Norte, las prácticas sexuales entre hombre representaron la mayor proporción de nuevos diagnósticos del VIH en 2005; 53% en los Estados Unidos de América y 45% en Canadá.

En 2006, las relaciones heterosexuales conformaron la proporción más grande (42%) de diagnósticos del VIH en Europa occidental. Menos de un tercio (29%) se atribuyeron a prácticas sexuales peligrosas entre varones, mientras que una proporción en disminución de diagnósticos (6%) se registró en usuarios de drogas inyectables. En su mayoría, los casos del VIH transmitido por vía heterosexual se originaron en países del África subsahariana con alta prevalencia y, dentro de ese grupo, más del 50% de los nuevos diagnósticos de VIH corresponden a mujeres.

El acceso generalizado al tratamiento antirretroviral eficaz ha contribuido a mantener relativamente bajo el número de fallecimientos relacionados con el SIDA en estas regiones.

### **2.6.1. Repercusiones de la terapia antirretroviral**

En estas regiones, el número total de personas que viven con el VIH está en aumento. Este incremento se debe principalmente a los efectos de la terapia antirretroviral, que prolonga la vida de los afectados junto con el aumento del número de nuevos diagnósticos del VIH en Europa occidental desde 2002 por un lado, y un número relativamente estable de nuevas infecciones por el VIH cada año en el caso de América del Norte, por el otro.

En un contexto de acceso generalizado al tratamiento antirretroviral, en 2007 se han producido relativamente pocas defunciones a causa del SIDA (32,000 en 2007). Y en el mismo año, los Estados Unidos de América obtuvo más información sobre los efectos que produce un mayor acceso a tratamiento antirretroviral eficaz. Según un estudio realizado en seis estados, las hospitalizaciones de personas con VIH descendió un 44% entre 2000 y 2004, y la edad promedio de personas con VIH hospitalizadas aumentó.

### **2.6.2. VIH y factores raciales y étnicos: mayor impacto del VIH en los afroamericanos y los aborígenes**

Los Estados Unidos de América es uno de los países que registran el mayor número de infecciones por el VIH de todo el mundo. En 2005, la mayoría de los diagnósticos positivos por el VIH o el SIDA (74%) entre la población adulta y adolescente del país correspondieron a personas de sexo masculino, y más de la mitad del total (53%), a hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres.

Las personas expuestas al VIH a través del coito heterosexual con una pareja no habitual sin protección constituían apenas un tercio (32%) de los nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH y casos de SIDA, mientras que alrededor del 18% se produjeron entre usuarios de drogas inyectables.

La epidemia del VIH sigue afectando de forma desproporcionada a las minorías raciales y étnicas de los Estados Unidos de América. Aun cuando los afroamericanos constituyen alrededor del 13% de la población, el 48% de los nuevos diagnósticos de VIH o SIDA en 2005 recayó en ellos. Entre los hombres afroamericanos, las relaciones sexuales peligrosas con otros hombres constituyen el principal método de transmisión del VIH (48% de los nuevos diagnósticos en 2005), mientras que entre las mujeres afroamericanas, la vía de transmisión



predominante es el coito heterosexual no protegido (74%). Tanto en hombres como en mujeres afroamericanos, casi uno de cada cuatro nuevos casos del VIH en 2005 (23% y 24% respectivamente) se atribuyeron a consumo de drogas inyectables.

En los Estados Unidos de América, el SIDA fue la cuarta causa de defunción entre afroamericanos de 25 a 44 años en 2004. Entre los hispanos, que conforman aproximadamente el 14% de la población, los nuevos diagnósticos representaron un 18% del total de la población.

La epidemia del VIH en Canadá sigue afectando de forma desproporcionada a las personas aborígenes. La cuales aunque constituyen aproximadamente el 3.3% de la población canadiense total, se estima que representan el 7.5% de las personas que viven con el VIH y que en 2005 experimentaron cerca del 9% de todas las nuevas infecciones. En contraste con el resto de la población, más de la mitad (53%) de las nuevas infecciones por el VIH en personas aborígenes en 2005 eran atribuibles al uso de drogas inyectables; un tercio (33%), a coito heterosexual, y el 10%, a relaciones sexuales entre hombres. Entre las mujeres aborígenes, el uso de drogas inyectables también es el principal factor en la infección por el VIH: entre 1998 y 2005, casi las dos terceras partes (65%) de las infecciones registradas en mujeres aborígenes se atribuyeron al consumo de drogas. Se cree que la vulnerabilidad de los aborígenes a la infección por el VIH es debida a los altos índices de desempleo y pobreza, así como el abuso de sustancias e infecciones de transmisión sexual; también está influida por su acceso limitado a servicios sanitarios de calidad<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Fuente pág. [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance).18/10/2009

### **2.6.3. Europa occidental y central**

Las infecciones por el VIH contraídas por vía heterosexual, la mayoría de ellas en migrantes constituyeron la mayor proporción (42%) de las nuevas infecciones diagnosticadas en Europa occidental en 2006, y un poco menos de un tercio (29%) de las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas se atribuyeron a relaciones sexuales peligrosas entre hombres, mientras que una proporción decreciente (6%) de los diagnósticos correspondió a usuarios de drogas inyectables, y la incidencia del VIH en España, Italia, Francia y el Reino Unido sigue siendo la más alta de Europa occidental y central.

En Europa occidental se han observado dos tendencias epidémicas divergentes: mientras que el número de nuevos diagnósticos del VIH debidos a relaciones sexuales de riesgo entre hombres casi se duplicó entre 1999 y 2006 (de 2,538 a 5,016), los casos atribuidos al consumo de drogas inyectables disminuyeron en el mismo periodo (de 661 a 581).

El consumo de drogas inyectables es la vía de transmisión del VIH más frecuente en los tres estados bálticos: Estonia, Letonia y Lituania. En Estonia a pesar de que las infecciones por el VIH han descendido de un punto máximo de 1,474 en 2001 a 668 en 2006, sigue siendo el país que registra la tasa más elevada de nuevos diagnósticos del VIH notificados y la más alta prevalencia nacional del VIH en adultos (1.3%) en Europa occidental y central.

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres y mujeres constituyen el principal modo de infección en muchos países de Europa central, entre ellos, Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Rumania y Turquía; mientras que las relaciones sexuales peligrosas entre varones predominan en Croacia, la República Checa, Hungría y Eslovenia.

## 2.7. MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL

La prevalencia de casos del VIH/SIDA en estas regiones aunque sigue siendo pequeño (a excepción de Sudán), las cifras globales de casos registrados del VIH están aumentando en varios países, debido en parte a mayores esfuerzos de detección del virus. Un ejemplo claro es Argelia, donde los casos notificados de VIH se duplicaron entre 2001 y 2006.

En esta región existen dos factores clave que incrementan la epidemia: la transmisión del VIH de usuarios de drogas inyectables a la población en general y el aparente aumento de las relaciones sexuales extramatrimoniales sin protección, lo que se refleja en los altos niveles de otras infecciones de transmisión sexual que se registran en algunos países.

Pese a las recientes mejoras registradas, la vigilancia epidemiológica en esta región sigue siendo limitada, ya que presenta dificultades al momento de determinar los patrones y las tendencias de la epidemia en muchos países de esta región. La información relacionada con el VIH en grupos de mayor riesgo, como las personas que se inyectan drogas, las sexo servidoras y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombre, siguen siendo limitados. No obstante, a partir de la información disponible sobre el VIH, se estima que 35,000 personas contrajeron el VIH en 2007, lo que eleva a 38,000 el número total de personas que viven con el VIH en la región. Se calcula, asimismo, que unas 25,000 personas fallecieron en 2007 a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.

Los datos existentes sobre casos del VIH siguen siendo escasos. La mayoría de las infecciones por el VIH se producen en hombres y en zonas urbanas, a excepción del Sudán, donde se registra la prevalencia más alta de la región, con una prevalencia nacional estimada del VIH en adultos del 1.6% en 2005, y el coito heterosexual sin protección es el factor de riesgo más importante para la infección por el VIH. Los conflictos armados que se encuentra en la región meridional del

Sudán está claramente relacionados con las altas prevalencias registradas, ya que las mujeres atendidas en los centros prenatales varía a lo largo de la frontera con Uganda, desde el 0.8% en la ciudad de Rumbek hasta el 3% en la ciudad de Yei zona donde existe un conflicto armado.

Si bien las relaciones sexuales sin protección a cambio de dinero constituyen un factor clave en la epidemia del VIH en toda la región, la exposición a instrumental contaminado de inyección de drogas es la principal vía de transmisión del VIH en Afganistán, Irán, Libia, Túnez, Argelia, Marruecos y Siria.

La mejora en el análisis sistemático de los suministros sanguíneos ha contribuido a reducir las infecciones por el VIH en los centros médicos; sin embargo, en Afganistán, sólo alrededor de un 30% de las donaciones de sangre se somete a pruebas de detección del VIH en 2006.

### **2.7.1. La prisión y el VIH/SIDA**

Todavía se sabe poco acerca de la transmisión del VIH en las prisiones, aunque los datos disponibles indican que existe un riesgo elevado en estos lugares. En 2002, se ha notificado una prevalencia del VIH del 18% en prisiones de Trípoli (Libia), del 2% en Sudán, y en 2003, casi de un 1% en Marruecos. En el caso particular de Irán, se ha estimado que en 2005 la prevalencia del VIH en las prisiones es de 950 por cada 100,000 individuos. Los factores fundamentales para la infección por el VIH es el uso de equipos contaminados de inyección en las prisiones y los periodos repetidos de encarcelación. Se calcula que casi la mitad (45%) de la población reclusa iraní está encarcelada por delitos relacionados con las drogas. Para combatir esta situación, desde 2002, el gobierno iraní se ha creado dispensarios que proporcionan servicios de prevención, tratamiento y reducción de daño en la mayoría de las prisiones más importantes del país, y se

estima que en 2005 unos 50,000 reclusos habían recibido tratamiento de desintoxicación.

Existen todavía pocos programas y servicios para la prevención del VIH en esta región. El conocimiento del VIH/SIDA es, por lo general, escaso, al igual que las prácticas preventivas, incluso entre las poblaciones de mayor riesgo. Por eso, resulta muy necesario esforzarse para poner en práctica estrategias de prevención del VIH más efectivas en Medio Oriente y en África del Norte.

## **2.8. OCEANÍA**

En 2007, aproximadamente 14,000 personas contrajeron el VIH, de manera que, en la actualidad, son ya cerca de 75,000 personas que viven con el VIH en esta región. Papua Nueva Guinea y Australia son los dos países de la región donde la epidemia del VIH es considerable y continúa en aumento. Si bien otros países y territorios notifican una prevalencia del VIH mucho menor, resultan cada vez más preocupantes los crecientes números de infecciones de transmisión sexual en toda la región entre poblaciones clave de mayor riesgo.

### **2.8.1. Caso alarmante de Papua Nueva Guinea**

De 2002 a 2006, las nuevas infecciones por el VIH en este país han ascendido a más del doble. Alrededor del 84% de todas las infecciones por el VIH que se han registrado hasta el momento corresponde a zonas rurales, donde vive más del 80% de los casi 6 millones de habitantes del país. Se estima que el coito heterosexual sin protección es el principal modo de transmisión del VIH. Sin embargo, el comportamiento de riesgo está muy extendido; las investigaciones registran altas tasas de relaciones sexuales anales y vaginales no protegidas con múltiples parejas, y es frecuente la ausencia del uso de preservativos.

La epidemia de Papua Nueva Guinea se propaga en un entorno de profundo cambio económico y social. Estos cambios comprenden un desarrollo irregular; niveles elevados de desempleo, migración y urbanización, y un uso generalizado del alcohol y otras drogas. Las terribles desigualdades por razón del género, junto con una extendida violencia física y sexual (incluidas la violación y el abuso de los niños) acentúan la vulnerabilidad, en especial de las mujeres y las niñas. Se ha observado que la prevalencia del VIH en mujeres de 15 a 29 años es dos veces más alta que en varones de la misma edad, y se cree que el factor clave en la propagación del VIH en mujeres casadas son las relaciones extramatrimoniales de sus esposos.

También existe evidencia de que una elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual que incluye sífilis, clamidia y gonorrea sin tratamiento médico, tanto en la población general como en grupos de mayor riesgo de exposición. Estudios recientes basados en 10 provincias hallaron que alrededor del 40% de las personas tenían al menos una infección de transmisión sexual, que son conclusiones preocupantes, ya que la presencia de infecciones como la sífilis o el herpes aumenta el riesgo de transmisión sexual del VIH.

Los programas de prevención del VIH eficaces y bien dirigidos pueden revertir el curso de la epidemia en Papua Nueva Guinea, pero será un gran reto poder lograrlo. Un sistema sanitario débil, la inseguridad socioeconómica, las graves desigualdades por razón del género y el estigma relacionado con el VIH suponen grandes obstáculos. Sin embargo, hay algunos avances. El gobierno local ha creado 75 centros de asesoramiento y pruebas voluntarias, lo que ha dado como resultado la triplicación del número de personas que se someten a la prueba del VIH desde 2002. Sin embargo el SIDA sigue siendo la principal causa de hospitalizaciones y defunciones; por el ejemplo, en el Hospital General de Port Moresby, hasta un 70% de las camas están ocupadas por pacientes con enfermedades relacionados con el VIH.

### **2.8.2. Relaciones sexuales sin protección entre hombres**

En Australia, el VIH sigue transmitiéndose principalmente a través de relaciones sexuales sin protección entre hombres. Si bien las iniciativas de prevención coordinadas controlaron la epidemia durante la década de los 90, los nuevos casos diagnosticados del VIH aumentaron en una proporción del 41% entre 2000 y 2005; en este mismo periodo, se produjo también un incremento en las prácticas sexuales sin protección entre hombres.

En Australia, hubo una proporción más alta de diagnósticos del VIH en la población indígena entre 2001 y 2005 en mujeres (el 33% del total de diagnósticos de VIH en comparación con el 11% en la población no indígena). En efecto, las mujeres indígenas corren un riesgo desproporcionadamente más elevado de exposición al VIH: su probabilidad de infectarse es 18 veces mayor que la de las mujeres no indígenas y tres veces mayor que la de los hombres no indígenas.

En Nueva Zelanda, el principal factor para contraer el VIH en el país sigue siendo las prácticas sexuales de riesgo entre hombres. Sin embargo, el número de personas diagnosticadas VIH-positivas que afirman haberse infectado a través del coito heterosexual sin protección está en aumento, y la mayoría de las infecciones se producen fuera del país, sobre todo en Asia y África subsahariana.

### **2.8.3. La población maorí**

Las mujeres maoríes representan una cifra muy elevada en la epidemia de Nueva Zelanda: constituyen el 23% de las mujeres que contrajeron el VIH por vía heterosexual entre 1996 y mediados de 2006 (los maoríes representan en total el 11% de la población del país). Esto indica que las mujeres maoríes corren un riesgo mayor de infección por el VIH y por consecuencia, la necesidad de destinar

mayores esfuerzos de prevención y participantes más activas en esa población específica.

La creciente proporción de nuevos diagnósticos de VIH entre heterosexuales y la diversidad de etnias a las que corresponden esos nuevos casos (incluidas las personas de ascendencia maorí, africana, asiática y de las islas del Pacífico) ponen de relieve la necesidad de asegurar la prestación de servicios apropiados de atención de salud y apoyo a todos los que los necesitan. Al igual que en Australia, resulta especialmente importante involucrar a los grupos inmigrantes y a las minorías en la planificación y prestación de los servicios sanitarios de prevención del VIH en Nueva Zelanda, además de protegerlos del estigma y la discriminación.

#### **2.8.4. Uso de preservativos**

Con excepción de Papua Nueva Guinea, Australia y Nueva Zelanda, el número total de infecciones por el VIH notificadas desde que comenzó con la prueba se ha mantenido por debajo de 300 en los otros países y territorios de esta región: por ejemplo, 272 en Nueva Caledonia, 260 en la Polinesia Francesa, 200 en Fiji y 175 en Guam a finales de 2005. Pero la elevada prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual y los bajos niveles del uso de preservativos registrados en varios países y territorios indican que, una vez que se establezca el virus, serán vulnerables a una transmisión del VIH más rápida. Las desigualdades y los altos niveles de violencia por razones del género son parte del telón de fondo en el que podría propagarse la transmisión del VIH en estas zonas.

Por lo que en estos espacios geográficos, las campañas de prevención para el VIH resultan de suma importancia, en particular, las acciones publicitarias que se centran en fomentar el uso de preservativos.



### **CAPÍTULO 3. IMPACTOS DIVERSOS DEL VIH/SIDA**

La epidemia del VIH/SIDA ha provocado el mayor revés individual en el desarrollo humano. En los países más afectados, el VIH/SIDA ha reducido la expectativa de vida, ha profundizado la pobreza entre familias y comunidades vulnerables, ha sesgado el tamaño de las poblaciones, ha socavado los sistemas nacionales y ha debilitado las estructuras institucionales.

La pandemia mundial del VIH/SIDA está quebrantando el desarrollo humano y ha anulado decenios de progreso en la lucha contra la mortalidad y ha comprometido gravemente las condiciones de vida de las generaciones actuales y futuras. La enfermedad produce efectos de esa magnitud porque debilita y causa muerte a muchos adultos jóvenes, es decir, cuando se encuentran en los años más productivos para generar ingresos y cuidar las familias. Al destruir las familias, elimina a toda una generación de importancia crítica para la supervivencia de los integrantes de la sociedad más jóvenes y de mayor edad, y por lo consiguiente, debilitando una sociedad en general.

A nivel mundial, la epidemia sigue actuando como un arma devastadora para los individuos y las familias. En los países más afectados está erosionando décadas de progreso económico, social y sanitario, y ha reducido la esperanza de vida en más de dos decenios, ha frenado el crecimiento económico, ha agudizado la pobreza y ha favorecido y exacerbado la escasez crónica de alimentos.

En los países de África subsahariana con una alta prevalencia, la epidemia está teniendo repercusiones muy graves en los hogares y comunidades. La mayoría de los estudios pone de manifiesto un impacto macroeconómico, de modo que esos países están perdiendo en promedio entre el 1% y el 2% de su crecimiento económico anual, y por consecuencia, los efectos resultantes sobre los ingresos y gastos de los gobiernos debilitarán la capacidad de éstos para emprender una

respuesta eficaz y, de hecho, para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>34</sup>.

Los países de África meridional están enfrentando a una crisis creciente de capacidad humana. Ya estaban perdiendo personal calificado esencial para que los gobiernos suministren servicios públicos básicos, y ahora el SIDA no hace sino exacerbar esta crisis. Cada vez más, los países son incapaces de cumplir sus compromisos actuales de servicio social, y mucho menos de movilizar el personal y los recursos necesarios para una respuesta eficaz.

En algunos países de África meridional, la prevalencia del VIH sigue creciendo más allá de los niveles que anteriormente se habían creído posibles. Esto significa que en los países afectados se necesitan con más urgencia que nunca respuestas multisectoriales extraordinarias.

### **3.1 IMPACTO DEMOGRÁFICO DEL VIH/SIDA**

Desde inicio de los años ochenta, con el diagnóstico del primer caso del VIH, el mundo ha encarado la epidemia más mortífera en su historia moderna. Después de casi 30 años del comienzo de la epidemia, la mortalidad causada por el VIH/SIDA ha tenido magnitudes comparables con otras pestes a lo largo de la historia de la humanidad. Tal como es el caso de la Muerte Blanca durante el periodo de 1347 a 1351, que cobró 20 millones de vida. Sin embargo, según los

---

<sup>34</sup> Son ocho ambiciosos objetivos que se intenta alcanzar para 2015, que están incluidos en la Declaración del Milenio, la cual fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

Objetivo 3: Promover la igualdad de sexos y la autonomía de la mujer.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

datos de ONUSIDA en el año 2008, 42 millones de personas están infectadas por el virus de VIH, y 22 millones de personas han muerto debido al SIDA.

### **3.1.1. Número de muertes**

La afectación por la epidemia del VIH/SIDA es progresiva y rápida, que tienen repercusiones desiguales en los países.

En ausencia de la epidemia del VIH/SIDA, el número estimado de muertes en países fuera del continente africano en el periodo 2010-2015 es de 174 millones, y con la presencia de dicha enfermedad el número asciende hasta 207 millones, es decir 19% más de muertes adicionales debido a la enfermedad. En el caso de los países africanos donde la prevalencia del VIH/SIDA es mayor al 20%, las cifras son más escalofriantes, con la ausencia de dicha epidemia el total de muertes en el mismo periodo es de 3 millones, y con la presencia de la epidemia, se espera que el número de muertes alcanza hasta 10 millones, es decir, 3 veces más de muertes adicionales en este tiempo<sup>35</sup>.

En los siete países donde la prevalencia del VIH en adultos es superior al 20%, el número adicional de muertes por el SIDA aumentará de 71% en 1995-2000 a 204% en 2005-2010. Entre 1995 y 2025, estos siete países experimentarán alrededor de 30 millones (156%) muertes adicionales. El aumento proporcional en el número de muertes a causa del SIDA es mayor en Botsuana, donde el número de muertes adicionales a causa del SIDA podría llegar a 223, 000 en 2005-2015, cuatro veces mayor del número de muertes en ausencia del VIH/SIDA; mientras que le siguen Zimbabwe, Suazilandia y Sudáfrica. A menos que la respuesta al SIDA se refuerce drásticamente, en 2025, 38 países africanos tendrán poblaciones un 14% menor de lo previsible en ausencia del SIDA. En los siete

---

<sup>35</sup> World Population Prospects. *The 2002 Revision*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division Publication, 2003.

países donde la prevalencia supera el 20%, las proyecciones indican que la población será más de un tercio menor a causa de la epidemia.

Los países fuera del continente África, el SIDA aumenta el número de muertes en más de un 25% en Bahamas (43%), Haití (40%), y Trinidad y Tobago (30%). En términos de números absolutos, India y China se esperan el mayor número de las muertes adicionales causadas por el SIDA: 31 millones en India entre 1995-2025 y 18 millones en China durante el mismo período.

### **3.1.2. Esperanza de vida**

Las proyecciones actuales indican que en 2015, en los 60 países más afectados por el SIDA, la población total tendrá una disminución de 115 millones de personas menos de lo que hubiera sido en ausencia del SIDA. En 2050, corresponderán a África casi las tres cuartas partes de esta diferencia, y aunque la esperanza de vida para todo el continente habrá aumentado hasta 65.4 años desde los 49.1 años actuales, seguirá siendo casi 12-17 años menor que la esperanza de vida en otras regiones del mundo.

África subsahariana tiene la prevalencia del VIH más elevada del mundo, y se enfrenta a su mayor impacto demográfico. En los países más afectados de África oriental y meridional, la probabilidad de que un adolescente de 15 años fallezca antes de alcanzar la edad de 60 años ha aumentado de forma impresionante. En algunos países, hasta el 60% de los jóvenes que ahora tienen 15 años no cumplirán su sexagésimo aniversario.

El impacto del VIH sobre la mortalidad en adultos alcanza su cuota máxima entre los 20 y los 30 años, y proporcionalmente es mayor en las mujeres que en los varones. En los países de ingresos bajos y medianos, las tasas de mortalidad de las personas de 15-49 años que viven con el VIH son actualmente 20 veces mayores que las de las personas con el VIH en los países industrializados. Esto

guarda relación con las diferencias abismales que existen en el acceso a la terapia antirretroviral. En los países de ingresos bajos y medianos, la mortalidad varía generalmente entre dos y cinco defunciones por 1,000 personas al año entre los individuos en la segunda y tercera décadas de vida. Sin embargo, las personas infectadas por el VIH en esos grupos de edad presentan tasas de mortalidad de 25-120 por cada 1,000 personas por año, que llegan hasta 90-200 por cada 1,000 personas por año entre los individuos de 40-50 años.

Hasta mediados de los años noventa, los países de ingresos bajos y medianos habían prolongado de forma significativa su esperanza de vida. No obstante, desde 1999, como consecuencia principal del SIDA, la esperanza de vida promedio ha descendido en 38 países. En siete países africanos donde la prevalencia del VIH supera el 20%, la esperanza de vida promedio de una persona nacida entre 1995 y 2000 es actualmente de 49 años, 13 años menos que en ausencia del SIDA. En Suazilandia, Zambia y Zimbabwe cabe prever que, a la falta de tratamiento antirretroviral, la esperanza de vida promedio de las personas nacidas durante la próxima década disminuya por debajo de los 35 años.

Bahamas, Cambodia, República Dominicana, Haití y Myanmar, países fuera del continente africano, también muestran una reducción significativa en la esperanza de vida. Por ejemplo, la esperanza de vida en Camboya es actualmente cuatro años menor de lo que hubiera sido en ausencia del SIDA. En América, los países caribeños tienen los niveles más altos de infección por el VIH. En Haití, el SIDA se ha convertido en la primera causa de mortalidad entre los adultos de 15 a 44 años. En la República Dominicana se estima que la esperanza de vida es tres años menor que la que se hubiera registrado sin el SIDA. En Trinidad y Tobago, un país que ya está perdiendo población a causa de la emigración, cabe esperar que la mortalidad por el SIDA reduce la población total en 2010.

El VIH/SIDA también afecta a las poblaciones nacionales en una forma desigual. Ataca principalmente a los jóvenes, y en particular a las mujeres. Esto significa que la epidemia está alterando profundamente las estructuras familiares y

demográficas de los países más afectados. En condiciones normales, las poblaciones nacionales pueden describirse gráficamente como una pirámide. A medida que madura la epidemia en los países de alta prevalencia, aparecen nuevas tendencias. Por ejemplo, si la epidemia de Sudáfrica sigue el curso actual, la estructura de su población se distorsionará: habrá mucho menos personas en la edad adulta media, y menos mujeres que varones de 30-50 años.

### **3.1.3. Dimensión del género del VIH/SIDA**

El impacto de la epidemia sobre las mujeres es especialmente alarmante. La mayoría de las mujeres en los países más afectados se enfrenta a graves desventajas económicas, jurídicas, culturales y sociales, que incrementan aún más su vulnerabilidad al impacto de la epidemia.

En muchos países, las mujeres son las cuidadoras, productoras y protectoras de la vida familiar. Esto significa que soportan la carga más pesada del VIH/SIDA. Las familias pueden retirar a las mujeres jóvenes de la escuela para que cuiden a parientes enfermos con el VIH. Las mujeres ancianas deben sobrellevar a menudo la carga asistencial cuando enferman sus propios hijos adultos. Más tarde pueden convertirse en los padres suplentes de sus nietos desvalidos. Las mujeres jóvenes que enviudan a causa del SIDA pueden perder su tierra y sus propiedades después del fallecimiento del esposo, independientemente de que existan o no leyes de sucesión concebidas para protegerlas. A menudo recae sobre las viudas la responsabilidad de ganarse el sustento de la familia, y tal vez no sean capaces de arreglárselas por sí solas. En consecuencia, algunas se ven obligadas a mantener relaciones sexuales a cambio de alimentos u otros productos básicos.

Cuando enferma el jefe de familia, las mujeres invariablemente asumen las nuevas tareas asistenciales. Las tareas de cuidar a un paciente del SIDA son arduas y exige mucho tiempo, y más aún cuando esto se suma a otras obligaciones domésticas. La carga de los cuidadores es especialmente pesada

cuando hay que ir a buscar el agua lejos o que las tareas de lavado y saneamiento no pueden efectuarse en casa o cerca de ella.

El estigma tiene repercusiones concretas para las personas que viven con el VIH. Hay falta del apoyo y la solidaridad de la familia. Una mujer que revele su estado serológico respecto al VIH puede ser estigmatizada y rechazada por la familia. En la mayoría de los casos, las mujeres son los primeros miembros de la familia a quienes se les diagnostica el VIH, y pueden ser acusadas de propagar el virus al resto de sus componentes.

### **3.2. IMPACTO FAMILIAR DEL VIH/SIDA**

El impacto inmediato de la epidemia del VIH/SIDA se hace sentir en los hogares, a partir de que un miembro de ella se convierte en VIH positivo. Existen 3 tipos de impactos económicos en la familia cuando uno de sus integrantes se convierte en VIH positivo:

- Pérdida de ingreso del miembro de la familia, y cuando fallece el familiar con el VIH/SIDA, la pérdida monetaria temporal se convierte en tipo permanente.
- Incremento de los gastos médicos familiares, que trae como consecuencia la disminución del nivel de producción y consumo, que podría llevar a la reducción nutrimental de los niños causándoles la mala nutrición.
- Costo indirecto, consecuencia del ausentismo laboral y académico de los integrantes de la familia que se queda para el cuidado de un familiar con el VIH/SIDA.

### **3.2.1. Descomposición de la estructura familiar**

Además de los impactos económicos que la epidemia del VIH/SIDA afecta a la familia, también surgirán implicaciones sociales, debido a que la familia es la primera unidad de socialización, la cual sufrirá cambios tremendos cuando uno de sus miembros es diagnosticado con el VIH/SIDA.

La epidemia del VIH/SIDA conducirá un cambio en la composición familiar, con la desaparición gradual de la generación parental y los niños serán cuidados por los abuelos y otros parientes. Inclusive, en algunos casos, los niños mayores podrían asumir el papel de los padres para el cuidado de sus hermanos menores.

La muerte de un adulto llevaría a la dislocación o disolución de la familia, y los niños podrán desertar de la escuela, debido a que sus familiares ya no podrán realizar el gasto educativo en ellos, obligando a los niños incorporarse a las labores hogareñas, en el campo o en el mercado laboral.

Los hogares de mujeres como jefes de familia serán empobrecidos, cuando el cónyuge masculino fallece por el VIH/SIDA, mientras que cuando la muerte ocurre en el lado femenino, el impacto es particularmente severo en la familia, especialmente en el cuidado de los niños.

Las segundas nupcias es una forma de hacer frente a la pérdida económica y emocional debido al fallecimiento de un esposo. Sin embargo, en muchas sociedades existe una gran expectación tradicional que la viuda se case por segunda ocasión. Si la muerte es resultado del VIH/SIDA, entonces, la esposa tiene la alta posibilidad de estar infectada por el virus, y su segundo matrimonio representa una fuente de esparcimiento de la enfermedad.



### **3.2.2. Costos económicos y el consumo alimenticio**

Para la familia, los costos directos del VIH/SIDA son usualmente analizados por los estudios de costo-enfermedad, que incluyen el costo del tratamiento y el costo de la pérdida de tiempo de trabajo; sin embargo, existen otros costos sustanciales secundarios, tales como los gastos funerarios.

En los años 1990, un estudio comparativo hizo un seguimiento de 300 hogares afectados por el SIDA en Burundi, Costa de Marfil y Haití. Se observó un descenso progresivo en el número de miembros económicamente activos por hogar. Esto iba seguido habitualmente por una reducción de consumo doméstico por habitante. En Sudáfrica y Zambia, varios estudios de hogares afectados por el VIH/SIDA -la mayoría ya pobres de por sí- pusieron de manifiesto que el afrontar las enfermedades relacionadas con el SIDA se traducía en un descenso de los ingresos mensuales de entre el 66-80%. En Tailandia, un estudio de 1997 encontró que cuando fallecía por el SIDA una persona con empleo estable, la pérdida de ingresos domésticos era más de un 20% superior a la de hogares con defunciones no relacionadas con el SIDA.

Conforme a la disminución de los ingresos familiares, la epidemia del VIH/SIDA también impacta en el consumo alimenticio en las familias. Los estudios indican que los hogares que sufren la pérdida de un jefe de familia por el VIH/SIDA, disminuye sus gastos alimenticios, mientras que en las familias cuando la pérdida es por el lado femenino, la situación de seguridad alimenticia decrece. Inclusive en algunos casos, los niños de edad entre 10 a 15 años en áreas urbanas se ven forzados a realizar trabajo casual a fin de conseguir alimentos.

### **3.3. IMPACTO DEL VIH/SIDA EN PERSONAS DE TERCERA EDAD Y NIÑOS**

En muchas regiones afectadas por la epidemia, especialmente en los países desarrollados, cada vez hay más personas mayores que se encargan de cuidar a

los huérfanos debido al VIH/SIDA. Sin embargo, los adultos de tercera edad sufren serias preocupaciones financieras, físicas, y emocionales al tener dichas responsabilidades. La epidemia del VIH/SIDA no sólo estresa a las personas mayores, sino que al mismo tiempo los empobrece, al necesitarse cuidados ellos mismos, y esta característica es particularmente marcada en las sociedades en donde los hijos son responsables del cuidado de sus padres ancianos.

Al mismo tiempo, la educación y el bienestar de los niños empiezan a sufrir descomposición cuando el VIH/SIDA llega a sus hogares. La causa principal de la deserción escolar en las familias con el VIH/SIDA es debido a la falta monetaria, ya que al mismo tiempo se necesita la mano de obra del niño para su sobrevivencia.

El impacto del VIH/SIDA desafortunadamente es género dependiente. Un estudio hecho en Indonesia demuestra que cuando la pérdida por el VIH/SIDA es del padre, en la familia predominan problemas económicos, mientras que cuando la pérdida es la madre, entonces en los hogares aumentarán la mortalidad infantil y las enfermedades.

La problemática de huérfanos debido a la pandemia del VIH/SIDA cobra particular atención en el mundo. Para finales de 2004, alrededor de 15 millones de niños se han quedado en la orfandad debido al fallecimiento de uno o ambos padres por el VIH/SIDA.

Hay estudios que demuestran que los huérfanos con pérdida de ambos padres cuentan con menor acceso respecto de quienes tienen a los dos padres o al menos un padre biológico. En África subsahariana, solo 60% de los niños huérfanos entre 10-14 años asisten a la escuela, comparada con el 71% de los niños que cuentan con los dos padres, y sí están en la escuela.

A diferencia del pensar común, de que las niñas que están en edad educacional poseen menor oportunidad pedagógica en países afectados por el VIH/SIDA, debido a que frecuentemente las usan como mano de obra en el cuidado a las personas víctimas del VIH/SIDA o simplemente por la falta monetaria, estudios especializados demuestran que la deserción escolar afecta de manera similar tanto a niños como a niñas.

Los huérfanos por el VIH/SIDA viven en condiciones hogareñas más desfavorecidas que los niños que viven con ambos padres. Y un indicador directo de dicha situación es la alta prevalencia de malnutrición en los huérfanos, que aumenta a su vez la incidencia de las enfermedades, que en condiciones salubres y nutricionales adecuadas se puede disminuir potencialmente.

Cuando fallece uno de sus padres por el VIH/SIDA, los niños que se queden cambiarán su estilo de vida de manera drástica; en la mayoría de los casos, estos huérfanos se van a vivir con los familiares directos, especialmente con los abuelos. En Zambia, la proporción de los huérfanos que se van a vivir con los abuelos aumentó del 44% en 1992 a 61% en 2000.

La otra opción de vivir para los huérfanos por el VIH/SIDA es quedarse con sus familiares lejanos, en donde los huérfanos son francamente una minoría, que generalmente se traduce como un grupo con menor oportunidad de desarrollo físico, educativo y social.

Los orfanatos quedan como la última opción para recibir a los huérfanos debido al VIH/SIDA. Los orfanatos no están generalmente en condiciones adecuadas para proporcionar el cuidado y bienestar de los niños, no solamente debido a causas culturales, sino efectivamente por la carencia de una buena calidad institucional para proveer el bienestar y el desarrollo de los niños.

### **3.4. IMPACTO EN LAS EMPRESAS**

A partir de que la infección del VIH progresa hacia el SIDA, los trabajadores afectados por esta enfermedad suelen ausentarse cada vez más. Y los periodos de ausentismo pueden afectar la productividad de las empresas, particularmente si el trabajador ocupa un puesto importante en dicha empresa, y por consecuencia, su reemplazo es más difícil.

En este sentido, la epidemia del VIH/SIDA incrementa los costos y disminuye la productividad en las empresas, que conlleva al decremento de las ganancias. Sin embargo, la magnitud del impacto de VIH/SIDA depende principalmente de 5 factores:

1. El número de trabajadores afectados en la empresa.
2. Los roles que desempeñan los trabajadores infectados en la empresa.
3. La estructura del proceso de la producción de la empresa y su capacidad para enfrentar el ausentismo de los trabajadores infectados.
4. Los beneficios proporcionados por la empresa.
5. El efecto en el ambiente empresarial del VIH/SIDA en las empresas y el gobierno.

#### **3.4.1. Ausentismo**

Los altos niveles de ausentismo es una de las características del impacto del VIH/SIDA en las empresas. Un estudio hecho en 15 diferentes establecimientos en Etiopía encontró que las empresas experimentó un ausentismo considerable. El número de casos del VIH y las enfermedades relacionadas con el SIDA representó el 53% de todas las enfermedades, de un total de 15,363 incidencias a lo largo de un período de cinco años. De las 19 personas entrevistadas en privado, 11 comentaron que se ausentaron 30 días en un período de un año, 7 perdieron en

promedio 60 días, mientras que una persona dijo que había estado ausente 240 días, todos debido al VIH/SIDA<sup>36</sup>.

Como resultado de los infectados por el ausentismo de los trabajadores, que en última instancia es seguido por su muerte, el impacto del SIDA puede ser devastador en algunas empresas. Un estudio de una empresa azucarera en Suazilandia ilustra el aumento de número de muertes relacionadas con el SIDA, que socava los progresos realizados por la empresa y en consecuencia genera la disminución de la productividad. El estudio mostró que el 25% de mano de obra estaba infectada con el virus del VIH y que moriría dentro de los próximos 10 años.

En Namibia, NamWater, la empresa más grande de agua purificada, anunció en 2015 que el VIH/SIDA podría paralizar sus operaciones. Se informó de una alta rotación de personal por las muertes relacionadas con el VIH, por el aumento del ausentismo y, en general, por la pérdida de horas productivas.

### **3.4.2. Costo para las empresas**

La mayoría de los estudios disponibles ha llegado a la conclusión de que la epidemia del VIH/SIDA ha causado un aumento de los costos de producción y una disminución en los ingresos de las empresas.

El costo del VIH/SIDA para las empresas depende del tipo de las mismas. En Kenia, el Proyecto de Control y Prevención de SIDA (AIDSCAP) llevó a cabo un estudio sobre los costos del VIH/SIDA por empleado, por tipo de industria y encontró que las empresas que se dedican al procesamiento de la madera y el azúcar fueron los dos sectores donde los costos relacionados con el VIH/SIDA constituyen una gran parte de sus costos de beneficios a los trabajadores. Las

---

<sup>36</sup> Bersufekad, A. *A study on the socio-economic impact of HIV/AIDS on the industrial labour force in Ethiopia*. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division, 1994.

diferencias observadas en los costos son resultado de la forma en que las empresas tratan a sus empleados. Aunque los salarios en el sector azucarero y las plantas de transformación de la madera son inferiores que los de la industria pesada y del transporte, los empleados tienden a ser alojados en las fincas y se les proporciona muchos beneficios, tales como la asistencia médica. Los costos promedio por empleado en las industrias azucarera y procesamiento de madera durante el periodo comprendido entre 1992 a 2005, se incrementaron de USD115 a USD331 y de USD237 a USD720 respectivamente<sup>37</sup>.

La suerte en que las personas que viven con el VIH/SIDA seguirá siendo parte de la fuerza laboral, depende en gran medida del tipo de trabajo que realiza, de la etapa de la enfermedad y de las políticas existentes en las empresas. Para los trabajadores que ocupan puestos en donde predomina el trabajo físico, puede resultar más difícil mantener sus puestos en las empresas cuando se enferman. Dependiendo de la legislación laboral disponible, algunas empresas pueden ser requeridas por el Gobierno para que sigan brindando beneficios para los trabajadores que enfermen. Por lo tanto, estas empresas son más vulnerables a los efectos del VIH/SIDA. Sin embargo, el impacto depende de diversos factores, tales como tipos de costo, los beneficios que ofrece a los trabajadores y la capacidad de la empresa para contratar a los empleados calificados.

El impacto del VIH/SIDA en las pequeñas empresas puede ser aún más devastador, debido a la falta de recursos humanos y financieros para enfrentar el impacto de dicha enfermedad en sus empleados, ocasionando el debilitamiento de la empresa e inclusive el colapso.

---

<sup>37</sup> Roberts, M., R. Rau and A. Emery, *Private Sector AIDS Policy: Businesses Managing HIV/AIDS*. Arlington, Virginia: Family Health International, 1996.

### **3.4.3. Impactos indirectos del VIH/SIDA en las empresas**

Además de los efectos directos derivados del aumento de los costos y la pérdida de productividad, las empresas que enfrentan un alto nivel de prevalencia del VIH en adultos, también tienden a sufrir impactos indirectos de la pandemia. Por ejemplo, el VIH/SIDA puede resultar en una sustancial disminución de la moral entre los trabajadores, a medida que los trabajadores atestiguan la muerte de sus compañeros de trabajo; ellos mismos pueden adoptar una actitud fatalista hacia el trabajo y la vida en general, que puede traer un efecto perjudicial en la productividad de las empresas.

El ausentismo también puede dar lugar a trabajo adicional de los trabajadores sanos que tienen que cubrir a sus compañeros enfermos. En algunas compañías, los trabajadores sanos laboran cada vez más horas adicionales de jornada para compensar el tiempo perdido por sus compañeros enfermos. Por lo tanto, las empresas no sólo pagan más horas extras, sino también fatiga a sus trabajadores sanos, al mismo tiempo que la jornada prolongada produce estrés en los trabajadores, lo que declina la calidad y la cantidad de la productividad.

### **3.5. IMPACTO SOBRE LA AGRICULTURA**

Un sector agrícola próspero es fundamental para el futuro del bienestar y la autosuficiencia de los países de ingresos bajos y medianos. La agricultura influye en la seguridad alimentaria, el destino de las economías nacionales y la sostenibilidad de los recursos ambientales. En África la agricultura representa el 24% del producto interno bruto (PIB), el 40% de los ingresos en divisas extranjeras y el 70% de los puestos de trabajo. En el año 2000, alrededor del 56% de los africanos (más de 430 millones de personas) se dedican a la agricultura.

Sin embargo, por desgracia, la pandemia del VIH/SIDA ataca la base misma de la agricultura, especialmente en los países más afectados: infecta y luego mata

prematuramente a un gran número de trabajadores agrícolas. Esto provoca la pérdida de mano de obra, la disminución de los ingresos agrícolas y de los bienes familiares, y la reducción de la seguridad alimentaria a nivel de hogar<sup>38</sup>. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) estima que en el 2020, el SIDA habrá cobrado la vida, de como mínimo, una quinta parte de los trabajadores agrícolas en la mayoría de los países de África meridional<sup>39</sup>.

El impacto del VIH/SIDA en la agricultura es multisectorial y sistémico. La agricultura es una actividad de agrupación dinámica, integrada e interdependiente del sistema productivo y de otros componentes que operan a través de una red interrelacionada de los subsectores. Las instituciones y las familias rurales conservan vínculos a todos los niveles de actividad. La eficiencia y la eficacia de cada subsector, la institución y de los hogares depende, en gran medida, de la capacidad en otras partes del sistema. Si la capacidad de un subsector es erosionada por el VIH, entonces la capacidad del sistema para funcionar se reduce en general. En este sentido, la magnitud de la epidemia es tal que ya no se puede clasificar estrictamente a los hogares rurales como afectados y no afectados, ya que casi todos los hogares dentro de una comunidad están directa o indirectamente afectados por la epidemia.

El costo del VIH/SIDA en gran medida es mayor en las comunidades rurales. Muchos infectados por el VIH residentes urbanos regresan a su aldea de origen cuando se enferman. Los hogares rurales (en particular las mujeres) proporcionan la mayor parte de la atención para los enfermos del VIH/SIDA. Además, los alimentos, los costos de atención médica y gastos funerarios están principalmente a cargo de las familias rurales.

El VIH/SIDA afecta la agricultura en diversas formas:

---

<sup>38</sup> Topouzis, D. *The socio-economic impact of HIV/AIDS on rural families with an emphasis on youth*. Roma: FAO, 1994.

<sup>39</sup> Food and Agriculture Organization. *The rural population of Africa confronted with AIDS: a challenge to development. Summary of FAO studies on AIDS*. Roma: FAO, 1997.



1. El ausentismo provocado por las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y la pérdida de mano de obra debido a la muerte originado por el VIH/SIDA que constituyen la reducción de la cantidad de tierras cultivables y la disminución de los rendimientos derivados en la reducción de la producción de alimentos y la seguridad alimentaria.
2. La pérdida de mano de obra en el campo da lugar a la declinación de la variedad de cultivos y el cambio del sistema de cultivo, en particular, un cambio de un sistema de cultivo con mayor intensidad de mano de obra a un sistema con menos intensidad, y trae como consecuencia una reducción en la variedad de productos alimenticios y una dieta menos nutritiva.
3. El descenso de la oferta de mano de obra debido a la pérdida de trabajadores con el VIH/SIDA en periodos cruciales de siembra y cosecha, lo cual reduce significativamente el tamaño de la cosecha, afectando por lo consiguiente a la producción de alimentos.
4. Pérdida de conocimientos tradicionales en los métodos de cultivación debido al fallecimiento de un miembro activo en el hogar rural a causa del VIH/SIDA, rompe la cadena de transmisión de sus conocimientos a las generaciones posteriores.
5. Pérdida o reducción de las remesas enviadas por los jornaleros agrícolas que trabajan fueran de sus lugares de origen; cuando se infectan del VIH, pierden la capacidad de envío de remesas al quedarse sin trabajo.

### **3.5.1. Ausentismo y pérdida de trabajo en el campo**

Lo que distingue el VIH/SIDA de otras enfermedades mortales es que ésta afecta principalmente al grupo de edades más productivas tanto en hombres como en mujeres de entre 15 y 49 años; ellos constituyen los jefes de los hogares, el principal sostén de la familia y el apoyo a las personas de edad avanzada y de sus hijos. La supervivencia media oscila alrededor de 9 años a partir del diagnóstico del VIH en los países en desarrollo, y no existe una cura, mientras que los

fármacos que pueden prolongar la vida no están disponibles para la gran mayoría de las personas infectadas en países en vías de desarrollo, especialmente en zonas rurales.

En los países o regiones fuertemente afectados por la epidemia del VIH/SIDA, el tiempo necesario para cuidar a los enfermos y buscar la asistencia médica a menudo tiene un impacto sobre el tiempo disponible para la producción agrícola. El resultado puede ser menos oportuno en las prácticas agrícolas, lo que resulta en una disminución del rendimiento, y, con el tiempo, una disminución generalizada en el bienestar de los hogares.

Un estudio realizado en Etiopía puso de manifiesto la reducción en el tiempo de trabajo agrícola a causa del VIH/SIDA: el número de horas por semana dedicadas en la agricultura se redujo de 33.6 horas en los hogares no afectados a entre 11 y 16 horas en los hogares afectados<sup>40</sup>.

Se espera que el VIH/SIDA tenga un mayor impacto en el futuro. Según estimaciones de la FAO, entre 1985 y 2000, en los 27 países más afectados de África, 7 millones de trabajadores agrícolas murieron a causa del VIH/SIDA, mientras que 16 millones de muertes ocurrirá en las siguientes dos décadas. En 12 países, entre ellos los 10 países africanos más afectados, se prevé que la fuerza de trabajo disminuirá de 10% a 26% en un futuro próximo. Se espera que Namibia sea el país que sufrirá la mayor pérdida de fuerza de trabajo en 2020 (26%), seguido por Botsuana.

---

<sup>40</sup> *Ibidem.*

Estimaciones de pérdida de fuerza laboral en 2000 y 2020  
(Porcentaje)

País	2000	2020
Namibia	3.0	26.0
Botswana	6.6	23.2
Zimbabwe	9.6	22.7
Mozambique	2.3	20.0
Sudáfrica	3.9	19.7
Kenia	3.9	16.8
Malawi	5.8	13.8
Uganda	12.8	13.7
República Unida de Tanzania	5.8	12.7
República Central Africana	6.3	12.6
Cote d'Ivoire	5.6	11.4
Camerún	2.9	10.7

Fuente: FAO, and UNAIDS. *Addressing the impact of HIV/AIDS on Ministries of Agriculture: Focus on Eastern and Southern Africa*. Roma: FAO, 2003.

Otra característica de la epidemia del VIH/SIDA es que su impacto puede ser observable sólo cuando la epidemia de mortalidad llega a la etapa del SIDA, con muertes en grandes cantidades. Por lo tanto, es importante diseñar métodos que permitan la predicción de los efectos de la epidemia en el futuro, así como en el presente. Un estudio realizado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América advierte preocupación por la estimación de los efectos del VIH/SIDA en la producción alimenticia. El estudio encontró que en los países más afectados en África, el lento crecimiento de la productividad agrícola y la economía global cada vez en decremento como resultado de la inseguridad alimentaria, presentan una diferencia sustancial entre la producción y las necesidades proyectadas para 2020 en muchos países. La inseguridad alimentaria se mide por el déficit nutricional, lo que representa la diferencia entre las proyecciones del

abastecimiento de alimentos y la cantidad de alimentos necesarios para satisfacer la alimentación per cápita estandarizada a nivel nacional. En Kenia, por ejemplo, la producción de granos en 2020 se proyecta en 12.1% inferior a la cantidad necesaria. Por lo que la creciente dependencia de las importaciones de grano y de la ayuda alimentaria serán necesarias para satisfacer la alimentación

País	Crecimiento de producción anual		Diferencia nutricional proyectada
	1980-1999	1989-1999	2010
Kenia	0.44	-1.04	12.1
Uganda	2.18	1.29	0.0
República Unida de Tanzania	2.03	0.00	33.6
Malawi	1.83	4.14	18.1
Zambia	-1.22	-3.63	69.9
Zimbabwe	-1.06	-0.10	2.4

Fuente: FAO, and UNAIDS. *Addressing the impact of HIV/AIDS on Ministries of Agriculture: Focus on Eastern and Southern Africa*. Roma: FAO, 2003.

La pérdida de fuerza laboral es crítica. Cuando una o dos cosechas básicas tienen que plantarse y recogerse en épocas específicas, la pérdida de tan sólo unos pocos trabajadores durante esos periodos puede mermar la producción. Los hogares intentan adaptarse cultivando parcelas de tierra más pequeñas, limitando las tareas de escarda, reparación de cercas y conservación de los canales de riego, o dejando pastar libremente al ganado. A menudo la tierra queda en barbecho, con la consiguiente erosión y degradación, y el ganado que no puede

atender se vuelve más vulnerable a las enfermedades, los depredadores y el robo<sup>41</sup>.

### **3.5.2. Implicaciones de género**

En las comunidades rurales, las desigualdades por razón de sexo también acrecientan el impacto agrícola de la epidemia. En Tanzania, las mujeres con esposos gravemente enfermos dedicaban hasta un 45% menos de tiempo a las labores agrícolas. Después del fallecimiento de un varón adulto, los hogares acostumbran optar por cultivos de subsistencia, suprimiendo los cultivos de mayor valor de los que solían ocuparse los hombres.

En África subsahariana y Asia, las mujeres contribuyen con más de la mitad de la producción de alimentos y se involucran con frecuencia en las actividades de cultivos intensivos. Sin embargo, en regiones donde a las mujeres no les está permitido heredar propiedades a la muerte de sus esposos, pierden el acceso a la tierra y otros bienes. En algunos casos, la división cultural del trabajo hace que sea imposible para las mujeres asumir las tareas de cultivo antes realizados por sus maridos, y se ven obligadas a abandonar la agricultura. La desigualdad en el acceso al crédito, el empleo, la educación y la información, etcétera, hace a las mujeres aún más vulnerables a los impactos negativos del VIH/SIDA. Además, el estigma de la discriminación compromete aún más su situación, como la asistencia de las familias lejanas y la comunidad, y su única red de seguridad a menudo se rompe. Los viudos tienden a casarse poco después de perder a sus esposas, lo que amortigua a sus familias de los efectos del VIH/SIDA.

---

<sup>41</sup> Barnett, T., and P.M. Blaikie. *AIDS in Africa: Its Present and Future Impact*. London: Belhaven Press, 1992.

### **3.6. IMPACTO EN LA EDUCACIÓN**

El impacto de la epidemia sobre la educación tiene implicaciones de gran alcance para el desarrollo a largo plazo. Un número creciente de países se enfrenta no solamente la situación cada vez más escasa de profesores, sino también las muertes y las enfermedades han afectado a los administradores del sector educativo, la planificación y la financiación de los mismos. Al mismo tiempo, los niños de hogares afectados por el VIH/SIDA están demorando la entrada o peor aún abandonan la escuela. Según las estimaciones de la UNESCO, es improbable que 55 países sean capaces de ofrecer enseñanza primaria universal en 2015; 28 de ellos figuran entre los 45 países más afectados por el SIDA.

La epidemia del VIH/SIDA puede afectar al sector educativo en tres formas: el suministro de la educación mediante la disponibilidad de los maestros; la demanda educativa (número total de los niños y el número de niños inscritos) y la calidad educativa (profesores con experiencia). En general, en los países afectados por el VIH/SIDA, cada vez se registra menor número de niños inscritos en las escuelas para recibir conocimientos básicos y necesarios, y al mismo tiempo, hay menor disponibilidad de la cantidad de profesores para la enseñanza; por consiguiente, la epidemia debilita la calidad de la formación y educación, lo que significa que menos personas se beneficiarán de un buen nivel de educación escolar y universitaria. También acelera el impacto de la fuga de cerebros preexistente.

#### **3.6.1. Asistencia escolar**

El ausentismo de los profesores en las escuelas, y en última instancia su muerte, afecta los recursos educativos disponibles. Los profesores infectados por el virus de VIH están sujetos a la transferencia a otras áreas, mientras que otros profesores estarán pidiendo su transferencia debido al aumento de carga de trabajo, reduciendo así el número de profesores en una región determinada.

Muchas familias afectadas por el VIH/SIDA pueden obligar a los niños a dejar la escuela para compensar las pérdidas de fuerza laboral, la asistencia doméstica y los gastos. Si la madre está enferma o ha fallecido, los niños, y especialmente las niñas, deben ocuparse de las tareas domésticas; mientras que si fallece el padre, los hijos varones tienen más probabilidades de abandonar la escuela para sustituirlo en el ámbito laboral.

Algunos niños en edad escolar pueden estar infectados con el virus de VIH o sufren algunas enfermedades relacionadas con el SIDA. Tales enfermedades causan ausencias frecuentes en las escuelas, y por consecuencia interfieren con su capacidad de aprendizaje y su rendimiento académico. Los niños que adquieren el virus del VIH vía materna ya sea durante el parto o la lactancia no suelen sobrevivir el tiempo suficiente para matricularse en la escuela, disminuyendo aún más la matriculación escolar.

### **3.6.2. Reducción de la calidad educativa**

La calidad de la educación también puede deteriorarse a medida que más maestros enferman o fallecen a causa de la enfermedad. Los maestros enfermos se ausentan con mayor frecuencia al tiempo que la enfermedad avanza, y ya no pueden ofrecer la misma calidad de enseñanza que se proporcionaba antes de padecer el VIH/SIDA; mientras que cuando fallece un maestro, se tendrá que sustituirlo por maestros más inexpertos y menos calificados, junto con el aumento del tamaño de los grupos, tiende a reducir la calidad del contacto alumno-maestro. En las zonas rurales, donde las escuelas dependen tan sólo de uno o dos maestros, la enfermedad o el fallecimiento de uno de ellos es especialmente devastador.

La calidad de la educación también puede disminuir si se invierte menos dinero en el sector educativo de los países con una alta prevalencia del VIH/SIDA, se

destina la mayor parte del presupuesto a la lucha para combatir la epidemia por un lado; por otro lado, con el fin de compensar la pérdida de profesores, las escuelas contratan personal pedagógico temporal, al mismo tiempo que los costos de los beneficios de los empleados, la contratación y la formación aumentan. En algunos países, los beneficios de los empleados se pagan a los maestros hasta que mueren. Por lo tanto, el sistema educativo continúa pagando a un gran número de personas que no trabajan, además de la necesidad de cubrir los costos financieros de sus sustituciones, teniendo menos inversión para destinar a la mejora de la calidad educativa.

### **3.7. IMPACTO EN EL SECTOR SANITARIO**

La epidemia del VIH/SIDA ha planteado y seguirá planteando enormes desafíos a los sistemas sanitarios de los países en desarrollo, especialmente en los países más gravemente afectados. El VIH/SIDA aumenta los gastos de salud en general tanto en la atención médica como en el apoyo social, al mismo tiempo que cobra la vida de los profesionales de la medicina.

El VIH/SIDA puede afectar el sector de salud en diferentes maneras:

1. Los trabajadores de la salud pueden estar infectados con el virus de VIH, y esto afectará el suministro de servicios de salud pública. Los trabajadores de salud son vulnerables a las mismas rutas de la infección por el virus de VIH que el público en general; sin embargo, tienen mayor riesgo de contagiarse del virus VIH u otras infecciones relacionadas con el SIDA, como la tuberculosis, a través del contacto con los pacientes con SIDA. El Banco Mundial ha estimado que un país con un 5% de tasa de prevalencia del VIH en adultos se espera que cada año entre 0.5% y 1% de sus proveedores de atención de la salud morirán de SIDA. En cambio, un país



con un 30% de prevalencia perdería entre 3% a 7% de sus trabajadores de la salud a causa de la epidemia del VIH/SIDA<sup>42</sup>.

2. La moral de los profesionales de la salud puede verse afectadas. El cuidado de los pacientes con VIH/SIDA es exigente y estresante para el personal de salud involucrado. Altos niveles de estrés puede conducir a un mayor ausentismo laboral; en este sentido, el personal puede negarse a ser transferidos a las regiones de alta prevalencia del VIH/SIDA dentro de un país, creando la desigualdad en la disponibilidad de servicios médicos en zonas afectadas por el VIH/SIDA.

En Lusaka, Zambia, por ejemplo, la prevalencia del VIH es del 39% en las mujeres casadas, mientras que en el personal de enfermería femenina es de 44% en 1991-1992<sup>43</sup>. Los trabajadores de la salud son también susceptibles a las infecciones oportunistas causadas por el VIH/SIDA. Los estudios realizados en Sudáfrica entre 1991 y 1998 documentó un aumento de cinco veces en la tasa de tuberculosis entre el personal médico. En Zambia, encuestas piloto constataron que la mortalidad entre las enfermeras aumentó 13 veces entre 1980 y 1991.

3. La calidad de los servicios sanitarios puede afectarse por la actitud del personal de salud hacia los pacientes con el VIH/SIDA. El temor de contraer la enfermedad y el estrés psicológico que involucran a lo largo del cuidado de los pacientes con VIH/SIDA, conducen a la reducción en la calidad de los servicios sanitarios proporcionados.

La calidad de la atención de pacientes con SIDA puede sufrir un descenso, debido a que el personal médico teme contraer la enfermedad. En Burkina Faso, un estudio encontró que los trabajadores de la salud tenían miedo de contraer el virus de VIH y su temor ha dado lugar a una disminución en la calidad de la atención.

---

<sup>42</sup> Ainsworth, M. *The impact of HIV/AIDS on African development*. Washington, D.C.: World Bank, 1993.

<sup>43</sup> Whiteside, A. *Economic impact in selected countries and the sectoral impact*. New York: Oxford University Press, 1996.

4. El VIH/SIDA contribuye al aumento en los gastos de salud tanto a nivel sector público como el privado y hay desviación de los recursos en los sectores educativos, infraestructura hacia la atención especializada para los enfermos de VIH/SIDA.

Para muchos de los países más afectados por la epidemia, la pérdida de la capacidad hospitalaria llega inclusive hasta 50% a causa del VIH/SIDA. Un estudio realizado en Ruanda comprobó que 350 pacientes VIH-positivos visitaron el hospital 10.9 veces en promedio frente a 0.3 veces de la población en general. El estudio también reveló que el aumento de la demanda de servicios ambulatorios se caracteriza por desigualdades considerables, ya que los gastos de servicios de salud difieren según el género, ingresos, lugar de residencia y la capacidad de movilizar recursos domésticos para pagar por la atención médica, etc.

5. El estiramiento de recursos financieros y humanos, atrae como consecuencia la fatiga del sector sanitario público, que obliga a más personas a buscar el servicio de salud en el sector privado. Muchos hogares tendrán que elegir entre la atención médica y otras necesidades esenciales como la de los alimentos.

### **3.8. IMPACTO EN EL CRECIMIENTO ECONÓMICO**

El impacto de la epidemia del VIH/SIDA en una economía ha sido importante desde el inicio de la pandemia. Se ha considerado que la epidemia del VIH/SIDA es el responsable por el lento crecimiento de la tasa del producto interno bruto de muchos países afectados por la pandemia, de manera que mediante el uso de modelos económicos estándar, los datos disponibles sugieren que el VIH reduce el crecimiento económico de países con alta prevalencia en un 0.5% a un 1.5% en 10 a 20 años. Si bien es cierto que este impacto macroeconómico no es catastrófico y puede ser controlable, es evidente que la epidemia agrava la pobreza, aún en los países menos afectados fuera de África. Incluso dentro de

economías que crecen sostenidamente, el VIH puede crear una trampa de la pobreza que atrapa a los más vulnerables. Dadas las cargas más pesadas soportadas por los hogares pobres, el VIH/SIDA también acrecienta las desigualdades dentro de las sociedades, lo que puede aumentar la vulnerabilidad al virus en el futuro. Irónicamente, la enfermedad y el fallecimiento de trabajadores calificados también pueden incrementar la desigualdad al reducir la demanda de mano de obra en general y producir una disminución en los salarios de trabajadores no calificados.

Por ejemplo, en Botsuana, los estudios recientes indican que el VIH ha incrementado en un 6% la proporción de hogares por debajo de la línea de la pobreza y que ha aumentado en un 4% el porcentaje de individuos que viven en hogares pobres. Como consecuencia del VIH, cabe esperar que cada perceptor en el nivel más bajo de ingresos deba mantener a ocho personas adicionales a su cargo. Fuera de África, los análisis económicos realizados por el Banco Asiático de Desarrollo y el ONUSIDA indican que el VIH desacelerará la tasa anual de reducción de la pobreza en un 60% en Camboya, 38% en Tailandia y 23% en India entre 2003 y 2015. Se estima que el VIH impone un gasto adicional de USD 2,000 millones anuales destinados a hogares afectados en Asia<sup>44</sup>.

El impacto macroeconómico relativamente modesto también esconde los efectos mucho más graves en industrias individuales. Los costos para las empresas derivados del VIH incluyen pérdida de productividad (debido al ausentismo o el fallecimiento de un trabajador), costos médicos y beneficios relacionados con el fallecimiento. En África, los costos empresariales asociados con el VIH oscilan entre el 0.5% y el 10% de los costos laborales totales. En los límites superiores de este intervalo, es probable que el impacto en las ganancias sea considerable. Por ejemplo, entre compañías mineras de África meridional, se proyecta que los futuros costos asociados con el VIH llegarán al 8% (minería aurífera) y el 3.6%

---

<sup>44</sup> World Health Organization. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO, 2001.

(minería del platino) de los costos laborales totales, lo que refleja una importante pérdida de las ganancias empresariales.

En un modelo aplicado a varios países del Caribe, se han identificado cuatro canales a través de los cuales el VIH/SIDA puede afectar a la economía<sup>45</sup>:

1. El canal de la producción: se refiere a los mecanismos a través de los cuales el VIH/SIDA afecta a los principales factores de la producción; que son el trabajo y el capital, haciendo menos fructífero el proceso de producción de lo que hubiera sido en ausencia del VIH/SIDA.
2. El canal de la asignación: una de las funciones más importantes del sistema económico consiste en garantizar una asignación eficiente de los recursos, sin embargo, la afectación del VIH/SIDA reencamina algunos de esos recursos para los gastos médicos en lugar de usos productivos.
3. El canal de la distribución: es el tercer canal a través de la cual el VIH/SIDA afecta a la economía, en concreto, la distribución del ingreso. La epidemia aumenta el gasto en salud y al mismo tiempo debilita la base de los ingresos, y los grupos de menores ingresos son los más vulnerables a este impacto, mientras que los de clase alta pueden tener otros activos, tales como ahorros, tierras o capital, a diferencia de que a menudo el único activo productivo de los pobres es su trabajo. Las clases alta y media, aunque también se ven afectadas por la epidemia, podrán estar en mejores condiciones de protegerse a sí mismos y más capaces de pagar los tratamientos. Por lo tanto, el VIH/SIDA posee el potencial no sólo afectar a todos los grupos, sino también tiende a ampliar la brecha entre los diferentes estratos sociales.
4. El canal de la regeneración: se refiere a las inversiones en capital humano, estructuras y nuevas tecnologías que son esenciales para el crecimiento económico. Cuando la magnitud de la epidemia del VIH/SIDA compromete

---

<sup>45</sup> Theodore, Karl. "HIV/AIDS in the Caribbean: economic issues impact and investment response". *CMH Working Paper Series, Paper No. WG1:1*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Center for International Development; and Geneva: World Health Organization, 2001.

la capacidad de ahorro y el capital humano en la economía, entonces el proceso de desarrollo económico es más lento.

De manera general, la epidemia de VIH/SIDA puede afectar a la economía de varias maneras:

- La epidemia del SIDA hace más lento el crecimiento económico, y en algunos casos causa impacto negativo en el mismo. La magnitud de este impacto depende del sector económico afectado, y los sectores más vulnerables son los que cuentan con mano de obra calificada.
- Los ahorros y las inversiones familiares se reduce debido al incremento de los gastos de salud relacionados con el VIH/SIDA. Y este impacto trae como consecuencia la disminución de la calidad educativa, salud y nutrición en los niños, y a largo plazo declina el crecimiento económico y el desarrollo.
- La epidemia del SIDA también desvía el gasto público en inversiones en estructura y capital humano hacia los gastos en salud, que con el tiempo da como resultado un crecimiento más lento del producto interno bruto. Paralelamente, las inversiones extranjeras e nacionales privadas también podrían disminuir ya que los inversionistas potenciales están convencidos de que la epidemia está socavando seriamente la tasa de rendimiento de las inversiones.
- El VIH/SIDA profundiza aun más la pobreza en los países más afectados por dicha epidemia debido a la disminución de la tasa de crecimiento del ingreso per cápita y al empobrecimiento selectivo a los individuos y a las familias que están directamente afectados por esta enfermedad.

## **CAPÍTULO 4. RESPUESTA DE LA ONUSIDA ANTE EL VIH/SIDA 1996-2001**

La respuesta de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) frente al nuevo reto sanitario mundial fue muy lenta al principio. Desde 1981, la ONU fue notificada anualmente de los casos del VIH, sin embargo, sólo una persona de la Organización Mundial de la Salud (OMS) trabajaba en el área de enfermedades de transmisión sexual<sup>46</sup>. El primer conocimiento oficial de la nueva enfermedad dio como resultado una reunión en Dinamarca en octubre de 1983 a fin de valorar la situación epidemiológica en Europa; en seguida otra reunión se convocó en Ginebra a finales de 1983 para evaluar el problema mundial del SIDA. Durante dicha etapa el rol de la ONU a través de la OMS se limitaba meramente al monitoreo del desarrollo de la pandemia del VIH/SIDA.

Un memorándum interno de la OMS con fecha de 1983 menciona que no es necesario que la Organización se involucre en el caso de SIDA debido a que dicha condición está siendo bien manejada por los países más ricos del mundo, los cuales cuentan con los conocimientos adecuados, los recursos humanos necesarios y sobre todo, donde se encuentra la mayoría de los pacientes con esa enfermedad<sup>47</sup>.

### **4.1. ANTECEDENTES DE LA ONUSIDA**

En 1985, la Primera Conferencia Internacional sobre el SIDA se llevó a cabo en Atlanta, Georgia, Estados Unidos, organizada por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América (CDC por sus siglas en el inglés) y copatrocinada por la OMS y el Departamento de Salud de Estados

---

<sup>46</sup> Berridge V. *AIDS in the UK. The Making of Policy, 1981-1994*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

<sup>47</sup> Soni A K. *From GPA to UNAIDS: Examining the Evolution of the UN Response to AIDS*. Essay presented to the Committee on Degrees in Social Studies for a BA Honors degree, Harvard, 1998.

Unidos. En ese momento, 17,000 casos de SIDA habían sido reportados, y más del 80% eran de Estados Unidos; aunque existían evidencias de casos en muchos países africanos, la atención se centraba en los países occidentales.

En 1986, 5 años después de la primera notificación de enfermedades de SIDA por el CDC, la Secretaría Ejecutiva de la OMS instruyó a su Director General la tarea de buscar fondos para desarrollar actividades con la finalidad de enfrentar al VIH/SIDA. A partir de ese contexto político, los países patrocinadores de fondos trabajaban directamente con la OMS, la agencia designadas por la ONU para el combate de la pandemia, facilitando el intercambio de informaciones médicas y el suministro de asistencias; sin embargo, los países patrocinadores preferían la ruta multilateral debido a que no existía un programa internacional específico en el tema.

No obstante, los esfuerzos bilaterales para combatir al VIH/SIDA habían sido limitados a causa de las sensibilidades políticas de los países, a los conocimientos inadecuados, a la poca experiencia en el tema, y a problemas de recursos financieros y humanos que llevaron al entonces Director General de la OMS, el Dr. Halfdan Mahler a decidir formular un programa de la OMS con actividades centralmente planificadas<sup>48</sup>.

Por ello que en 1986 la OMS estableció el Programa de Control de SIDA, y el Dr. Mann, uno de los expertos en el tema del VIH/SIDA y entonces Director de Proyecto de SIDA en Zaire fue nombrado como Director para el programa de la OMS. El reto principal del nuevo programa era obtener fondos (como la mayoría de los programas nuevos de la OMS, el Programa de Control de SIDA no reciben recursos económicos directamente de la OMS) e incrementar la concientización de la población sobre la enfermedad y su impacto. Al interior de la OMS, la tarea no

---

<sup>48</sup> WHO GPA. *Reporto of the External Review of the World Health Organization Global Programme on AIDS*. Geneva: WHO GPA, 1992.

fue nada fácil; sin embargo, el Dr. Mann, persuasivo, logró convencer al Dr. Mahler, un escéptico, de la magnitud del problema del VIH/SIDA<sup>49</sup>.

En febrero de 1987, el Programa de Control de SIDA cambió de nombre a Programa Especial en SIDA; y en enero de 1988, se volvió a cambiar a Programa Global en SIDA (GPA por sus siglas en inglés) en reconocimiento del hecho de que no es un programa temporal ni de corto plazo. El mismo año se publicó "Estrategias Globales de SIDA", que contenía 3 objetivos:

1. Prevenir la infección del VIH;
2. Reducir el impacto personal y social del VIH;
3. Movilizar y unificar los esfuerzos nacionales e internacionales en el combate al VIH.

Desde su creación, el GPA nunca consideró al VIH/SIDA como un problema médico aislado. En 1987, en el marco de la Asamblea General de la ONU (en la que por primera vez una enfermedad se discutían en dicho foro), el Director General de la OMS se refirió el impacto del SIDA en los ámbitos sociales, económicos, demográficos, culturales y políticos, que alcanzaba proporciones de pandemia, lo cual demandaba una respuesta coordinada por la ONU, y que será la OMS quien llevaría la batuta del combate contra esa enfermedad en una forma directa, coordinada y urgente<sup>50</sup>, por lo que la Asamblea General de las Naciones Unidas designó a la OMS como el organismo rector en la respuesta mundial al VIH/SIDA, mientras que el papel de GPA era proporcionar liderazgo y coordinar las actividades conjuntas de los organismos de las Naciones Unidas.

A lo largo de su administración, el GPA reconocía el trabajo conjunto de diversos organismos dedicados al combate del VIH/SIDA, por lo que se había dado a la

---

<sup>49</sup> En agosto del mismo año, el Dr. Mahler, anunció: "Nosotros estamos desnudos frente a una pandemia tan mortal sin precedente. Con el mismo espíritu de que la OMS dirigió la erradicación de la viruela, la OMS dedicará su energía, el compromiso y la creatividad en una forma más urgente en la tarea de la prevención mundial del SIDA". En diciembre de ese año, se anunció en una conferencia de prensa en Nueva York que el SIDA presenta "una reto sin precedentes para la salud pública".

<sup>50</sup> UNIDS/WHO. *AIDS epidemic update*. Geneva, 2007.



tarea de colaborar directamente con las organizaciones no gubernamentales y redes de personas con VIH tanto nacionales como internacionales. Y el GPA participó directamente en el establecimiento del Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios de SIDA (ICASO por sus siglas en inglés) y la Red Global de Personas que viven con el VIH/SIDA (GNP+ por sus siglas en inglés).

Dentro del campo de acción del GPA, también se consideraron las perspectivas de derechos humanos, ya que según el entonces director, “si nosotros no protegemos los derechos humanos de las personas infectadas, entonces estamos comprometiendo el éxito de nuestros esfuerzos en la lucha contra el SIDA”. El GPA utilizó las normas de derechos humanos existentes para presionar a los estados miembros a adoptar prácticas que garantizara la salud pública en el campo del VIH/SIDA.

#### **4.1.1. Creación de la ONUSIDA**

"Debido a su urgencia y magnitud, debido a su situación socioeconómica compleja y las raíces culturales, a causa de la negación y la complacencia que todavía rodea al VIH, así como el ocultismo y los tabús a través de los cuales se extiende, debido a la discriminación y violaciones de los derechos humanos que enfrentan a las personas afectadas ... en definitiva, sólo un programa especial de las Naciones Unidas será capaz de orquestar una respuesta mundial a la epidemia de rápido crecimiento de una enfermedad temida y estigmatizada cuyas raíces y ramificaciones se extienden prácticamente a todos los aspectos de la sociedad"<sup>51</sup>.

Por ello el 26 de julio de 1994, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) aprobó formalmente la creación del nuevo Programa Conjunto

---

<sup>51</sup> UN Economic and Social Council (1995). Paper E/1995/71, 19 May.

constatado en la Resolución 1994/24. En dicho documento también se enumeran los seis objetivos del programa recién creado:

- Proporcionar un liderazgo mundial en respuesta a la epidemia.
- Lograr y promover un consenso mundial sobre políticas y programas específicos.
- Fortalecer la capacidad para monitorear las tendencias y asegurar que políticas apropiadas y eficaces así como las estrategias se apliquen a nivel nacional en los países miembros.
- Fortalecer la capacidad de las entidades gubernamentales para desarrollar estrategias nacionales amplias y la implementación efectiva de las actividades en contra del VIH/SIDA.
- Promover una amplia movilización política y social a fin de prevenir y responder al VIH/SIDA.
- Promover un mayor compromiso político a nivel mundial y nacional que incluye movilización y asignación adecuada de recursos.

La resolución destaca la vital importancia del copatrocinio de los seis organismos en la realización del Programa Conjunto basada en la copropiedad, la planificación de colaboración, de ejecución, y un reparto equitativo de la responsabilidad.

Los copatrocinadores compartirán la responsabilidad para el desarrollo del programa, contribuir de manera igualitaria a su dirección estratégica y recibir de él la política y directrices técnicas relacionadas con la ejecución de sus actividades del VIH/SIDA. De esta manera, el programa también servirá para armonizar las actividades del VIH/SIDA de los copatrocinadores. La resolución también enfatizó en qué se debe dar prioridad a las actividades del Programa a nivel país de acuerdo a los seis objetivos.

Para verano de 1994, ECOSOC había establecido un calendario con el propósito de garantizar que el nuevo Programa Conjunto estaría en funcionamiento antes del 1 de enero de 1996, por lo que empezó el trabajo interinstitucional entre los

seis organismos de la ONU a fin de desarrollar los planes para el nuevo programa. El grupo de trabajo fue formalizado como Comité de Organizaciones de Copatrocinadores (CCO), integrado por los secretarios de los seis organismos y se rotaban la responsabilidad con la finalidad de supervisar la transición a la plena aplicación del Programa Conjunto.

En diciembre de 1994, el Dr. Peter Piot, un científico belga destacado, quien había sido Director de la División de Investigación en el GPA desde 1992, fue nombrado por el entonces Secretario General de la ONU Boutros-Ghali como el Secretario del Programa Conjunto.

A principios de julio de 1995, el ECOSOC adoptó una resolución invitando a cinco organizaciones no gubernamentales que fueron seleccionadas por las propias organizaciones no gubernamentales a fin de a participar en el Programa Conjunto, tres de los cuales provenían de países subdesarrollados. Esta fue una decisión histórica, puesto que la ONUSIDA fue, y sigue siendo, el único organismo de la ONU con representantes de organizaciones no gubernamentales en su órgano rector.

En febrero de 1995, el Dr. Piot convocó a una reunión con sus colaboradores anteriores en el Lago Como, Italia, la cual tuvo como objetivo discutir estrategias y tácticas en el combate contra el VIH/SIDA. En términos de estrategia, el consenso de la reunión fue que el ONUSIDA debía tener un enfoque importante en la promoción política y en el trabajo con la sociedad civil a nivel local, regional y mundial. La Secretaría del ONUSIDA planeó una serie de consultas regionales que traería a todos los actores en la respuesta al VIH/SIDA; asimismo durante esa reunión, se eligió el nombre de ONUSIDA para la nueva organización de la ONU.

A lo largo de 1995, el personal de la ONUSIDA se reunió con las principales organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo del VIH/SIDA, como la Red Global de Personas viviendo con VIH (GNP+); la Alianza

Internacional del HIV/SIDA y la Organización de Soporte al SIDA (TASO) en Uganda. En materia financiera, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés) aportó USD 500,000 a la ONUSIDA con la finalidad de efectuar el seguimiento de la Cumbre de París sobre el SIDA en el que se acordaron los principios de GIPA<sup>52</sup>. Estos fondos se utilizaron principalmente para el fortalecimiento y apoyo a las redes de las organizaciones no gubernamentales y personas que viven con el VIH, el ICASO y la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con el VIH/SIDA.

#### **4.1.2. La primera reunión del Consejo de Coordinación del Programa (PCB por sus siglas en inglés)**

Julio de 1995 fue testigo de otra etapa crucial en el desarrollo de la ONUSIDA. En la PCB el Dr. Piot recordó a todos que la epidemia es una de las principales tragedias de nuestro tiempo, y continua siendo invisible creciendo a un ritmo de más de 8,000 nuevas infecciones al día, y ningún país podrá aislarse de las ondas de choque del VIH/SIDA. Gran parte de los debates de la junta fueron sobre la forma de trabajo de la ONUSIDA, así como sus planes y sus objetivos, tomando en cuenta la epidemia: se estimaba que 17,9 millones de personas vivían con el VIH en el año 1995.

El primer informe del Dr. Piot como Director Ejecutivo de la nueva organización, enfatiza las características únicas de la epidemia del VIH/SIDA. A diferencia de la viruela, por ejemplo, la epidemia no es susceptible de un simple control biomédico con una vacuna o un tratamiento médico. La pandemia del VIH/SIDA ha sido más

---

<sup>52</sup> GIPA, es una organización internacional denominada Mayor Participación de Personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA; se formalizó en la declaración firmada por 42 países en la Cumbre de París sobre el SIDA el 1 de diciembre de 1994. Su principio está basando en los "Principios de Denver" (adoptados en el Segundo Foro Nacional sobre el SIDA celebrada en Denver, Estados Unidos en junio de 1983, los cuales abogan por los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA que reciban apoyo cuando son víctimas de estigma y discriminación relacionados con el SIDA), subrayando la importancia de la participación de personas que viven con el VIH en la formulación de políticas y la programación en torno a la epidemia.

devastadora que otras infecciones de transmisión sexual, tales como la sífilis, la gonorrea; sin embargo, se han implementado con éxito los diversos programas de prevención del VIH/SIDA en las organizaciones de base comunitaria y organizaciones no gubernamentales al combinar varios métodos - la promoción del condón, información sobre el VIH/SIDA a través de los medios de comunicación, el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual con el propósito de crear un ambiente de apoyo e informado en las personas-, y en consecuencia se sienten motivados y capacitados para participar en un comportamiento sexual seguro.

No obstante, debido a que la mayoría de los programas de prevención son de pequeña escala, sumando de que en casi todos los países afectados habían retos de negación, el estigma y la falta de compromiso político, además de la existencia de factores socioeconómicos y políticos tales como la pobreza, la desigualdad de género, conflictos armados y la migración forzada que constituyen una serie de obstáculos para la aplicación adecuada de los programas relacionados al VIH/SIDA.

También durante esta reunión, la ONUSIDA planeó tres roles que se refuerzan y aplicarán a las actividades a nivel país, multinacional y mundial:

- La nueva organización será una fuente importante de políticas en materia del VIH/SIDA a nivel global.
- Desarrollar, promover y fortalecer las medidas aplicadas y la investigación en torno al VIH/SIDA.
- Ofrecer soporte técnico con el objetivo de fortalecer las capacidades de una amplia respuesta del VIH/SIDA, particularmente en los países de medianos y bajos ingresos.

La ONUSIDA no solamente espera que se centre la atención del mundo sobre la pandemia con la finalidad de lograr compromisos políticos, sino también pretende garantizar una respuesta ampliada del VIH/SIDA a nivel nacional en los países

miembros, de base desarrollada y multisectorial de tal manera que se incorporen los aspectos del VIH/SIDA en todos los aspectos de la planificación económica y desarrollo humano. Estos objetivos se basan en el trabajo conjunto de los seis copatrocinadores en todos los niveles en forma armónica y solidaria, que permite a la ONUSIDA cimentar en las ventajas de cada uno de sus copatrocinadores, con la finalidad de ofrecer una respuesta coordinada y bien desarrollada a la pandemia de la humanidad en la actualidad.

En la reunión, el PCB decidió otorgar a la ONUSIDA el presupuesto de USD140 millones a fin de llevar a cabo sus actividades en el bienio de 1996-1997. Por lo que para finales de 1995, un gran número de funcionarios de ONUSIDA habrían sido contratados, que incluía personal académico, periodistas, activistas, investigadores, etc. La amplia base de personal en la nueva organización trajo con ellos una experiencia enriquecedora que refleja la mira de la ONUSIDA en una amplia coalición al nivel nacional y mundial en el combate al VIH/SIDA.

#### **4.2. 1996-1997, INICIO DE ACTIVIDADES EN LA ONUSIDA**

En 1996, la epidemia se había extendido a todas las regiones del mundo. África subsahariana era la zona más afectada con casi 15.4 millones de personas que vivían con el VIH. En Asia, cerca de 1.8 millones de personas vivían con el VIH, y más de un millón en América Latina y el Caribe, mientras en América del Norte, Europa occidental central con 1.5 millones; el norte de África y Oriente Medio, con cerca de 300,000, y en Europa del Este y Asia Central, más de 80,000<sup>53</sup>.

Ante esos datos catastróficos, en 1 de enero de 1996, después de una serie de reuniones, informes, grupos de trabajo, conversaciones, y teleconferencias alrededor del mundo, la ONUSIDA entró en funcionamiento, con una plantilla de

---

<sup>53</sup> UNAIDS. *Resource Tracking Consortium*. Geneva: UNAIDS, 2004.

personal que constaba de 91 funcionarios en el Secretariado con sede en Ginebra y otros 10 en diversas regiones.

La pandemia del VIH/SIDA se había convertido en un problema de salud pública complejo. Sin embargo, a pesar de la diversidad de las epidemias, los impactos para los individuos, las familias y las sociedades eran muy similares. El efecto económico en las familias es a menudo devastador; la pérdida de ingresos debido a una enfermedad se vio agravada por el costo de los medicamentos, la atención médica y muy probablemente, el del funeral.

También había cada vez más pruebas de las consecuencias de la epidemia en las economías de los países, al aumentar el número de enfermos e inclusive en personas en edad productiva. La productividad disminuyó drásticamente, los ingresos tributarios sufrieron decrementos, mientras que las demandas sobre los servicios de salud aumentaron. Particularmente en África, el número de niños huérfanos por el SIDA ha crecido, y al mismo tiempo la vulnerabilidad de la mujer a la infección por el VIH se fue incrementando<sup>54</sup>. Los países necesitaban desesperadamente de ayuda específica.

En consecuencia, una fuerte respuesta nacional frente a la pandemia se podría lograr a través de la coordinación de los esfuerzos de la ONU, con el respaldo de los seis organismos copatrocinadores. Dicha coordinación incorporaría la labor normativa en materia de política, estrategia y técnica realizadas por la ONUSIDA a nivel mundial en sus actividades relacionadas con el VIH/SIDA y en los países, y promover acciones de colaboración entre los organismos de las Naciones Unidas a través del Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA.

---

<sup>54</sup> A mediados de 1996, ONUSIDA estimó que las mujeres representaban más del 47% de los casi 21 millones de adultos que viven con VIH. En África particularmente, las mujeres jóvenes (15-24 años) fueron más susceptibles a la infección, puesto que éstas superaban en número a los hombres en una proporción de 2:1.

#### **4.2.1. El Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA**

El Grupo Temático de las Naciones Unidas estaba compuesto por los jefes de los organismos copatrocinadores de la ONU en los diferentes países así como por los Asesores de Programa de ONUSIDA en dichos países, y se encargaba de planificar, gestionar y supervisar las acciones del sistema de las Naciones Unidas en el país, así como fortalecer la interfaz entre la ONU y los diversos mecanismos nacionales de coordinación en materia del VIH/SIDA. Los grupos temáticos también fungían como punto de vinculación entre los países a la política mundial y los foros de investigación. Un importante papel de los Grupos Temáticos fue apoyar a los gobierno en la formulación de un plan estratégico nacional con el propósito de combatir la epidemia, así como la obtención de recursos necesarios para llevar a cabo el plan.

El Grupo Temático ha sido el mecanismo para la expresión de la colaboración de las Naciones Unidas y la acción conjunta, con el objetivo de hacer el mejor uso de sus recursos colectivos; dada la mixtura de habilidades técnicas que se pueden movilizar a través de los diferentes organismos, el Grupo Temático ofrece una plataforma única para apoyar a los países.

La creación del Grupo Temático sobre el VIH/SIDA fue bien recibida por agrupaciones de la sociedad civil, especialmente en los países donde estos grupos fueron aislados por el gobierno o no jugaban un papel importante. En India, por ejemplo, los grupos ya eran muy activos y abiertos, particularmente entre los grupos marginados, como los trabajadores sexuales, usuarios de drogas y los hombres homosexuales; sin embargo, el gobierno de India tenía dificultades para vincularse con estos grupos, por lo que la llegada de ONUSIDA, específicamente, la oficina de ONUSIDA en el país, representó un nuevo amanecer en materia del combate contra el VIH/SIDA.



Dentro del Grupo Temático, los Asesores del Programa de ONUSIDA desempeñaron en los países un rol destacado, en el que apoyaba al Grupo Temático en el desempeño de sus funciones, así como proporcionar apoyo técnico y de gestión a los países, la promoción de políticas y estrategias de ONUSIDA, y facilitando la identificación de apoyo técnico y capacitación por parte de ONUSIDA y sus copatrocinadores.

#### **4.2.2. Colección de datos epidemiológicos**

Resulta esencial la recopilación y difusión de estudios epidemiológicos confiables para la labor de promoción de ONUSIDA, a nivel mundial y en los países, y al mismo tiempo ilustrar y predecir (principalmente a través de modelos matemáticos) el desarrollo y el impacto de la epidemia.

Ante tal reto, la responsabilidad de la gestión de las estadísticas de prevalencia se trasladó de la OMS a la ONUSIDA, y éste comenzó a colaborar con los distintos grupos importantes que trabajaban sobre el tema del VIH/SIDA alrededor del mundo.

En noviembre de 1996, el Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS en VIH/SIDA Global y la Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual (STI) inició la coordinación y el mecanismo de implementación para recopilar la mejor información disponible y mejoramiento de la calidad de la datos necesarios para la toma de decisiones informadas y la planificación de acciones en materia del VIH/SIDA a nivel mundial.

#### **4.2.3. 11ª Conferencia Internacional de SIDA**

La 11ª Conferencia Internacional de SIDA se llevó a cabo en Vancouver, Canadá en julio de 1996; este magno evento, donde participaron más de 15,000

delegaciones y 2,000 miembros de la comunidad internacional de medios de comunicación, representó una gran oportunidad para ONUSIDA.

Durante la ceremonia de apertura el Dr. Peter Piot anunció que seguía siendo inaceptable que personas que viven con SIDA, sobre todo -pero no sólo- en los países en desarrollo, tienen que vivir sin los medicamentos esenciales que necesitan para sus enfermedades derivadas del VIH/SIDA, por lo que una acción audaz se necesitaba en muchos aspectos.

Esta fue la primera vez que un alto funcionario de la ONU había declarado que el acceso al tratamiento aplicado en los países de medianos y bajos ingresos era una cuestión política, en donde el tipo de visión requeriría la movilización a escala mundial. Sin embargo, esto no ocurriría en un lapso corto, sino sólo después de amplias negociaciones entre altos funcionarios de la ONU, los líderes políticos, los presidentes ejecutivos de las grandes firmas farmacéuticas, activistas de la materia, así como los países en conjunto del norte y sur de planeta.

Esta conferencia fue, sin duda, un éxito para la ONUSIDA, pues ayudó al posicionamiento de la organización como un punto de referencia clave en materia del VIH/SIDA. Vancouver fue la primera conferencia internacional sobre SIDA en el que hubo participación activa de los países en vías de desarrollo, e indudablemente, la intervención de ONUSIDA ha contribuido a este cambio en esta perspectiva.

#### **4.2.4. El establecimiento de una amplia coalición**

En el seguimiento de la epidemia, la ONUSIDA se convertiría en una fuente política importante de interés mundial en materia del VIH/SIDA, y promovería una gama de enfoques multisectoriales e intervenciones que son estratégicamente

éticos y técnicos, tales como la prevención específica, atención y apoyo destinado a la pandemia.

Uno de los objetivos principales de la ONUSIDA fue trabajar con una amplia coalición de personas y organizaciones involucradas con el VIH/SIDA. En 1995, fuertes vínculos se habían hecho con organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de base comunitaria, organizaciones y redes de personas que viven con el VIH. Ahora la ONUSIDA comenzó a llegar a otros actores de la sociedad civil.

En 1996, los funcionarios comenzaron a hacer contactos con instituciones religiosas, incluyendo el Vaticano. El acercamiento a la Iglesia Católica Romana fue a través de una organización no gubernamental del Reino Unido, Caritas Internationalis, una confederación de más de 160 organizaciones católicas de desarrollo y de servicio social que tienen como objeto trabajar para construir un mundo mejor, especialmente para los pobres y oprimidos en más de 200 países y territorios.

El Dr. Piot junto con Sally Cowal, Directora de Relaciones Exteriores de la ONUSIDA sostuvieron dos reuniones con el Cardenal Lozano Barragán, Presidente de la Comisión Pontificia para la Atención Pastoral, durante 1996 y 1997. A lo largo de las reuniones los funcionarios de la ONUSIDA comentaron que, a pesar de que la iglesia continuaba aclarando que ningún método de anticoncepción debería utilizarse, sin embargo, existe un bien mayor en esto, y que la utilización de los condones pueden salvar la vida. Aunque la Iglesia sintió recelos sobre el uso de los preservativos, no obstante, en los años siguientes, la ONUSIDA trabajó estrechamente con una amplia gama de organizaciones de base confesional con mayor apertura y diálogo.

Mientras tanto, el sector empresarial global necesita comprender que la participación en la respuesta al VIH/SIDA no es simplemente una cuestión de

preocupación humanitaria, sino que también afecta a sus intereses económicos, por lo que en diciembre de 1996, la ONUSIDA celebró una reunión para las empresas y otras instituciones interesadas en una respuesta al VIH/SIDA de la comunidad de negocios. Sin embargo, existía mucha incertidumbre entre los altos ejecutivos empresariales acerca de si a la ONUSIDA realmente le interesa la movilización verdadera de las empresas en el combate contra el VIH/SIDA, o simplemente su finalidad era para recaudar fondos.

Ante dicha incertidumbre, en febrero de 1997, la ONUSIDA aprovechó la oportunidad ideal en una reunión de líderes empresariales, así como políticos de alto nivel -Reunión Anual de Foro Económico Mundial- que se llevó a cabo en la aldea alpina de Davos, Suiza. Durante el foro, el Dr. Piot participó en la sesión plenaria junto con Nelson Mandela<sup>55</sup> y Sir Richard Sykes, CEO de GlaxoWellcome, en donde enfatizó los impactos del VIH/SIDA y la importancia de la participación de los empresarios en su combate. El foro fue crucial para la posterior negociación con las grandes compañías farmacéuticas sobre la iniciativa de Acceso a los Medicamentos que orquestó la ONUSIDA.

#### **4.2.5. La Campaña Mundial contra el SIDA**

Desde 1988 en que la OMS declaró el 1 de diciembre como Día Mundial del SIDA, este día se ha convertido en uno de los conmemorativos con mayor éxito, y es reconocido y celebrado en todo el mundo. En 1997, consciente de la necesidad anual de actividad de campañas publicitarias contra el SIDA, la ONUSIDA, y sus copatrocinadores puso en marcha la Campaña Mundial contra el SIDA con el objetivo de lograr más resultados tangibles en la promoción en el largo plazo. La campaña tenía como propósito realizar el mejor uso de los recursos disponibles al tiempo que alcanzara e impactara en los esfuerzos a fin de movilizar a las

---

<sup>55</sup> En el Foro, Nelson Mandela declaró "si usted no hace nada referente al SIDA, entonces usted puede olvidarse sobre el desarrollo".

sociedades en todo el mundo. La Campaña Mundial contra el SIDA de cada año cuenta con temas diferentes que sirven de plataforma para los países, así como la adaptación de los materiales promocionales de acuerdo a las circunstancias locales.

En 1997, el tema de la Campaña Mundial contra el SIDA fue "Los niños que viven en un mundo con SIDA", enfatizando que los niños constituyen el grupo más vulnerable. Dicha campaña utilizó los datos recopilados de todo el mundo, y centró la atención del público en el enorme impacto que la epidemia ya estaba teniendo sobre los niños, así como su complejidad y diversidad en diferentes contextos.

En los años siguientes, los temas fueron "Los hombres marcan la diferencia" (2000-2002), con el objetivo de que los hombres participaran más activamente contra la pandemia; "El estigma y la discriminación" (2003) y "Mujeres, niñas, VIH y el SIDA "(2004). La Campaña Mundial contra el SIDA tiene una gran penetración en todo el mundo, con eventos y campañas que tienen lugar durante todo el año en la mayoría de los países.

En 2005, la responsabilidad de dirigir la campaña fue entregada por la ONUSIDA a una organización independiente, conocida como la Campaña Mundial contra el SIDA, con sede en Ámsterdam, y el Comité Directivo Mundial establece la dirección estratégica de la campaña. Su tema, hasta 2010, es "Detenga el SIDA: Mantener la promesa", un llamado a los gobiernos y a los responsables políticos para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se acordaron en las Naciones Unidas en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) en 2001.

Para sensibilizar a la comunidad de empresarios en el tema de la pandemia, el Dr. Piot presentó en diversas reuniones internacionales de empresas, las sombrías estadísticas para ilustrar cómo el SIDA está afectando a las empresas y dio ejemplos de empresas que ya estaban tomando acción; al mismo tiempo invitó a

los líderes presentes a involucrarse, y crear posteriormente junto con la ONUSIDA el Consejo Empresarial Mundial, el cual no sólo recauda fondos para el combate sino también moviliza a las compañías en el combate del VIH/SIDA.

#### **4.2.6. La Iniciativa de Acceso a los Medicamentos: medicamentos accesibles para los países más pobres**

En la 11ª Conferencia Internacional de SIDA en 1996, tras el anuncio acerca de la combinación simultánea y tomada de manera regular de tres o más medicamentos antirretroviral como una medida efectiva para controlar los casos de SIDA en pacientes que están infectados por el VIH, existía la presión de proporcionar acceso al tratamiento a todos los que lo necesitaban. Pero los costos de los medicamentos eran muy altos, aún para los países que estaban dispuestos a considerar la aportación de estos medicamentos, pues tendrían que soportar los enormes gastos en un contexto de recursos muy limitados para el sector de salud, que traería como consecuencia la supresión de otros programas de salud diferente al VIH/SIDA.

Ante esta situación, la ONUSIDA creó la Iniciativa de Acceso a los Medicamentos de VIH en noviembre de 1997, y fue una colaboración entre la ONUSIDA y las firmas farmacéuticas con el propósito de desarrollar estrategias para aumentar el acceso a los medicamentos antirretrovirales en los países de medianos y bajos ingresos.

La ONUSIDA inició el primer proyecto piloto en materias de tratamiento antirretroviral en Chile, Costa de Marfil, Uganda y Vietnam, así como una campaña para reducir el precio de los medicamentos. Las compañías farmacéuticas fueron invitadas a suministrar los medicamentos a precios subsidiados, por lo general alrededor de 40% por debajo del precio establecido en los países desarrollados, haciendo que el costo del tratamiento oscilara entre USD 10,000 a USD 12,000

por persona por año. Al mismo tiempo, la ONUSIDA trataba de adaptar la infraestructura de salud en estos países con la finalidad de garantizar una distribución eficaz de los medicamentos antirretrovirales.

Bajo la Iniciativa de Acceso a los Medicamentos Antirretrovirales, los precios de la terapia triple bajaron a cerca de USD 7,200 por un tratamiento de un año, haciendo que las empresas involucradas en la pandemia del VIH/SIDA a ser partícipes en la iniciativa de precios y respetar el principio de fijación de precios diferenciado para los países de medianos y bajos ingresos.

#### **4.3. 1998-1999 CAMBIO EN EL ÁMBITO POLÍTICO**

A principios de 1998, las estadísticas sobre la epidemia eran mucho peor que lo estimado, sobre todo en el África subsahariana, donde por las muertes por el VIH/SIDA se había elevado la tasa de mortalidad, sobre todo entre los adultos jóvenes, un patrón que sólo se observaba en tiempos de guerra<sup>56</sup>. En un taller de impacto demográfico realizado en el Banco Mundial durante enero de 1998, organizado por el secretariado de ONUSIDA, con la finalidad de incrementar la participación del Banco Mundial, varios informes habían sugerido que en algunos países de alta prevalencia, la esperanza de vida al nacer había comenzado a decrecer a niveles que no se han vistos desde la década de 1960. El VIH/SIDA pasó de ser una grave crisis para la salud a una problemática para el desarrollo humano de gran escala. Los modelos de salud pública creados para las enfermedades tales como la viruela y la poliomielitis no serían suficientes para contener y revertir esta epidemia. Por lo que una reforma en la política del sistema de salud será necesaria y urgente.

---

<sup>56</sup> UNAIDS, *Reporte del Director Ejecutivo para la Sexta Reunión de PCB de ONUSIDA*. Ginebra: UNAIDS, 1998.

Por ello este periodo se caracterizó por el esfuerzo conjunto entre la labor de los activistas y las acciones de ONUSIDA, especialmente en el ámbito de la promoción política, contribuyendo así a un cambio de actitud frente a la epidemia. Estas actividades a su vez dieron lugar a acontecimientos significativos al inicio del siglo XXI.

A finales de 1999, un gran número de dirigentes -presidentes y primeros ministros, así como líderes de la sociedad civil- comenzaron a hablar acerca de la epidemia y demostraron el compromiso para su combate. En algunos países, éste fue el resultado de las negociaciones diplomáticas tras bambalinas entre la ONUSIDA y los dirigentes políticos tanto de los países del Sur y como los del Norte, en donde la paciencia y la persistencia fueron puntos clave.

#### **4.3.1. Alianzas**

La ONUSIDA trabaja de manera conjunta no solamente con organizaciones no gubernamentales y el sector privado (en particular con las empresas farmacéuticas), sino también incluye a las redes de personas que viven con el VIH, con el propósito de impulsar las actividades a la más alta nivel de las normas técnicas, animando un objetivo común y una visión integral.

La ONUSIDA apoyó y trabajó con diversas redes de personas con el VIH positivo, incluyendo la Red de Africanos que viven con el VIH/SIDA y la Red Regional Asia-pacífico de Personas que viven con el VIH/SIDA. En colaboración con los Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Red de Africanos que viven con el VIH, el ONUSIDA apoyó un proyecto piloto en Malawi y Zambia, donde las personas con VIH positivo servían como voluntarios de las Naciones Unidas (ONU). Estos voluntarios fueron ubicados en los ministerios gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, con el objetivo de incrementar la eficacia de los programas



nacionales, asegurando que la experiencia y el conocimiento de los directamente afectados contribuyera al desarrollo de políticas nacionales frente la pandemia mundial<sup>57</sup>. Estos proyectos también dieron al VIH un rostro humano y al mismo tiempo para reducir el estigma.

El fruto del proyecto de trabajo con la Organización de Mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA (GIPA por sus siglas en inglés) es una alianza entre la ONUSIDA, el PNUD, el Programa VNU y la OMS. El propósito fue colocar a los hombres y mujeres con VIH en distintas organizaciones tanto en los sectores públicos como los privados, ayudando a establecer, revisar o enriquecer las políticas de trabajo y programas existentes sobre el VIH/SIDA. Con ello se promovía el principio de GIPA y el apoyo a los planes de gobierno sudafricano para combatir el estigma, aumentar la participación de las personas seropositivas y el soporte de todos los sectores de la de la sociedad para formar una asociación contra el VIH/SIDA.

En este proyecto, el PNUD se encargó de gestionar la ejecución, promoción, vigilancia y estrategias de evaluación, para establecer estructuras de apoyo para los trabajadores de GIPA, así como en el ámbito económico, otorgando una ayuda monetaria a los trabajadores de U\$ 500 por persona por mes; y la OMS proporcionó alojamiento y equipo para el proyecto.

En estos proyectos sobran los ejemplos de personas que viven con VIH que lucha por sus derechos, educación, y contribuyendo de manera significativa a sus comunidades, mejorando su autoestima, autoconfianza y autoafirmación<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> UNAIDS. *Reporte de Progreso, 1996-1997*. Ginebra: ONUSIDA, 1997.

<sup>58</sup> La estrella del Proyecto GIPA es Lucky Mazibuko, cuya colocación fue en el periódico *The Sowetan*. Él siempre había estado interesado en la literatura y había editado una revista en su escuela. Ahora escribe una columna referente a vivir con el VIH en este periódico, y recibe un gran número de correspondencias de lectores que son positivos o son afectados por el VIH. En 2002, él y Njoko presentaban una serie de televisión sobre VIH positivo, transmitido por el canal de televisión nacional SABC2. El programa se centraba en el estigma, la discriminación, la atención y apoyo a las personas afectados por el VIH/SIDA.

#### **4.3.2. Trabajar con organizaciones religiosas**

En muchos países, especialmente en África, desde el inicio de la epidemia, las iglesias y las organizaciones religiosas han desempeñado un papel importante en la atención y el apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA. Sin embargo, paradójicamente gran parte del estigma dirigido a las personas con VIH/SIDA proviene de las mismas organizaciones.

La ONUSIDA ha trabajado constantemente en esta etapa para hacer partícipes y colaboradores a una amplia gama de organizaciones religiosas, entre ellas el budismo, el cristianismo, el hinduismo y el Islam. En 1998, la ONUSIDA en colaboración con la comunidad espiritual islámica en Uganda, realizaron una serie de programas de prevención dirigidos por o en relación con los imanes, con la finalidad de mejorar la situación de la mujer y promover el uso del condón. Y en enero de 1999, la ONUSIDA firmó un memorando de entendimiento con Caritas Internationalis, en el cual se fomentaría la cooperación en una respuesta al VIH/SIDA a nivel local, nacional e internacional.

La ONUSIDA ha trabajado con la iglesia católica en los diferentes niveles durante los últimos 10 años a pesar de los inevitables desacuerdos con esta entidad religiosa sobre el uso del preservativo. Y el Director Ejecutivo ha visitado el Vaticano en tres ocasiones y ha desempeñado un papel clave para trabajar en todos los sectores, y elevando la respuesta del combate al VIH/SIDA por encima de los desacuerdos ineludibles.

#### **4.3.3. Estrecha colaboración con los copatrocinadores**

En mayo de 1998, en la reunión de PCB que se llevó a cabo en Ginebra, el Grupo Temático subrayó la importancia de implementar un plan de trabajo integrado por

la colaboración entre los copatrocinadores y la ONUSIDA, el cual resulta esencial para expandir la respuesta en el combate contra el VIH/SIDA.

En este sentido la ONUSIDA ha trabajado de manera distinta con los copatrocinadores, beneficiando ventajas de cada uno de ellos, en los cuales se resaltaron los casos con Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFAPA por sus siglas en inglés) y la Oficina en Drogas y Crimen de Naciones Unidas (UNODC por sus siglas en inglés).

Durante la 1ª Conferencia Internacional en Población y Desarrollo (ICPD) en 1994, la comunidad internacional se dio cuenta de la falta de objetivos específicos en la lucha contra el VIH/SIDA, por lo que en 1999 el comité organizador de ICPD publicó un documento en donde se aclaran los objetivos para la prevención del VIH, señalando que los gobiernos con la asistencia de la ONUSIDA y los donantes deberían en 2005, garantizar que al menos el 90%, y en 2010 al menos el 95% de hombres y mujeres jóvenes entre 15 a 24 años de edad tengan acceso a la información, educación y servicios necesarios para desarrollar las habilidades de vida con la finalidad de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH .

De esa manera, el trabajo conjunto entre UNFPA y ONUSIDA, ha contribuido para asegurar el vínculo existente entre la salud sexual, reproductiva y el VIH. Y con dicha colaboración ha llevado a un nivel más destacado el tema del VIH en los trabajos de UNFPA.

La UNODC fue admitida como el séptimo copatrocinador de ONUSIDA en 1999. Aunque las labores de la UNODC se centraron principalmente en la delincuencia y cuestiones de suministro de drogas, pero también existía una pequeña área que se encargaba de monitorear la demanda de reducción, y dentro de sus acciones, la UNODC decidió examinar las cuestiones relacionadas con la Prevención del VIH. Y desde este punto de vista UNODC ha tenido un papel importante en los labores de ONUSIDA; el caso más destacado fue el de Pakistán.

En 1998, Pakistán era un país con una prevalencia de VIH/SIDA muy baja –menos del 1%-; sin embargo, UNODC detectó un factor potencialmente importante de la infección, que es el consumo de drogas intravenosas. Un estudio llevado a cabo junto con el gobierno de Pakistán había indicado que existían aproximadamente 500,000 consumidores de heroína en el país, y la preocupación se centraba en las posibilidades de transmisión del VIH en esa población. Así que empezaron los trabajos conjuntos entre UNODC y ONUSIDA.

Las dos organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, de inmediato entraron en acción con los esfuerzos de promoción junto con el gobierno local; comenzaron a hacer programas de televisión, publicaciones en los periódicos, celebración de conferencias de prensa, y al mismo tiempo, se inició un proyecto piloto de reducción de daños. Este proyecto piloto recibió solo alrededor USD 70,000 por un año, que fue utilizado para el intercambio de agujas y una amplia gama de intervenciones de reducción de daños, tales como la asistencia sanitaria básica, la asesoría, el suministro de preservativos, y la referencia para el tratamiento de las adicciones.

El proyecto fue considerado un éxito por todos los involucrados, incluyendo el Gobierno de Pakistán, que incorporó la reducción de daños en su Plan Nacional de control de drogas. Y expandió el proyecto en otras ciudades del país. Posteriormente, mediante la promoción permanente de las Naciones Unidas, la sociedad civil, el Gobierno de Pakistán a través del Programa Nacional de Control de SIDA, y la participación del Banco Mundial dieron un componente significativo de apoyo para la respuesta nacional al SIDA con un enfoque integral a la infección por VIH entre usuarios de drogas.

#### **4.3.4. Colaboración horizontal**

En comparación con el GPA, que envió a cientos de consultores extranjeros para

asesorar a los ministerios de la salud, la ONUSIDA ha limitado los recursos de asistencia técnica que ofrecen a los países. En cambio promovió una estrategia de fortalecimiento y apoyo a las redes de recursos técnicos (es decir, de los consultores y las instituciones que ofrecen soporte técnico) dentro de las regiones y países. Esto es otra manera de fortalecer las capacidades institucionales en los países y promover la particularidad de cada país en respuesta al VIH/SIDA, en lugar de favorecer la imposición de ideas y expertos de los países del Norte.

El ejemplo más exitoso de esa asistencia fue el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal, lo cual es establecido por los directores de programas nacionales contra el SIDA en América Latina y el Caribe para facilitar la colaboración en temas como la epidemiología, la atención sanitaria, la asesoría y la planificación estratégica nacional. Y este grupo se basa en el intercambio de ideas y el principio de la igualdad. ONUSIDA ha apoyado esta iniciativa desde el principio, y hoy en día existen más de 25 países que participan en el Grupo Técnico de colaboración horizontal.

#### **4.3.5. Mayor compromiso y voluntad política**

Todos coincidieron que este era un momento definitivo para que durante los próximos años haya más optimismo en el combate contra el VIH/SIDA. No solamente se necesita éxito en la disminución de prevalencia de la epidemia, sino también por los cambios en la esfera política sobre este asunto, ya que en el combate contra la pandemia mundial, resulta fundamental el frente político, tanto nacional como internacional, puesto que no es posible realizar ningún progreso sin un salto en la voluntad política. Por lo que, es importante tener presencia en el Consejo de Seguridad, la Asamblea General, las Sesiones Especiales y en el nivel local, trabajar estrechamente con los Ministros de Finanzas, y de Salud Pública. A partir de esas líneas de trabajo en el seno de ONUSIDA se ha desatado una ola de cambios en el ámbito político en los países miembros.

El 1 de diciembre de 1998, Día Mundial del SIDA, un evento realizado en una base militar en Kwazulu-Natal, se dio a conocer el más alto nivel de compromiso político en Sudáfrica para combatir la pandemia. Entre los oradores figuraron el Presidente Nelson Mandela, el Príncipe Buthelezi y el Rey de los zulúes Goodwill Zwelithini. Por vez primera Mandela habló sobre el SIDA en su propio país, que atraviesa por una de las epidemias de más rápido crecimiento en el mundo, y al mismo tiempo recordó a la audiencia que detrás de cada estadística se escondía un ser humano y que el compromiso político es esencial para una respuesta eficaz al SIDA.

La séptima reunión de la PCB de ONUSIDA se celebró en Nueva Delhi en diciembre de 1998. El Primer Ministro hindú Atal Bihari Vajpayee expresó su preocupación sobre la creciente epidemia; durante la reunión estableció el plan nacional específico sobre el SIDA, y personalmente planteó la cuestión sanitaria en el Parlamento e invitó a todos los ministros de Estado a incluir el tema del VIH/SIDA en sus planes a nivel estatal.

En febrero de 1999, el VIH/SIDA se encontraba nuevamente en la agenda del Foro Económico Mundial que se llevó a cabo en Davos, Suiza. Durante el Foro, el Dr. Piot, y el presidente de MTV, Bill Roedy, llamó a los líderes empresarios a enfocarse en los jóvenes, y la utilización de tecnologías con miras a sensibilizar a los jóvenes en los aspectos de la pandemia; al mismo tiempo se establecieron colaboraciones entre ONUSIDA y MTV, en las que MTV produjo programas referente al VIH, tales como la prevención, discriminación y el estigma de la enfermedad.

#### **4.3.6. Un frente político africano contra la crisis en el continente de África**

Las estadísticas relacionadas con el VIH/SIDA empezaron a empeorar en muchos países africanos. En mayo de 1999, la OMS publicó su Reporte Anual de Informe

sobre la salud, en el que declaró que el SIDA era la causa número uno de muerte en África.

Afortunadamente en 1998 un gran número de líderes africanos comenzaron a abordar el desafío del VIH/SIDA y algunos gobiernos aumentaron sus esfuerzos multisectoriales contra la epidemia; sin embargo, para mantener esas acciones se necesitaba también el apoyo tanto nacional como internacional, por lo que se dio una ola de acciones durante las reuniones mundiales.

En junio de 1998, durante la sesión plenaria de la Organización de la Unión Africana, Cumbre de Jefes de Estado en Uagadugú, el Dr. Piot hizo un llamado para que las acciones sobre el VIH/SIDA fueran incluidas en la declaración final en los Estados africanos. Durante 1998, PCB invitó a renovar los esfuerzos -por parte de la ONUSIDA, los copatrocinadores, los gobiernos nacionales y los patrocinadores- en África. Asimismo, el Comité Regional de África de la OMS en una reunión de agosto de 1998, declaró que los participantes comenzarían a acelerar sus trabajos relativos al acuerdo de una iniciativa especial sobre el VIH/SIDA en África.

En enero de 1999, durante la reunión de CCO en Annapolis, Maryland, los copatrocinadores y la ONUSIDA acordaron un concepto para intensificar las acciones contra el SIDA en África subsahariana. Resultado de ésta es la creación de Soporte a la Alianza, que trabajaría de manera conjunta sobre una base de emergencia para desarrollar y poner en práctica una Alianza Internacional contra el SIDA en África (IPAA), en la cual el Secretariado de ONUSIDA sería el responsable del desarrollo y la aplicación de dicha Alianza.

En mayo de 1999, en la Conferencia Anual de Ministros Africanos de Finanzas, Desarrollo Económico y Planeación, en Addis Abeba, Etiopía, por primera vez los ministros africanos de finanza aseguraron que la epidemia era una grave amenaza

para el desarrollo económico y social, y por consecuencia, agregaron el VIH/SIDA como un tema independiente en sus agendas.

Como los diferentes actores comenzaron a involucrarse de una manera más activa, resultó fundamental la participación del entonces Secretario General de las Naciones Unidas Kofi Annan. En junio de 1999, dio un discurso referente al Desafío Global del SIDA, en el cual habló de los efectos terroríficos del SIDA en el mundo actual, y se centró a continuación en África, mencionando que el SIDA estaba alejando al futuro de África; asimismo hizo hincapié en el hecho de que el SIDA es un asunto de todos. Este fue su primer discurso público importante sobre el SIDA.

Ya para finales de 1999, se avanzó en diversos frentes de conversación con los líderes políticos africanos, promoción en los medios de comunicación, apoyo técnico a los países y las discusiones en el más alto nivel de la ONU con la finalidad de obtener el apoyo de la misma organización. Así, se reconfirmaron la participación de una amplia coalición de actores de ONUSIDA, el liderazgo de los niveles más altos de las Naciones Unidas y la participación de los países del Sur y del Norte; de esa manera comenzaron una gran movilización de los recursos para la lucha contra el SIDA enfocada en un ambiente colaborador, armonizada y con objetivos muy específicos que impactará el curso del VIH/SIDA en los próximos años en el continente africano<sup>59</sup>.

#### **4.3.7. La 12ª Conferencia Internacional de SIDA**

En el verano de 1998, la ciudad de Ginebra fue la sede de la 12ª Conferencia

---

<sup>59</sup> El gobierno de Costa de Marfil (el país africano que registró los niveles más altas de prevalencia del VIH desde que empezó la recopilación de datos epidemiológicos) en colaboración con ONUSIDA, Centro para Control de Enfermedades de Estados Unidos, y la Agencia Nacional de Investigación del SIDA, inició la Iniciativa de Acceso a Medicamento y diversas medidas de promoción de prevención (medios de comunicación, uso de condón, etc.) y disminuyó la prevalencia de VIH de 9.5% en 1995 a 7.1% en 2007.



Internacional de SIDA. El tema de la conferencia fue "Disminuyendo la Brecha" que se centraba en la problemática de la creciente brecha entre el Norte y el Sur en términos de acceso al tratamiento para el VIH/SIDA.

Durante esta Conferencia, se publicaron por primera vez, datos epidemiológicos específicos sobre la situación del VIH/SIDA en 180 países, los cuales reflejan la diversidad de la pandemia mundial. Las estimaciones anteriores se habían basado en información de las regiones, porque no se disponía de datos de algunos países, y ha sido necesario asumir que el patrón de la infección en esos países según el de otros de la misma región. Esta situación cambió en 1997, cuando hubo una mayor recolección de información; hubo por consecuencia, una mayor disponibilidad de datos y a través del análisis epidemiológico de éstos, quedó claro que hay grandes diferencias en el desarrollo de la epidemia entre los países dentro de la misma región, y esto da pauta para la planeación de estrategias para el combate frente al VIH/SIDA.

Desde 1997 ONUSIDA ha estado trabajando en métodos que mejoran el análisis de datos. En la 12ª Conferencia se creó el Grupo de Referencias en Estimaciones y Métodos dentro de la organización de ONUSIDA con los expertos epidemiólogos de Latinoamérica, Asia y África. Este Grupo se reúne una o dos veces al año con la finalidad de desarrollar herramientas y metodologías para realizar estimaciones del VIH/SIDA a nivel local, regional, y global.

#### **4.4. 2000-2001: EL MANDATO GLOBAL**

El nuevo milenio trajo un cambio importante en las actitudes hacia el tema del VIH/SIDA, asimismo la epidemia y su impacto se convirtieron en un elemento clave en la agenda de los líderes políticos y organizaciones, en el cual la ONUSIDA desempeñó un papel trascendental en este periodo.

#### **4.4.1. Debate del VIH/SIDA en el Consejo de Seguridad de la ONU**

El 10 de enero de 2000, al interior del Consejo de Seguridad de la ONU se debatió la situación del VIH/SIDA en África como un problema mayúsculo de seguridad humana, así como un obstáculo para el desarrollo. Esta es la primera vez que el Consejo de Seguridad había considerado un asunto sanitario con un tema específico para su discusión. A este debate asistieron personalidades políticas de gran peso; como el Vice-Presidente de los Estados Unidos de América, Al Gore, quien presidió el debate mientras que otros altos funcionarios externaron su punto de vista: el Director Ejecutivo de ONUSIDA; el Secretario General de la ONU y el Presidente del Banco Mundial.

El entonces Secretario General Kofi Annan comentó al Consejo de Seguridad que el impacto del VIH/SIDA en África no es menos destructivo que el de la guerra misma, por el abrumador servicio sanitario del continente; el VIH/SIDA ha dejado millones de huérfanos, y matado un gran número de personal de salud y maestros; el VIH/SIDA está causando una severa crisis socioeconómica que a su vez amenaza la estabilidad política. Más tarde en ese mismo año, en otro período de sesiones del Consejo de Seguridad se implementarían acciones referentes a la prevención del VIH entre las fuerzas de paz y servicios militares dentro de la propia organización.

Al mismo tiempo del debate en el seno del Consejo de Seguridad de la ONU sobre el VIH/SIDA, el embajador de Ucrania pidió la realización de una Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (UNGASS), en la que de manera conjunta, la ONU se centrara en una sola cuestión que es el VIH/SIDA con la finalidad de establecer acciones de mayor repercusión mundial. Este sería la primera vez que UNGASS estaba dirigido a un solo tema de salud, reflejando un creciente consenso en la ONU de que el tema del VIH/SIDA era mucho más que sólo una cuestión sanitaria, sino también una amenaza importante para el desarrollo humano y económico mundial.

#### **4.4.2. El drama político en la 13ª Conferencia Internacional de SIDA**

En julio de 2000, la 13ª Conferencia Internacional de SIDA se celebró en Durban, Sudáfrica. Por vez primera, esta reunión de grandes dimensiones referente a SIDA encontraba su sede en un país con ingresos bajos y con el mayor número de personas infectadas del VIH.

El tema de la conferencia fue "Romper el Silencio", haciendo hincapié en cómo el estigma, la negación y la discriminación impedían los intentos de prevención, atención médica y tratamiento.

Durante la Conferencia se publicó la declaración de Durban, la que fue firmada por 5,000 científicos de todo el mundo, confirmando que las evidencias empíricas que relacionan el VIH y el SIDA fueron claras, exhaustivas y sin ambigüedades.

El Dr. Piot hizo algo histórico, ya que por vez primera mencionó la necesidad de miles de millones en lugar de millones de dólares -USD 3 mil millones al año para ser precisos- para tomar medidas básicas en África con el propósito de hacer frente a la enfermedad. Y USD 10 mil millones más cada año para la misma región en implementar los medicamentos antirretrovirales básicos utilizados en el mundo desarrollado para el tratamiento de SIDA, cifra que es 10 veces lo que entonces se gastaba en SIDA en África. Al mismo tiempo, también pidió a algunos de las naciones más ricas cancelar la deuda de muchos de los países africanos más afectados por la pandemia, que traería como consecuencia USD 15 mil millones se destinaría a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA en lugar de ser gastados en servicio de la deuda externa, por lo que la Conferencia de Durban fue fundamental para la mayor asignación de recursos hacia la lucha contra la epidemia.

La Conferencia confirmó indudablemente la creciente politización de la respuesta a la epidemia, puesto que la alianza de los científicos, las personas que viven con

el SIDA, grupos comunitarios, las Naciones Unidas, los gobiernos y la sociedad civil han demostrado qué tan potente puede ser una postura unida contra el VIH/SIDA. La conferencia reconoció que el VIH/SIDA es una crisis de gobernabilidad, y al mismo tiempo la falta de implementación de herramientas y recursos disponible es de cuestión política, donde el liderazgo podría salvar vidas.

La Conferencia puso énfasis en el tratamiento del VIH/SIDA para todos en la agenda mundial. Brasil fue el caso más destacado, impulsado por un fuerte movimiento activista. Brasil fue pionero en ofrecer el acceso al tratamiento antirretroviral a todas las personas que lo necesita. Sin embargo, Brasil es un país de ingresos medianos, y el costo de los medicamentos patentes era demasiado elevado por lo que comenzó a fabricar antirretrovirales genéricos contra el VIH/SIDA en sus laboratorios nacionales, y los precios cayeron drásticamente más del 70% en cuatro años. En 2000, la tasa de mortalidad relacionada con el VIH/SIDA se redujo a la mitad, mientras que los ingresos hospitalarios relacionados con el VIH se abatieron en un 80%.

#### **4.4.3. Prevención del VIH/SIDA en las fuerzas armadas de la ONU**

Después de Durban, el impulso político se aceleró. El 17 de julio de 2000, en otra sesión del Consejo de Seguridad de la ONU, el SIDA fue debatido nuevamente y se aprobó la Resolución 1308, en la cual se solicita a las Naciones Unidas a desarrollar un plan que incluyera una mayor prevención del VIH/SIDA y la educación para todos sus uniformados y el personal militar.

En las fuerzas armadas de las Naciones Unidas prevalecían altos riesgos en el contagio del virus, debido a que la mayoría son jóvenes y a menudo pasan largos períodos lejos de sus familias, por lo que son más propensos a tener múltiples parejas y relaciones sexuales sin protección; además de que a menudo el uso de preservativos es incorrecto, inconsistente o simplemente no existe. En una

importante publicación de ONUSIDA sobre el SIDA y las fuerzas armadas se revela que, en tiempos de paz, la tasa de infecciones de transmisión sexual entre el personal militar es dos a cinco veces mayor que la de la población civil, mientras que en los tiempos de conflicto, la misma cifra es hasta 50 veces mayor<sup>60</sup>.

Los militares jóvenes son especialmente vulnerables. La mitad de todos los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual se producen entre 15 a 24 años de edad, que es el grupo de edad de mayor actividad sexual, por lo que resulta relevante la educación en este grupo de edad (sobre todo servicios uniformados) con la finalidad de frenar la propagación de las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH.

En respuesta a los hechos, se llevó a cabo un programa piloto en Ucrania, en el que se inició el desarrollo y la institucionalización de programas para la educación y la prevención del VIH dirigido a los uniformados. En la actualidad, ONUSIDA ha implementado este programas en más de 100 países, con un alcance en alrededor de 7.5 millones de hombres y mujeres jóvenes uniformados. Al mismo tiempo, la ONUSIDA ha desarrollado una gama adicional de herramientas de apoyo a los programas nacionales.

Hoy por hoy, la existencia de las tarjetas de sensibilización sobre el SIDA está disponible en 18 idiomas, que cubren aproximadamente el 90% de las nacionalidades que se enlistan en las fuerzas de operaciones de mantenimiento de la paz de la ONU en todo el mundo. Esas tarjetas de sensibilización sobre el SIDA están dirigidas a todo el personal de paz y el uniformado con información básica en prevención del VIH y un bolsillo para llevar un condón. Además, con la creciente intervención de los Estados Miembros de la ONU, los principales órganos regionales están reconociendo cada vez más la necesidad de integrar la información sobre la prevención del VIH en el personal de los servicios

---

<sup>60</sup> UNAIDS. *En la línea frontal: una revisión de políticas y programas de situación de SIDA en el personal de paz y los uniformados*. Ginebra: UNAIDS, 2005.

uniformados, incluyen la Unión Africana, la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Organización de Comunidad de Estados Independientes (CEI) y de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN).

El éxito de los trabajos de ONUSIDA con los servicios uniformados radica en la importancia de establecer alianzas políticas de alto nivel de largo plazo, tales como son los partidos políticos, los Ministros de Defensa, y de Justicia con la finalidad de obtener compromiso político de gran impacto. En la actualidad, la ONUSIDA ha firmado acuerdos de colaboración con 48 gobiernos de todo el mundo en el que se han comprometido a tomar el modelo de la organización como parte de los planes para la formación de policías, soldados y fuerzas de paz.

#### **4.4.4. La recaudación de fondos y la sensibilización**

Durante cerca de dos años, los jefes tanto de la ONUSIDA como de la OMS han estado discutiendo y planeando una amplia gama de patrocinadores con la finalidad de obtener más recursos para proporcionar una mayor atención médica, apoyo y tratamiento para las personas que viven con el VIH/SIDA en los países de bajos ingresos (así como para otras enfermedades infecciosas graves).

En julio de 2000, un comunicado de la Reunión del Grupo de los Ocho (G8) en Okinawa, Japón, anunció un ambicioso plan de acción sobre las enfermedades infecciosas, reconociendo que la salud es fundamental para el desarrollo económico, y que de todas las enfermedades transmisibles relacionadas con la pobreza, el SIDA es el número uno en poseer impactos catastróficos en los individuos y las sociedades. Acciones que culminaron con la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria.

El 8 de septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas se firmó la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, 158 Jefes de Estado y de

Gobierno de los países más afectados y otros no tanto, coincidieron que el SIDA constituye uno de los mayores retos en el siglo XXI. Y el Secretario General en su informe de las Naciones Unidas dedicó una importante sección sobre la promoción de la salud y la lucha contra el VIH/SIDA.

En este mismo año, el Banco Mundial (BM) ha tenido cambios estructurales en su agenda referente al tema del VIH/SIDA. Dichos cambios se produjeron debido por un lado, a los activistas dentro de la misma organización, y por el otro lado a los cada vez más inquietantes datos procedentes de la ONUSIDA. Dichos cambios trajeron como consecuencia que el BM reconociera que el VIH/SIDA constituye una amenaza para el desarrollo. A partir de entonces, el Banco Mundial empezó a desempeñar un papel singular en promover el tema del VIH/SIDA en diversos foros internacionales de desarrollo, alegando que el VIH/SIDA no sólo es una cuestión de salud pública sino un problema de carácter humanitario. En septiembre de 2000, el Banco Mundial aprobó un Programa Multinacional del VIH/SIDA para África (MAP) con una suma inicial de USD 500 millones. Con la creación del MAP se colocó el tema del VIH/SIDA como la máxima prioridad del BM en el continente africano. La novedad del MAP contribuyó a romper las barreras y la negación del tema que había existido en África, y al mismo tiempo ofreció un desarrollo integral<sup>61</sup>.

#### **4.4.5. Un mayor acceso al tratamiento antirretroviral**

El problema del acceso al tratamiento antirretroviral radica en que los medicamentos están en el Norte y la enfermedad está en el Sur. Por lo que la OMS y la ONUSIDA invitan a las industrias farmacéuticas a unirse y trabajar de manera conjunta con esas dos organizaciones en la adopción de una mirada fresca y constructiva para incrementar el acceso a los medicamentos antirretrovirales.

---

<sup>61</sup> Mallaby S. *El Banco Mundial*. New York: Penguin Books, 2004.

Después de un arduo trabajo, el acuerdo por fin llegó en abril de 2000. Las cinco principales industrias farmacéuticas (Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Glaxo Wellcome, Merck & Co., Inc. y F. Hoffman-La Roche) se comprometieron a disminuir sustancialmente los precios de los medicamentos antirretrovirales en los países pobres, y a cambio de esto exigieron una mayor participación de los gobiernos así como una mayor protección de la propiedad industrial<sup>62</sup>. En mayo del mismo año, se anunció la Iniciativa de Acceso Acelerado (AAI), que es un programa en donde participan las empresas farmacéuticas y las Naciones Unidas con la finalidad de acelerar y mejorar la atención médica del VIH/SIDA en los países en vías de desarrollo<sup>63</sup>.

A diferencia de la Iniciativa de Acceso a los Medicamentos, AAI ofrecen un campo de acción mucho más abierto, con descuentos o diferenciales significativos de los medicamentos a una serie de países en vías de desarrollo, en el que se incluye a todos los países del África subsahariana.

Con el lanzamiento de la AAI, los precios de medicamentos de primera generación bajaron significativamente (dos terceras partes, USD 1,200 por persona por año), y en consecuencia aumentó el número de personas con el VIH/SIDA tratados médicamente.

En abril de 2001, el ONUSIDA sostuvo otra reunión con los dirigentes de seis empresas de investigación farmacéutica (Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Hoffman-La Roche y Pfizer) en Ámsterdam; junto con el Director General de la OMS acordaron seguir acelerando la reducción sustancial de los precios de los medicamentos, con un especial énfasis en los países menos desarrollados, en particular, a los de África; continuar ofreciendo medicamentos a precios accesibles a otros países en vías de

---

<sup>62</sup> Gellman B. *"Un punto de inflexión que dejó millones atrás"* Washington Post, 28/Diciembre/2000.

<sup>63</sup> ONUSIDA. *Comunicado de Prensa*. 11 de mayo 2000, Ginebra, ONUSIDA.



desarrollo, y considerar la viabilidad de otorgar un mayor acceso de los medicamentos a las organizaciones no gubernamentales y privadas que son calificadas para ofrecer asistencia médica a las comunidades locales en estas naciones<sup>64</sup>.

Las dos iniciativas de la ONUSIDA referentes al acceso al tratamiento antirretroviral para los pacientes con el VIH/SIDA han sido importantes, porque en un futuro no muy lejano, daría lugar a planes estratégicos que tendrían mucho mayor impacto en el tratamiento del VIH/SIDA; y refleja la colaboración eficaz entre los Secretariados tanto de la ONUSIDA y como de la OMS, uno de sus copatrocinadores.

#### **4.4.6. El Acuerdo sobre los Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC)**

En mayo de 2001, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó dos resoluciones que tuvieron un particular impacto en el debate referente al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC), un acuerdo de la Organización Mundial de Comercio (OMC) que protege los derechos de patente incluyendo los de los medicamentos. La primera resolución se enfocó a la necesidad de fortalecer políticas con el objetivo de incrementar la disponibilidad de medicamentos genéricos, y la segunda en la necesidad de evaluar el impacto de los ADPIC sobre el acceso a los medicamentos, la capacidad de producción local y el desarrollo de nuevos medicamentos.

Este hecho condujo a un importante resultado en la Cuarta Conferencia Ministerial de la OMC, celebrada en Doha, Qatar noviembre de 2001, que fue la Declaración de Doha sobre ADPIC y Salud Pública. Ésta es una declaración que se considera

---

<sup>64</sup> Una categoría utilizada por las Naciones Unidas para describir los pobres, de los productos básicos que exportan los países en desarrollo con poca industria, es el ingreso nacional bruto per cápita que sea menor de USD 750.

una victoria clave para los países en vías de desarrollo y menos desarrollados, principalmente porque reconoce la autonomía de los países para la implementación del Acuerdo sobre los ADPIC con miras a un mejor sistema de salud pública<sup>65</sup>.

La Declaración de Doha sobre los ADPIC destaca que "puede y debe ser interpretado y aplicado de manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC con la finalidad de proteger a la salud pública y, en particular, promover el acceso a los medicamentos para todos"<sup>66</sup>. La Declaración afirma explícitamente que las crisis de salud pública, que incluyen al VIH/SIDA, tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional, por lo que bajo ciertas condiciones, los gobiernos pueden emitir una licencia obligatoria para autorizar el uso de productos patentados.

Existieron numerosos factores que condujeron a la Declaración de Doha: la movilización conjunta de los países en vías de desarrollo, la fuerte presión de las organizaciones internacionales no gubernamentales, la opinión pública expresada en los medios de comunicación, y el labor de la OMS y la ONUSIDA.

#### **4.4.7. Incrementar los esfuerzos y actividades de promoción para la prevención**

Desde el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas hasta el Foro de Desarrollo para África en Addis Abeba, el 2000 había sido uno de los años con mayor actividad y de pasos gigantescos en materia de compromisos visibles de los líderes de todo el mundo. A finales del 2000, tanto recursos locales como

---

<sup>65</sup> T'Hoën E. "TRIPS, pharmaceutical patents and access to essential medicines: Seattle, Doha and beyond", en J-P Moatti et al. (eds), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries : issues and Challenges*. Paris National Agency for AIDS Research, 2003.

<sup>66</sup> ONUSIDA. *Reporte Global ONUSIDA*. Ginebra: ONUSIDA, 2004.

internacionales comenzaron a aumentar sobre todo en países donde la pandemia está más acentuada, el continente africano.

Sin embargo, el enfoque actual de los políticos y medios de comunicación sobre el tratamiento antirretroviral había deteriorado la prevención del VIH<sup>67</sup>. Si bien la colaboración es la mejor forma de algunos copatrocinadores, el trabajo vital en la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes se vio limitada por los desacuerdos entre las diversas organizaciones, asimismo muchos de los programas dirigidos a la prevención si bien aparentemente fueron exitosos, no obstante, fueron pequeños proyectos.

En un número de países africanos se habían agotado las existencias de los preservativos masculinos, aunando al progreso lento en la promoción de los preservativos femeninos, lo que condujo a que el suministro de preservativos no podía ser garantizado en todas partes. Una investigación publicada en julio de 2001, indica que el promedio de la disposición general de los condones era apenas de 4.6 por persona, por año, cifra evidentemente baja. Otro informe sobre la disponibilidad de preservativos, afirmó que se necesitaban otros 1.9 mil millones de preservativos por año para todos los países con la finalidad de igualar el nivel de los suministros de los seis países con mayor provisión de condones, y esto costaría 47.5 millones dólares para cerrar esta brecha de 1.9 mil millones de preservativos<sup>68</sup>. Estos estudios concluyeron que encontrar la manera de promover el uso de preservativos y otro tipo de prevención en las poblaciones altamente transmisibles<sup>69</sup> resulta especialmente importante.

En la 10ª Junta de PCB celebrada en Rio de Janeiro, diciembre de 2000, se aprobó el Marco Estratégico para el Liderazgo Global en VIH/SIDA, que enfatiza los compromisos universalmente aplicables para una respuesta amplia al

---

<sup>67</sup> Whiteside A. "Drugs: the solution?" *AIDS Analysis Africa*, 11(6), abril/mayo, 2001.

<sup>68</sup> Shelton J D, Johnston B. "Condom gap in Africa: evidence from donor agencies and key informants". *British Medical Journal*, 323, 21 de Julio, 2001.

<sup>69</sup> Embarazadas con VIH/SIDA, el personal médico y los usuarios de droga inyectable.

VIH/SIDA (que no solamente incluyen el acceso al tratamiento antirretroviral sino también la prevención, al tiempo que encomia a los Estados miembros para traducir estos compromisos en acciones concretas e implementadas de manera rápida a nivel de país, y hacer uso del marco para elaborar las metas comunes y formular compromisos específicos al más alto nivel.

#### **4.4.8. Un nuevo Fondo Mundial**

Si bien el evento más público sobre el VIH/SIDA en 2001 fue el de UNGASS, las personas clave de la ONU y los países patrocinadores se habían reunido en ese año con la finalidad de planificar lo que se convertiría en el nuevo Fondo Mundial, ya que el compromiso político y financiero estaba ganando impulso en paralelo.

El 26 de abril de 2001, en la Cumbre que organizó la Organización para la Unidad Africana sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas en Abuja, Nigeria, el Secretario General de las Naciones Unidas hizo un llamado mundial de acción frente al VIH/SIDA. En consecuencia, los líderes africanos comprometieron el 15% de sus presupuestos nacionales para mejorar la atención de la salud y reconoció el VIH/SIDA como la mayor amenaza para la salud en África.

En la misma cumbre, Kofi Annan mencionó que tanto el tratamiento como la prevención son dos partes importantes en el combate contra la pandemia, y propuso la creación de un Fondo Global dedicado a la lucha contra el VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas. Annan instó a concretar los compromisos con una suma de USD 7 a 10 mil millones al año proveniente tanto de los países en vías de desarrollo como de los países patrocinadores, durante un período prolongado.

La propuesta de la creación de un Fondo Global se basó en un documento referente a los recursos necesarios en materia del VIH/SIDA, realizado por un grupo de epidemiólogos destacados, expertos de ONUSIDA y de otras organizaciones e institutos renombrados. El informe estimaba que para 2005, la respuesta al SIDA requeriría alrededor de USD 9 mil millones al año, de lo que la mitad se destinaría a África subsahariana.

En junio de 2001, bajo la organización de la ONUSIDA, representantes de más de 50 países, líderes de las organizaciones no gubernamentales y fundaciones privadas se reunieron en Ginebra, y acordaron la creación del Fondo Global para VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria, con la finalidad de fortalecer los esfuerzos existentes para mejorar los mecanismos locales y la salud pública a través de una visión integral.

#### **4.4.9. El establecimiento de la Asociación Pan-Caribeña contra el VIH/SIDA**

Al mismo tiempo de la creación del Fondo Global para VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria, al otro lado del Atlántico se creó la Asociación Pan-Caribeña contra el VIH/SIDA (PANCAP) en febrero de 2001.

La PANCAP dio inicio a su trabajo en la segunda región con la más alta prevalencia del VIH/SIDA después de África (un estimado de 390,000 adultos y niños que viven con el VIH a finales de 2000). Para el Compromiso de la Asociación del Caribe había seis signatarios originales: Owen Arthur, Primer Ministro de Barbados y Presidente de CARICOM, Denzil Douglas, Primer Ministro de Saint Kitts y Nevis, Edwin Carrington, Secretario General de CARICOM; Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, George Alleyne, Director de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, y Yolanda Simon, Fundador y Coordinador Regional de la Red Regional del Caribe de Personas que viven con el VIH/SIDA (CRN +).

Con una meta global de disminuir la propagación del VIH/SIDA y reducir drásticamente el impacto del VIH/SIDA en el sufrimiento humano y en el desarrollo del capital humano, social y económico de la región, la PANCAP trabaja de manera conjunta con los gobiernos de todos los países y territorios de la región, las organizaciones internacionales regionales en materia de salud, educación, desarrollo, cultura entre otros sectores, las redes de personas que viven con el VIH, las organizaciones bilaterales y multilaterales, el sector privado, las entidades religiosas y otros. La Asociación funciona como una red que respalda a cada uno de sus socios para que el trabajo en su propia organización y específicamente dentro de sus áreas de ventaja comparativa sea fortalecido, y fomenta al mismo tiempo a otras organizaciones con la finalidad de proseguir con sus respectivos programas de una manera coordinada.

El surgimiento de PANCAP se debe a dos premisas importantes, ya que en la región caribeña, donde existe una economía en común con libre circulación de profesionales y trabajadores hacen que sean irrelevantes las fronteras políticas y naturales para el combate contra el VIH/SIDA; y al mismo tiempo una respuesta colaboradora y coordinada puede ayudar a superar la falta de recursos humanos y financieros en algunas islas menores, así como implementar de manera uniforme y con la mejor calidad los programas a los países más necesitados.

Con menos de dos años de promoción en la participación de primeros ministros y presidentes, el número de actores involucrados en la respuesta al combate al VIH/SIDA en el Caribe llegó a contar con 60, entre organismos gubernamentales, asociaciones civiles, organizaciones internacionales, cabe destacar que todos los países del Caribe participan en la PANCAP.

Como resultado de la promoción constante de los líderes de la PANCAP, los recursos provenientes de los patrocinadores multilaterales y bilaterales, así como otras fuentes internacionales destinados para la respuesta al VIH/SIDA en el

Caribe (incluyendo el financiamiento del Fondo Global y el Banco Mundial) cuadruplicó en los primeros tres años de la Asociación.

En su relación con el Fondo Global, la PANCAP se convirtió en el Mecanismo Regional de Coordinación, evitando así la necesidad de crear una entidad separada y un ejemplo de cómo una estructura de colaboración puede reducir la duplicación de esfuerzos.

En el año de 2007, más de 220 proyectos están en funcionamiento en la PANCAP, por un valor total de más de USD 880 millones<sup>70</sup>.

#### **4.4.10. La integración de la Organización Internacional del Trabajo a la ONUSIDA**

En octubre de 2001, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se convirtió en el octavo copatrocinador de la ONUSIDA. La OIT con su experiencia en el mundo del trabajo, estableció desde 2000 un programa sobre el VIH/SIDA en lugares de trabajo, y a través de dicho programa llevó a cabo diversas actividades a nivel nacional en África, Asia, Europa Oriental y América Latina y el Caribe.

Durante la UNGASS de 2001, la OIT publicó un trabajo titulado “Código de prácticas sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo”; éste fue el resultado de los intensos trabajos realizados por los socios tripartitos de la Organización - trabajadores, empleadores y gobiernos-. Un aspecto importante del Código es establecer los principios fundamentales para el desarrollo de políticas y directrices prácticas con la finalidad de crear programas en las áreas clave de la prevención, el cuidado y la protección de los derechos humanos a los trabajadores.

---

<sup>70</sup> UNAIDS. *A study of the Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS (PANCAP). Common goals, Shared Responses, Best Practice Collection*. Ginebra: UNAIDS, 2001.

Al integrarse a la familia de los copatrocinadores de ONUSIDA, la OIT y la ONUSIDA comenzaron a lanzar una campaña ambiciosa en la promoción de políticas y programas que abordan el VIH en el lugar de trabajo. Con una suma inicial de USD 400,000, el proyecto piloto del “Programa de Educación de VIH/SIDA en Lugar de Trabajo” se puso en marcha en India, dicho programa se ha ido ampliado para convertirse en una iniciativa interregional, con una dotación acumulada de USD 24.5 millones, que cubre 23 países para llegar alrededor de 300,000 trabajadores en unas 300 empresas de todo el mundo. Hoy, alrededor de 250 contrapartes nacionales participan en la orientación de la ejecución de los trabajos del proyecto.

#### **4.4.11. Período de sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001**

La UNGASS en 2001 fue histórica por varias razones. Durante tres días, del 25 al 27 de junio de 2001, el tema del VIH/SIDA se estaba discutiendo a nivel mundial, donde participaba un gran número de jefes de Estado y altos funcionarios; cada noche, el lazo rojo símbolo del combate al VIH/SIDA brillaba en el edificio de la ONU, una imagen simbólica del nuevo nivel de compromiso político que circula por el mundo.

El encuentro fue crucial a lo largo de la lucha contra el VIH/SIDA, al poner de relieve el hecho de que, en tan sólo 20 años, la pandemia de VIH/SIDA ha causado un sufrimiento indescriptible y la muerte en todo el mundo, asolando comunidades enteras, invirtiendo los progresos alcanzados en el desarrollo y planteando una grave amenaza a continentes enteros, como ocurre en África. Pero el UNGASS también sirvió para recordar al mundo que hay esperanza. Ahora sabemos que, con suficiente voluntad, cooperación y recursos, las comunidades y los países pueden darle un vuelco a esta epidemia. Sin embargo, la situación es



urgente. Como señaló el lema de la reunión, se trata de una “crisis mundial” que requiere una “acción mundial”.

El objetivo de la UNGASS es llegar a una declaración en que todos los jefes de Estado se comprometerían a implementar una respuesta global potente y única en sus países en el combate al VIH/SIDA. Inevitablemente, hubo importantes debates entre los Estados (y de la sociedad civil), en particular sobre las cuestiones más sensibles, tales como la prevención del VIH en las trabajadoras sexuales y hombres homosexuales, y el tema de los medicamentos contra el SIDA así como su lugar estratégico en el combate a la pandemia.

Finalmente, los Jefes de Estado y representantes de gobiernos aprobaron la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Dicha Declaración describe en el Preámbulo el alcance de la epidemia, los efectos que ha tenido y las formas de combatirla, y a continuación, la Declaración expone lo que han prometido que harían los gobiernos -ellos mismos, con otras asociaciones internacionales y regionales, y con el apoyo de la sociedad civil- para invertir el curso de la epidemia<sup>71</sup>.

La Declaración no es un documento jurídicamente vinculante. No obstante, es un punto de referencia para la acción global, que produjo un claro mandato global en una contundente afirmación de los gobiernos sobre lo que han acordado que debería hacerse para luchar contra el VIH/SIDA y sobre lo que se han comprometido a hacer, y calendarizada con fechas límites concretas. Como tal, la Declaración es un poderoso instrumento para guiar y asegurar la acción, el compromiso, el apoyo y los recursos para todos los que luchan contra la epidemia, tanto dentro como fuera de los gobiernos.

---

<sup>71</sup> Declaration of Commitment on HIV/AIDS at UN General Assembly 26th Special Session, No. A/RES/S-26.2., 2001.

## CONCLUSIONES

La pandemia del VIH/SIDA es una de las más urgentes amenazas a la salud pública mundial y representa la epidemia de mayor mortandad en nuestra existencia como ser humano, y ésta no solamente ha cobrado la vida de seres humanos, sino que también ha impuesto una carga pesada al individuo, la familia, las comunidades y la sociedad en general. El VIH/SIDA ha anulado decenios de progreso en la lucha contra la mortalidad y ha comprometido enormemente las condiciones de vida de las generaciones presentes y futuras.

Los vínculos entre el VIH/SIDA y las cuestiones de seguridad son muy numerosos, y la epidemia desestabiliza las sociedades de manera muy profunda. A medida que los adultos jóvenes sucumben a las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA, -se encuentran justamente en la edad productiva para generar ingresos y cuidar a las familias-, las estructuras y divisiones del trabajo en los hogares, las familias, los lugares de trabajo y las comunidades quedan desarticuladas, eliminando a toda una generación de importancia crítica para la supervivencia de los integrantes de la sociedad más jóvenes y de mayor edad. A partir de ahí se produce un efecto cascada en todos los ámbitos de la sociedad: reducción de los niveles de ingreso, debilitamiento de las economías, y destrucción del tejido social.

En este sentido, la comunidad internacional no se quedó con los brazos cruzados, y bajo la dirección de la ONU, se han establecido diversos programas para su combate desde los años ochenta, que finalmente concluyó con la creación de un entidad capaz de coordinar una respuesta mundial eficaz e integral al VIH/SIDA, que es la ONUSIDA en 1996. Y a lo largo de su trayectoria, este organismo internacional ha hecho importantes contribuciones a la lucha contra el VIH/SIDA. En mi opinión, destacan las siguientes:

- Un promotor mundial frente al VIH/SIDA

La ONUSIDA ha sido un promotor mundial eficaz en el campo de investigación, vigilancia, prevención y tratamiento sobre el VIH/SIDA. Existe un consenso universal en que la ONUSIDA ha hecho una enorme contribución a la puesta del VIH/SIDA en la agenda mundial como una enfermedad de alta prioridad de excepcional importancia debido a sus impactos sociales.

Gracias a la constante promoción de ONUSIDA, se han recaudado cuantiosos recursos destinados para el VIH/SIDA. Asimismo, la ONUSIDA ha allanado el camino de nuevas iniciativas dentro del sistema de las Naciones Unidas, tales como la movilización de colaboraciones públicos-privadas, como lo hizo con MTV, entre otros mecanismos de copatrocinadores innovadores.

La institución con su capacidad de recaudación de fondos, la sensibilización del público a través de estrechas relaciones con los medios de comunicación, y la gestión de la política de los donantes y patrocinadores, anudando la credibilidad científica, circunstancias que han hecho que juntos con los países en mantener y fortalecer con éxito las respuestas al VIH/SIDA a nivel regional e internacional.

- Vigilancia y orientación de política

En el ámbito técnico-científico la ONUSIDA recolecta datos epidemiológicos al nivel mundial del VIH/SIDA, y gracias al esfuerzo de la recolecta y la difusión de la información sobre el número de personas afectadas por el VIH/SIDA específicamente por país y por región, y la predilección científica del modelo de tendencia de la epidemia mundial, que los organismos de las Naciones Unidas y otros gobiernos donantes, empezaron a prestar atención a la enfermedad.

Además la ONUSIDA ha tenido éxito al formular respuesta institucional del VIH/SIDA, tales como las recomendaciones de cómo los gobiernos deben organizarse (por ejemplo, la creación de órgano de coordinación sólo para el VIH/SIDA) y la estimación del presupuesto que se necesita a nivel nacional, regional y mundial con el propósito de responder con eficacia a la enfermedad.

- Una respuesta coordinada y multisectorial

La rápida propagación a niveles de pandemia, el estigma y la discriminación, el desequilibrio de géneros subyacentes, su impacto sobre las estructuras sociales, y su complejidad clínica, condiciones que han hecho que la ONUSIDA declare la excepcionalidad del VIH/SIDA, ya que éste no es sólo una cuestión de salud sino también una cuestión social y política que requiere una respuesta multisectorial. Por lo que la ONUSIDA por un lado, coordina todas las actividades relacionadas con el VIH/SIDA que lleva a cabo en el sistema de las Naciones Unidas a nivel país con la finalidad de no duplicar tanto recursos humanos como financieros; y, por el otro lado, colabora estrechamente con la sociedad civil y las personas que viven con el VIH, así como el de asumir el firme compromiso de obtener la participación de asociados no tradicionales en la lucha contra el VIH/SIDA. Algunos componentes fundamentales movilizados desde 1996 son los medios de comunicación, organizaciones religiosas, empresas, organizaciones deportivas, servicios uniformados y el movimiento obrero. Todos ellos han contado con el apoyo y la pericia de ONUSIDA para promover y respaldar una acción innovadora en la lucha contra la propagación del VIH y mitigar del impacto del SIDA.

Sin embargo, si bien es cierto que los esfuerzos que se ha llevado a cabo la ONUSIDA a lo largo de sus primeros 5 años han sido considerables e importantes, no obstante, éstos han sido insuficientes e irregulares, por lo que en mi opinión, se necesita fortalecer las siguientes áreas para asegurar una respuesta efectiva y eficiente en el combate al VIH/SIDA a largo plazo en el marco de las relaciones

internacionales bilaterales o multilaterales que involucran tanto a las organizaciones internacionales, los Gobiernos como las asociaciones civiles:

- Sensibilizar el compromiso y liderazgo político

El VIH/SIDA es una cuestión de extrema importancia a nivel nacional; por ello, la ONUSIDA, por un lado tendrá que sensibilizar más a los Gobiernos y jefes de Estado para que éstos sean proactivos en su compromiso a la hora de poner en práctica estrategias que impliquen la lucha contra esta pandemia.

Y, por el otro lado, la ONUSIDA debe formular programas de lucha contra el VIH/SIDA de acuerdo a la naturaleza epidemiológica de cada una de las regiones o inclusive de acuerdo a las características de cada país, otorgando su apoyo técnico y financiero para su correcta aplicación, y al mismo tiempo juntos con los Gobiernos y la sociedad civil aseguran la transparencia de los informes sobre los progresos realizados en los diferentes países o regiones.

- Incrementar el financiamiento.

Los gobiernos nacionales y los donantes internacionales deberían incrementar sustancialmente los fondos destinados a la lucha contra el VIH/SIDA a través del Fondo Mundial y otros mecanismos, puesto que a pesar de las sumas millonarias, éstos no serían suficientes al paso del tiempo. El papel de la ONUSIDA radica en ayudar a los Gobiernos, especialmente en los países de ingresos medios en el planteamiento financiero para garantizar una respuesta firme al VIH/SIDA; por una parte, seguir esforzándose para asegurar que una cantidad importante de los fondos sea proveniente de su propio presupuesto nacional, y por la otra parte, los fondos recaudados en la sociedad internacional deberán utilizarse de la forma más eficaz y eficiente posible, de manera que sirva a las personas más necesitadas, coordinando los esfuerzos nacionales en torno a un sólo marco de actuación consensuado sobre el VIH/SIDA tanto en su prevención, diagnóstico como tratamiento, con una sola autoridad coordinadora nacional y un sólo sistema

consensuado de seguimiento y evaluación a nivel nacional, con el fin de obtener una respuesta mucho más constante frente a la pandemia.

- Proteger los derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA.

Para detener la pandemia del VIH/SIDA, es fundamental modificar las normas sociales, las actitudes y los comportamientos que contribuyen a su propagación. La ONUSIDA, junto con los Gobiernos y todos los sectores de la sociedad internacional deberán fomentar medidas contra la discriminación y estigmatización relacionadas con el VIH/SIDA, y los derechos humanos relacionados con esta enfermedad. Además, deberán abordarse cuestiones a través de los medios de comunicación como la emancipación de la mujer, la homofobia, la percepción hacia los trabajadores del sexo y los consumidores de drogas intravenosas, así como las normas sociales que afectan a los comportamiento sexuales, incluyendo las que contribuyen a mantener a las mujeres y las niñas en un estado social inferior y de impotencia. Por esta razón, es fundamental promulgar, divulgar y aplicar leyes y políticas que protejan a aquellas personas más vulnerables.

Para reducir la estigmatización relacionada con el VIH/SIDA, también es fundamental enfrentar o eliminar los obstáculos que impiden el acceso universal a la educación.

## REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS

### Bibliografía

Ainsworth, M. *The impact of HIV/AIDS on African development*. Washington, D.C.: World Bank, 1993.

Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM, Boerma T. *HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences*. New York: The Lancet, 2004.

Barnett, T., and P.M. Blaikie. *AIDS in Africa: Its Present and Future Impact*. London: Belhaven Press, 1992.

Bartlett JG, Gallart JE. *Medical management of HIV infection*. New York, Glaxowellcome HIV, 2000.

Berridge V. *AIDS in the UK. The Making of Policy, 1981-1994*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

Bersufekad, A. *A study on the socio-economic impact of HIV/AIDS on the industrial labour force in Ethiopia*. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division, 1994.

Choi, KH et al. *High levels of unprotected sex with men and women among men who have sex with men: a potential bridge of HIV transmission in Beijing, China*. China: AIDS Education and Prevention Center, 2004.

Cohen J. "Asia and Africa: on different trajectories?", *Science*, Vol. 304, No.5679, Washington DC: Junio, 2004.

Declaration of Commitment on HIV/AIDS at UN General Assembly 26th Special Session, No. A/RES/S-26.2., 2001.

FAO, and UNAIDS. *Addressing the impact of HIV/AIDS on Ministries of Agriculture: Focus on Eastern and Southern Africa*. Roma: FAO, 2003.

Food and Agriculture Organization. *The rural population of Africa confronted with AIDS: a challenge to development. Summary of FAO studies on AIDS*. Roma: FAO, 1997.

Gellman B. "Un punto de inflexion que dejó millones atrás" *Washington Post*, 28/Diciembre/2000.

Lamotte.JA. "Infección-enfermedad por VIH/SIDA", en: Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz.Presilla E, Losada Gómez J, Serret.Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. *Temas de medicina interna*. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002.

Luque Núñez, Ricardo. *Situación y tendencias epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA en Colombia*. Colombia: Journal Iatreia, 2004.

Mallaby S. *El Banco Mundial*. New York: Penguin Books, 2004.

Ministerio de Salud de China. *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministerio de Salud de China, ONUSIDA y OMS, 2006.

ONUSIDA. *Report of the global AIDS epidemic*, Ginebra: ONUSIDA, 2008.

ONUSIDA. *Comunicado de Prensa*. 11 de mayo 2000, Ginebra, ONUSIDA

ONUSIDA. *HIV and men who have sex with men in Asia and the Pacific*. Ginebra: ONUSIDA, 2007.

ONUSIDA. *Informe Anual de ONUSIDA (2009)*. Ginebra: ONUSIDA, 2009.

ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra, 2006.

ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial SIDA (2008)*. Ginebra, 2008.

ONUSIDA. *Reporte Global ONUSIDA*. Ginebra: ONUSIDA, 2004.

ONUSIDA. *UNAIDS 2008 Report of the global AIDS epidemic*. Ginebra: ONUSIDA, 2004.

ONUSIDA/OMS. *AIDS Epidemic update 2005*. Ginebra: ONUSIDA, 2006.

Organización Panamericana de la Salud. *Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH*. Washington, DC: OPS, 1999.

Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA. *Actualización de la situación Nacional hasta el 31 de Dic 2006*. La Habana: Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP, 2006.

Roberts, M., R. Rau and A. Emery, *Private Sector AIDS Policy: Businesses Managing HIV/AIDS*. Arlington, Virginia: Family Health International, 1996.

Shelton J D, Johnston B. "Condom gap in Africa: evidence from donor agencies and key informants". *British Medical Journal*, 323, 21 de Julio, 2001.



Somi GR et al. *Estimating and projecting HIV prevalence and AIDS deaths in Tanzania using antenatal surveillance data*. United Kingdom: BMC Public Health, 3 de mayo, 2006.

Soni A K. *From GPA to UNAIDS: Examining the Evolution of the UN Response to AIDS*. Essay presented to the Committee on Degrees in Social Studies for a BA Honors degree, Harvard, 1998.

T'Hoën E. "TRIPS, pharmaceutical patents and access to essential medicines: Seattle, Doha and beyond", en J-P Moatti et al. (eds), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries : issues and Challenges*. Paris National Agency for AIDS Research, 2003.

Theodore, Karl. "HIV/AIDS in the Caribbean: economic issues impact and investment response". *CMH Working Paper Series, Paper No. WG1:1*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Center for International Development; and Geneva: World Health Organization, 2001.

Topouzis, D. *The socio-economic impact of HIV/AIDS on rural families with an emphasis on youth*. Roma: FAO, 1994.

UN Economic and Social Council (1995). Paper E/1995/71, 19 May.

UNAIDS, *Reporte del Director Ejecutivo para la Sexta Reunión de PCB de ONUSIDA*. Ginebra: UNAIDS, 1998.

UNAIDS. *A study of the Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS (PANCAP). Common goals, Shared Responses, Best Practice Collection*. Ginebra: UNAIDS, 2001.

UNAIDS. *Reporte de Progreso, 1996-1997*. Ginebra: ONUSIDA, 1997.

UNAIDS. *Reporte de Progreso, 1996-1997*. Ginebra: ONUSIDA, 1997.

UNAIDS. *Resource Tracking Consortium*. Geneva: UNAIDS, 2004.

UNIDS/WHO. *AIDS epidemic update*. Geneva, 2007.

United Nations Development Programme (DNDP). *Migration and HIV vulnerability from seven south and north east Asian countries*. New York: UNDP, 2004.

Whiteside A. "Drugs: the solution?" *AIDS Analysis Africa*, 11(6), abril/mayo, 2001.

Whiteside, A. *Economic impact in selected countries and the sectoral impact*. New York: Oxford University Press, 1996.

WHO GPA. *Reporto of the External Review of the World Health Organization Global Programme on AIDS*. Geneva: WHO GPA, 1992.

World Health Organization. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO, 2001.

### **Ciberografia**

[www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

[www.who.int](http://www.who.int)