

XIII Conferencia Internacional sobre SIDA

Lecciones para América Latina y el Caribe

José Antonio Izazola Licea / Editor

Carlos Ávila Figueroa
Patricia Isabel Campos López
Carlos García de León Moreno
Jorge Huerdo Siqueiros
Ana Luisa Liguori
Alicia Yolanda Reyes Alexander
Luis Enrique Soto Ramírez



FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
INSTITUCIÓN PRIVADA AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD



SIDALAC
Iniciativa Regional
sobre SIDA para
América Latina y el
Caribe



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

XIII CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA.
LECCIONES PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Primera edición, 2000

ISBN 968-5018-47-2

Derechos Reservados
© Fundación Mexicana para la Salud, AC
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal, Tepepan
14610 México, DF

Coordinación editorial: Javier Arellano
Diseño: Laura Novelo Q.
Producción: *Grafia*

Se autoriza la reproducción parcial o total
de la obra siempre y cuando se cite la fuente.
El libro completo o en partes se puede bajar
de Internet de la página Web de SIDALAC:
<http://www.sidalac.org.mx>

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones son responsabilidad
exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan el punto de
vista de la Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC o las
instituciones patrocinadoras.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Presentación	7
Ciencias básicas y clínicas <i>Luis Enrique Soto Ramírez</i>	11
Prevención de la transmisión sexual del VIH y algunas reflexiones sobre la descentralización y su impacto en la lucha contra el SIDA <i>Patricia Isabel Campos López</i>	21
Ciencias sociales <i>Ana Luisa Liguori</i>	23
La responsabilidad de los medios de comunicación ante el VIH/SIDA <i>Alicia Yolanda Reyes Alexander</i>	29
Durbán 2000, rompiendo el silencio: el punto de vista de algunos/as integrantes de la sociedad civil mexicana <i>Jorge Huerto Siqueiros</i> <i>Carlos García de León Moreno</i>	33
Impacto económico de la epidemia por VIH/SIDA <i>Carlos Ávila-Figueroa</i>	41

Presentación

En la corta historia del SIDA se ha constatado lo gravemente que esa pandemia ha afectado a nuestras sociedades. Al mismo tiempo se ha contado con una respuesta vigorosa y alentadora en la lucha contra esta enfermedad, que se ha convertido en una amenaza para el desarrollo social y económico de nuestros países.

Los enormes avances, aunque todavía insuficientes, tanto en bio-medicina, disciplinas básicas, clínicas y epidemiológicas, como en las ciencias sociales y económicas, incluyendo la respuesta de la sociedad civil, han marcado una significativa diferencia en la forma de vivir con esta pandemia, que ya afecta nuestro mundo de manera importante.

Seguir con detalle los avances en estos campos es extremadamente difícil, más aún cuando se busca estar al tanto de los nuevos desarrollos científicos y de la operación de intervenciones en más de un tema. Para este fin, y para otros, cada dos años tienen lugar las Conferencias Internacionales sobre SIDA (cabe mencionar que las primeras diez conferencias se desarrollaron anualmente). La más reciente de éstas fue la XIII que se efectuó en la ciudad de Durban, Sudáfrica.

Fue muy significativo celebrar esta reunión en un país en desarrollo en el que ocurre la inmensa mayoría de los casos de SIDA en el mundo. Es de celebrarse, también, la visión de los promotores de esta reunión en Sudáfrica, los

cuales, a pesar de los augurios de éxito moderado, continuaron con gran tesón y lograron un completo éxito, tanto desde el punto de vista de organización como de reunión científica. Sobre todo, este esfuerzo es digno de elogio en la medida en que se conoce que otros dirigentes negaron a sus países la oportunidad de ser anfitriones de este evento por actitudes vanas y triviales en su ejercicio gubernamental.

Sin embargo, la faceta negativa de mayor trascendencia de esta reunión fue el impulso, por parte de algunos políticos, a los seguidores de la idea (ya que no puede llamarse teoría) de que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA). En efecto, no existe tal debate científico, hay consenso universal de que el VIH es realmente la causa del SIDA.

Ante la imposibilidad de que todos los interesados en el tema del VIH/SIDA acudieran a esta Conferencia, ya fuera por razones financieras o logísticas, la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe, SIDALAC, ha solicitado a siete participantes en la Conferencia de Durban que compartan con el resto de los que no pudimos asistir sus experiencias en cada una de sus áreas de especialidad, reseñando los principales avances y lecciones de dicha Conferencia relevantes para América Latina y el Caribe.

En años anteriores SIDALAC ha editado una publicación de mayor extensión con el for-

mato de libro, pero en esta ocasión dicha revisión del estado del arte en un formato más extenso se hará tomando en cuenta la realización del Forum 2000, reunión latinoamericana y del Caribe que tendrá lugar en Río de Janeiro, Brasil, del 6 al 10 de noviembre de 2000.

Los temas de esta revisión de la XIII Conferencia se seleccionaron para brindar a los lectores que no participaron de la conferencia de Durbán una visión general de los tópicos tradicionalmente tratados en estas reuniones, como por ejemplo, ciencias básicas y clínicas de la biomedicina, así como la perspectiva de las ciencias sociales y de la sociedad civil. Adicionalmente, se buscaron temas de importancia dados los recientes retos identificados en la lucha contra la epidemia y que cobraron mayor visibilidad en esta Conferencia, es decir, temas como la descentralización de las funciones gubernamentales para responder directamente a las necesidades de la población, la responsabilidad de los medios de comunicación ante el VIH/SIDA, y el impacto económico de la epidemia, en particular en los sistemas de salud.

Algunos temas importantes que se presentaron en la Conferencia fueron controvertidos por sus implicaciones y sus bases científicas. Éstos son tratados con detalle por cada uno de los autores de esta reseña. Por ejemplo, la propuesta del doctor Anthony Fauci, Director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos, presentó como promisoría la interrupción estratégica programada de anti-retrovirales a los pacientes, ya que esto, según su argumentación, permite el fortalecimiento de la respuesta inmune de los pacientes. Es claro que se trata de una propuesta interesante; sin embargo, la mayoría de los participantes en la Conferencia y otros expertos internacionales opinan que es aún prematuro tomar decisiones con los pacientes con base en la información disponible. En el primer capítulo de esta revisión el doctor Luis Enrique Soto trata esta discusión con mayor profundidad.

Algunos aspectos relevantes respecto a algunas implicaciones de la Reforma Sectorial de Salud, como la descentralización, se analizan en el segundo capítulo. Al mismo tiempo, la doctora Patricia Campos efectúa una breve revisión de los aspectos importantes de la prevención de la transmisión sexual del VIH planteando los consensos expresados durante la Conferencia.

Ana Luisa Liguori presenta la reseña que se elaboró para la propia Conferencia de lo presentado en ciencias sociales. Este informe fue realizado por la maestra Liguori y Peter Aggleton conjuntamente con un equipo de trece personas.

El impacto económico del SIDA es un tema de gran relevancia hoy en día, fundamentalmente porque éste ya no es sólo un problema de salud pública, también es un problema de desarrollo, e incluso de seguridad nacional en algunas regiones del mundo. El impacto económico del SIDA se refleja en la productividad nacional en los países más afectados, y en los que aún no alcanzan esos niveles catastróficos el impacto se siente ya en los sistemas de salud al aumentar las presiones para satisfacer las necesidades por la pérdida de calidad de vida de la población, independientemente de que los gastos por atención, ya sea exclusivamente paliativa o con suministro de anti-retrovirales, se ha incrementado sustancialmente. El impacto de la enfermedad en la economía de algunos países ya se ha hecho notar en el capital humano; por ejemplo, hay hospitales o escuelas que ya no pueden operar por falta de maestros, médicos o enfermeras por causa del SIDA.

En esta sección se analizan también otras consideraciones, por ejemplo se reseña una comparación entre los flujos de financiamiento y gasto en cuatro países de América Latina en un proyecto denominado *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA*, en clara alusión a las Cuentas Nacionales en Salud, ahora dedicadas específicamente al VIH/SIDA. En esta parte de su revisión, el doctor Carlos Ávila nos presenta el monto total estimado de gasto público (incluyendo seguridad

social y ministerios de salud, privado (empresaria y de bolsillo), e internacional (donativos y préstamos gubernamentales) por cada uno de los países analizados.

Sin duda, la aportación de la sociedad civil a estas conferencias es de una enorme riqueza, principalmente por ser ésta parte de la solución y no exclusivamente parte del problema. Al informar acerca de la realización del Foro Comunitario, celebrado en forma previa a la Conferencia, así como sobre la aportación de la sociedad civil durante el congreso, Jorge Huerto y Carlos García de León nos presentan una visión crítica del papel que desempeña la sociedad civil en estos eventos. La riqueza en experiencia y en el nivel propositivo de las personas que viven con VIH es extraordinaria. Sin embargo, resulta penoso que algunas personas que viven con VIH señalen como un objetivo completamente ajeno a ellas los aspectos preventivos en la lucha contra el SIDA: debemos reconocer la urgencia con la cual viven la necesidad de suministro de anti-retrovirales y atención adecuada, pero objetamos la postura de aislamiento y de negación del papel importantísimo que las personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) juegan en la prevención.

En efecto, no solamente las personas que viven con VIH tienen que evitar la re-infección por otras cepas de VIH, evitar la adquisición de otras infecciones de transmisión sexual, bacterianas, micóticas o virales, sino que es menester que todas las personas que viven con VIH busquen el bienestar colectivo. La solidaridad hacia los no infectados de parte de las PVVS redundará en su propio beneficio y en el de la colectividad. Esta postura no es para exigir que olviden la lucha por el acceso a atención médica de alta calidad y humanitaria, sino para que fomenten una cultura de prevención en sí mismos y en los demás. Ésta es una de las razones fundamentales por las que las personas que viven con VIH o SIDA no deben ser consideradas exclusivamente como parte del problema, sino como parte importante e integral de la so-

lución, ya sea ésta la atención integral y adecuada, o la prevención.

Por último, pero no por ello menos importante ni último en orden de aparición en los siguientes capítulos, se ofrece una novedosa postura en cuanto a la responsabilidad de los medios de comunicación en la lucha contra el SIDA. Alicia Yolanda Reyes nos relata y propone los consensos a los que se llegó durante esta Conferencia. Muchos medios de comunicación se han unido a la lucha contra el SIDA cumpliendo con su función de informar para mantener en la mente del público al SIDA como un problema en aumento que no sólo atañe a la salud de unos pocos sino que es de gran importancia para todos los individuos, grupos y sociedades del mundo contemporáneo. Sin embargo, muchos individuos que laboran en los medios de comunicación, ya sea por ignorancia o por intereses distintos a la correcta información, han contruibuido a difundir información imprecisa, tendenciosa o francamente incorrecta; otros han favorecido los debates en los que se fomenta la discriminación; otros más han jugado un papel incendiario para revivir discusiones ya superadas tan sólo para cumplir un objetivo diferente al de la información precisa y científicamente probada.

Un ejemplo que nuevamente utilizaremos es el debate, ya superado por la ciencia, acerca de la causalidad del SIDA por el VIH. Personajes ajenos a la ciencia utilizan sus posiciones de poder para confundir a la población por su negativa a proveer anti-retrovirales, o algunos medios que en su afán de dar cobertura a las noticias producen efectos deletéreos en las sociedades a las que afirman proteger al defender la difusión de prácticamente cualquier tema, sin tomar en cuenta que ya se ha llegado a consensos. En lugar de progresar en beneficio de la comunidad, se empeñan en revivir lo que no produce beneficios sociales, lo que exclusivamente genera protagonismos de individuos que, de no haber fomentado estas polémicas estériles, simplemente serían universalmente desconocidos.

Este resumen, producto de las reflexiones generados en torno a la XIII Conferencia Internacional sobre SIDA, se difundirá ampliamente para compartir solidariamente las lecciones aprendidas antes, durante y después de dicha Confe-

rencia. Estos trabajos fueron presentados en la Fundación Mexicana para la Salud, A.C., la agencia ejecutiva de SIDALAC, el 1 de agosto de 2000, es decir, a poco más de dos semanas de que la Conferencia de Durban hubiera terminado.

José Antonio Izazola Licea
*Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa
Regional sobre SIDA para
América Latina y el Caribe
SIDALAC*

Ciencias básicas y clínicas

*Luis Enrique Soto Ramírez**

Una vez más como cada dos años desde 1996, más de 10 mil individuos nos dimos cita, en esta ocasión en la ciudad de Durban, en Sudáfrica, para participar en otra Conferencia Mundial sobre SIDA, en este caso la número XIII. El ánimo estaba desbordado pues finalmente el evento tenía lugar en un país desarrollado en donde la problemática es alarmante. Bajo el lema de “rompamos el silencio” los grupos de individuos de las cinco secciones en las que ahora se dividió la Conferencia nos reunimos para conocer las novedades en nuestras áreas, y especialmente para escuchar resultados de gran impacto. Desafortunadamente no fue así. En el caso de las ciencias básicas las expectativas se centraban en tener mayor información sobre cómo se forma y regula el reservorio de células T latentemente infectadas, conocer nuevas formas del bloqueo de la replicación viral y, en el área de vacunas la implementación de éstas en ensayos de eficacia. Por otra parte, en el área clínica se esperaban resultados exitosos de los nuevos medicamentos, avances en el entendimiento y en la prevención de los efectos tóxicos de los anti-retrovirales en uso, así como las verdaderas indicaciones y usos de los ensayos de resistencia. Nuestras expectativas no se cumplieron más que en forma muy limitada. Se continuó hablando de lo mismo, de los “viejos” medicamentos ahora en nuevas combinacio-

nes o dosificaciones, de sus efectos colaterales pero sin establecer su repercusión a largo plazo, de ensayos poco éticos pero muy orientados a intereses comerciales, y de una ciencia básica cuyo mayor pronunciamiento fue que el VIH sí era el agente causal del SIDA, algo que aunque trivial fue de gran importancia por el momento político originado en la negación de esta causalidad por el presidente de Sudáfrica, el señor Mbeki.

Seguimos esperando una conferencia tan positiva como la de Vancouver, y mientras tanto hemos caído en un letargo de pobres resultados y predominio de aspectos negativos. Ese letargo fue interrumpido por los gritos de los asistentes sudafricanos, al recibir al ex presidente Mandela o al escuchar los escalofriantes números de la pandemia en dicho país. La emoción y los aplausos surgían cada vez que un experto mundial afirmaba la causalidad del SIDA, pero al final de cuentas no rompimos ningún silencio, sólo hemos gritado más fuerte, y sólo Dios sabe quién nos ha escuchado, quién ha escuchado a los miles que sufren y mueren sin ninguna ayuda de sus gobiernos y de las organizaciones internacionales. Las cifras de mortalidad son tan impresionantes que es difícil pensar que estos números están representando a personas de la realidad. Pero la ayuda no es sólo para los enfermos o infectados, es para la juventud y la niñez; escucha-

*Investigador titular del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

mos con espanto el 70-80% de posibilidades que tiene un joven de 15 años en Botswana de fallecer de SIDA, es decir, menos esperanza que una moneda al aire.(1)

En medio de los gritos algo fue muy claro: tenemos que actuar ya, en forma inmediata, tal y como lo dice un proverbio africano: “el mejor momento para plantar un árbol fue hace 20 años, el segundo momento es hoy”, o como Jonathan Mann expresara: “Hay que intervenir el presente porque el futuro puede ser diferente” (Intervene the present, because the future can be different). El no actuar ahora y no impedir al menos mayor transmisión materno-fetal es una conducta irresponsable, prácticamente criminal.

A continuación revisaremos algunos aspectos relevantes presentados tanto en las ciencias básicas como en las clínicas, y trataremos de concluir, de acuerdo a lo revisado, las áreas en que debemos intervenir inmediatamente.

Ciencias básicas

Se presentaron nuevos hallazgos en el ciclo viral del VIH que son susceptibles de intervención desde el punto de vista terapéutico, como un nuevo chaperón nuclear denominado PIM, proteína interactiva de la matriz, que es una molécula que acompaña y modula la acción de la proteína de matriz que es responsable de importar al núcleo el complejo preintegración (provirus) y de exportar el ARN viral para el ensamblaje. La sobreexpresión de esta molécula es capaz de suprimir la replicación viral *in vitro*.(2)

Nuevamente, la doctora McCutchan nos impresionó con sus hallazgos de las secuencias de genomas enteros de VIH. La recombinación existente en diferentes regiones es mucho mayor a la imaginada, dificultando así la creación de una vacuna universal. Más aún, la doctora McCutchan puso en evidencia cómo en África existen dos patrones de distribución de subtipos, predominando las recombinantes en África Central y del oeste, cada uno de ellos relacionado con

diferencias en la diseminación de la epidemia, reafirmando la importancia de estas variantes en el comportamiento de las epidemias en diferentes regiones geográficas. Como contraparte a esta información, se evidenció que muchos de los nuevos candidatos a vacunas están basados sólo en virus subtipo B predominantes en países industrializados (3), e incluso uno de estos candidatos (AIDSVax B/B) ha enrolado ya a 5,418 individuos en Norteamérica esperándose un análisis final para el 2003. (4)

En relación con las vacunas hubo un interés muy marcado, aunque hubieron muchas más sesiones al respecto que en conferencias pasadas. Sin embargo, no se presentaron resultados de ensayos de eficacia sino sólo más y más nuevos candidatos, entre los que destacó el de multipéptidos de tat que agrupa tres péptidos diferentes, incluyendo uno de VIH grupo O y cuyo objeto es crear un bloqueo de esta molécula que causa inmunosupresión y apoptosis. (5) Por otra parte, se presentaron nuevos candidatos a vectores como el virus de la rabia, que originó comentarios de alarma (6), y los alfavirus, muy probablemente una de las mejores opciones a futuro. Definitivamente el acercamiento más novedoso fue el de la modificación en la presentación de antígeno. Para esto se usan células dendríticas presentadoras de antígeno genéticamente modificadas, lo que origina una respuesta citotóxica específica tanto de células CD4 como de células CD8, lo que podría desencadenar una respuesta inmune mucho más vigorosa. Este candidato en primates ha demostrado sólo la localización de dicha células en linfáticos. (7) En una presentación plenaria que trataba de responder a la posibilidad de una vacuna para el 2007, la doctora Liu solamente expresó que la humanidad está en buena posición para crear una vacuna exitosa, pero ante todos los conocimientos aún por saber, no se atrevió a establecer una fecha aproximada en que pudiera estar disponible.

En relación con la replicación viral en presencia de tratamiento anti-retroviral altamente

activo (TARAA), el doctor Ho mencionó que las mejores combinaciones logran un 99.9 % de supresión pero que ésta no es completa, originando la repoblación del reservorio de células T latentemente infectadas e imposibilitando la replicación. (8) Varios trabajos describieron la presencia de replicación viral residual y episódica (blips) especialmente detectada con ensayos modificados de carga viral que permiten la detección de hasta 2.5 copias/ml. Dos aspectos son de gran importancia al respecto: el primero es que se desconocen los efectos a largo plazo de estos fenómenos, especialmente a nivel de resistencia, y segundo, que en la mayor parte de los casos la replicación es de virus no resistente, aun cuando un reporte encontró desarrollo de virus resistente, no se puede descartar, sin embargo, su origen desde la infección primaria. (9) No se presentaron nuevos prospectos para el control de este reservorio.

Ciencias clínicas

El juez Cameron, paciente infectado y en TARAA, durante la primera plenaria creó el ambiente positivo de las sesiones de tratamiento anti-retroviral al afirmar que “estas drogas no son un milagro, pero están cerca de serlo”, aun cuando no hubo descubrimientos novedosos mayores. Es claro que aunque los objetivos ideales de la terapia anti-retroviral son restablecer la competencia inmunológica, erradicar el virus y curar, lo que hemos logrado es sólo una inmunosupresión menos acentuada, indetectabilidad y cronicidad. A pesar de esto el tratamiento anti-retroviral (TAR) ha incrementado la expectativa de vida de los pacientes con SIDA en más de cuatro años. (10)

Los estudios del doctor Montaner (11) expusieron claramente las desventajas en el inicio de tratamiento en estados avanzados de la infección, apoyando sin embargo las nuevas recomendaciones de comenzar el TAR un poco más tarde (350 células CD4+). El mismo autor

propuso el cambio de la tradicional frase del doctor Ho de “tratar duro y temprano” por una en la que se afirma que “si vas a tratar, cuando lo decidas hazlo con un esquema muy potente”, no dejando cabida para esquemas subóptimos.

De los ensayos clínicos presentados algunos destacaron por los cuestionamientos originados. El estudio 3D presentado por el doctor Murphy, y suspendido tempranamente, reforzó la toxicidad asociada a la hidroxiurea, pero no ponderó ésta contra los beneficios obtenidos. (12) Por otro lado, Zell y colaboradores reportaron la utilidad de la hidroxiurea con 2 ITRAN después de tres meses de inducción con IP, obteniendo respuesta similar a continuar el IP y con cifras parecidas de células CD4+, no reportándose efectos colaterales significativos, subrayando la importancia del costo-beneficio de este medicamento. (13) Pobres efectos tóxicos aunque menor eficacia que con esquemas con IP fueron demostrados en un estudio comparativo en niños mexicanos. (14) La combinación de Abacavir con Combivir demostró a las 24 semanas una eficacia similar a la de Combivir+Nelfinavir (CNAF3007) o Indinavir (CNAB3014); sin embargo, en el segundo estudio, al asociarse la eficacia a un doble de apego en la rama de Abacavir, suscitó la duda de si comparativamente para lograrse un mismo efecto virológico se necesita menos apego en el caso de IP. (15,16) Esta aseveración no toma en cuenta, sin embargo, los efectos a largo plazo en resistencia que tenga la falta de apego. El intento de esquemas más potentes con cuatro medicamentos se encontró con un evidente problema de apego en contra de los triples esquemas, de tal manera que la eficacia fue mucho menor en el estudio NZTA4002 que comparó Combivir+Nelfinavir contra Combivir +Abacavir+Amprenavir. (17) Finalmente, se continuaron evidenciando las ventajas de los esquemas con dos IP, usando ritonavir sólo como potenciador de las concentraciones plasmáticas del otro e incluyendo Indinavir, Nelfinavir y Amprenavir, aunque poco es lo que se aclaró sobre los posibles efectos colaterales a corto y largo plazos. (18, 19)

Con respecto al TAR en países o regiones de bajos recursos, la discusión respecto a evitar el uso de esquemas no potentes, aunque tajante tuvo sin embargo contrapeso en el efecto de lo que una simple disminución de 1 log10 en carga viral puede representar en sobrevida. No obstante, no sólo es un problema económico implementar el TAR en condiciones económicas no ideales, el apego, el avance en la enfermedad y la fácil movilización de las poblaciones pueden ser otros. Así, en Uganda el 52% de los pacientes con TARAA y con consejería pre-tratamiento lo había discontinuado a los 12 meses, 17% por muerte, 16% por no seguimiento y 5% por cambio de lugar de residencia. (20) Los primeros estudios de patrones genotípicos de resistencia en África mostraron patrones muy similares de virus subtipo A y de recombinantes con los observados para el subtipo B. (21)

Dentro de los factores que predicen la respuesta al tratamiento anti-retroviral, aparte de los polimorfismos de receptores de quimiocinas se evidenció en forma interesante que la ausencia de timo evaluada radiológicamente (TAC) se correlaciona con una respuesta deficiente a la TAR evaluada por un incremento de más de 200 células CD4+. (22)

La presentación más controvertida en el área de tratamiento la hizo nuevamente el doctor Fauci al proponer el uso de tratamientos intermitentes estructurados en lapsos de días o semanas como una estrategia inmunológica y económica astuta. (23) Esta aseveración, que causó mucho alboroto, es muy peligrosa dado que se apoya en estudios muy preliminares con un bajo número de pacientes, y por otra parte no está basada en un razonamiento lógico, ya que aunque es evidente que el estímulo del sistema inmune contra el VIH siempre es deseable, no es, en la mayor parte de los casos, adecuado ya que si así fuera un número considerable de los infectados no progresaría a enfermedad. Por otra parte, estas suspensiones temporales en el contexto de los medicamentos con vida media diferente pueden tener un efecto marcado en la

resistencia (al existir periodos reales de monoterapia) que sólo puede ser evaluado en un estudio a largo plazo. Así, lo que para muchos expertos fue un detalle de osadía de Fauci, para otros fue una irresponsabilidad, ya que avalada por un macro-experto es esperable que en el mundo ya se esté implementando esta propuesta. Los estudios en que se basó fueron: uno de 70 pacientes con TAR por ocho semanas y descanso de cuatro, que se parece más a las interrupciones estructuradas y que no demostró más que un incremento transitorio de células CD8 que desaparecería al reiniciar el tratamiento, y otro de cuatro pacientes con siete días de tratamiento y siete de suspensión y tres pacientes con dos de tratamiento y cinco de suspensión seguidos por seis meses, permaneciendo el primer grupo indetectable, pero dos de los tres del segundo con falla virológica y ninguno con datos de resistencia. (24, 25) Habría que preguntarse en el contexto de resistencia y opciones futuras si estos estudios son éticos. En cuanto a novedades terapéuticas poco fue lo abordado. En vista de la importancia del apego en el éxito del tratamiento se estudiaron formas de simplificar los tratamientos actuales. Así, se estableció que una combinación de estavudina más nevirapina y efavirenz (800 mg) todos en una sola dosis ofrece buenos resultados favoreciendo el apego. (26) De los medicamentos que pronto aparecerán en el mercado el que más llamó la atención fue Lopinavir combinado con ritonavir (ABT378/r) que ofrece una excelente actividad contra cepas resistentes a otros IP, incluso en pacientes con antecedente de múltiples esquemas y fallas con estos medicamentos (3 en promedio), encontrando una respuesta de hasta 86% de carga viral >400 copias en intención de tratar. (27) Asimismo se presentaron datos de excelente respuesta con esquemas con FTC+ddI+efavirenz con casi 100% de casos con carga viral menor a 50 copias.

De los nuevos antivirales, aquellos que pertenecen a los grupos conocidos se reportó la prueba de IP y ITRNN de segunda generación

que aparentemente son útiles contra cepas resistentes a los de primera generación aunque no necesariamente más sencillos en dosificación. Poco fue lo presentado sobre los nuevos blancos. Destaca que con objeto de sobrepasar la resistencia generada con los inhibidores de fusión se están ensayando combinaciones de éstos con inhibidores de entrada, logrando una sinergia importante. (28) Los inhibidores de CCR5 siguen dando problemas ya que mostraron antagonismo al ser combinados, llegándose a la conclusión de que podrían tener actividad variable en contra de variantes virales específicas, lo que demeritaría su uso. (29)

Poco fue lo que se habló sobre los efectos colaterales de los anti-retrovirales actualmente en uso. Se estableció que los factores predisponentes a lipodistrofia son mayor edad, tiempo más prolongado del diagnóstico de seropositividad al desarrollo de SIDA, uso de estavudina y de IP, estos últimos por más de dos años. (30) En relación con la hiperlactacidemia asociada a los ITRAN se reportó que es necesario para su adecuada cuantificación tomar la muestra en tubos con flúor, sin embargo, no se recomendó qué hacer en casos moderados de ésta. (31) Para ambos efectos secundarios poco fue lo estudiado en cuanto a formas de prevención o complicaciones a largo plazo.

Un tema desde luego candente fue el de la resistencia, especialmente después de la inclusión de los ensayos de resistencia en las recomendaciones de TAR del Departamento de Salud de EUA. (32) De acuerdo a los estudios presentados en la Cuarta Reunión Internacional de Resistencia celebrada en España el mes pasado, fue evidente que la resistencia es un fenómeno más complicado de lo que inicialmente se pensaba, y por lo tanto lo es asimismo la interpretación de los ensayos de resistencia. (33) El doctor Mayers mencionó la existencia de tres patrones diferentes de resistencia: el rápido para 3TC y los ITRNN que asocia una sola mutación a alta resistencia, el intermedio para AZT, Abacavir y los IP en que se necesitan más de dos mutaciones

para desarrollar la misma, y el lento para d4T, ddC y ddI, para los que se conoce poco desde el punto de vista genotípico y que generalmente no desarrollan alta resistencia. Con estas variantes, la interpretación de los ensayos de resistencia tanto fenotípicos como genotípicos se vuelve más compleja, y tal como dijo el doctor Mellors, se deben revalorar los puntos de corte de los primeros, por ejemplo 4x es poco para los IP, especialmente para las combinaciones de IP, mientras que se deben estudiar mucho mejor las mutaciones asociadas a la resistencia, la interacción cuando aparecen múltiples de ellas en un solo individuo y su correlación fenotípica. Por otro lado, el doctor Mellors, claramente a favor de estos ensayos, mencionó que era sorprendente que una simple prueba pudiera influenciar tanto la respuesta virológica considerando que no se tomaba en cuenta el apego ni la disponibilidad de medicamentos ni los niveles sanguíneos. (34) Considero que este comentario es demasiado optimista y precipitado dado que no todos los estudios han demostrado diferencias significativas en la respuesta comparando el ensayo de resistencia y la decisión clínica, que las respuestas evaluadas son en promedio de sólo seis meses, que el número de sujetos estudiados es pobre y que la interpretación de los ensayos es cada vez más compleja y no está estandarizada. De cualquier manera, es claro que los ensayos de resistencia seguirán siendo un tema de discusión.

Finalmente, vale la pena referirnos a un aspecto más, quizá uno de los más relevantes en relación con la resistencia y de los más significativos de la Conferencia. En una presentación sobre la prevención de la transmisión materno-fetal con el uso de una sola dosis de nevirapina para la madre y para el producto se evidenció que 7/30 (23%) de las madres tenían la mutación K103N detectable y que 3/7 (42%) de los niños que resultaron infectados presentaban esta misma mutación más la Y181C. (35) Este sorprendente resultado tiene importantes implicaciones dado que obviamente limita las futuras opciones de tratamiento tanto en la madre como en el

niño, y por otra parte nos deja una limitante ética de gran complejidad en el sentido de tratar de manera diferente a las madres provenientes de distintas condiciones socioeconómicas. Considero que cuando existen recursos amplios para administrar tratamiento anti-retroviral debe tratarse a la madre con esquemas potentes independientemente del embarazo, pero si la perspectiva es muy pobre para tratamientos futuros tanto para la madre como para el niño entonces una profilaxis con monodroga será de gran valía para evitar nuevos casos de infección.

Como se puede apreciar claramente, los avances presentados fueron muy limitados y más que respuestas nos quedamos con muchas preguntas y quizá se crearon más. Es evidente que en el área de ciencias básicas y clínicas muchos de los silencios existentes no fueron eliminados y estos mismos se deben convertir en políticas a seguir por parte de los tomadores de decisiones y en ensayos básicos y clínicos de los investigadores. Entre los más importantes destacan los mencionados a continuación: debemos seguir investigando sobre los subtipos virales prevalentes en nuestras regiones pero específicamente debemos incorporarlos al desarrollo de vacunas. Se debe proceder inmediatamente a ensayos de vacunas de fase 3 ya que no podemos esperar más tiempo para tener una vacuna eficaz. Estos ensayos no sólo darán respuestas sobre si una vacuna funciona o no sino también acerca del tipo de respuesta inmune generada, de factores de no protección y de seguimiento con marcadores subrogados. Estos ensayos, sin embargo, deben hacerse a la par del desarrollo de nuevas estrategias y de nuevos candidatos. Deberá entenderse mucho mejor la forma en que el reser-

vorio de células T latentemente infectadas se establece y se mantiene porque de eso dependerá el éxito en la erradicación del virus en individuos bajo TAR. En el área clínica es muy importante que los ensayos de anti-retrovirales se realicen con combinaciones que sean prometedoras y fáciles de tomar para los pacientes y no con aquellas que sean prometedoras para las compañías farmacéuticas. Se deben precisar mucho mejor los factores que determinan la respuesta a la TAR para optimizar el tratamiento y estudiar cuidadosamente los problemas que se deben de enfrentar al administrar TARAA a pacientes con muy bajos recursos para que la inversión sea provechosa. Es necesario precisar las verdaderas consecuencias y los beneficios de las interrupciones estructuradas de tratamiento o los tratamientos intermitentes antes de proponerse como una posible solución viable. Es muy importante determinar las consecuencias metabólicas de los medicamentos anti-retrovirales en uso, sus repercusiones a largo plazo y la forma de evitarlas. Por último, es de relevancia profundizar más en el entendimiento de la resistencia a los anti-retrovirales, determinar mejores parámetros de evaluación de los ensayos de resistencia y así establecer su utilidad clínica real y determinar los efectos en la resistencia de técnicas no supresivas de profilaxis materno-fetal.

Esperemos que los gritos no se ahoguen con el tiempo, que los silencios se vayan eliminando y que los que sufren tengan alguna esperanza, pero todo esto sólo lo lograremos actuando, tal y como brillantemente el doctor Gazzard terminó su resumen de las ciencias clínicas, “debemos juzgarnos por nuestros actos, no por nuestras palabras”.

Referencias

1. UNAIDS, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, June 2000.
2. Gupta K, Siliciano RF, Ott D, Mai A, A novel HIV-1 matrix-interacting, human nuclear shuttling protein that is virion-associated and inhibits HIV-1 replication. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract MoArA171.
3. McCutchan F, Carr JK, Robb M, et al., Full genome sequencing of HIV-1 reveals new complexity in the pandemic. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract MoOrA165.
4. Harro C, Judson F, Brown SJ, Marmor M, Li E, Alonzo G. et al., Successful recruitment and conduct of the first HIV vaccine efficacy trial in North America and Europe. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WeOrC 556.
5. Dhawan S, Boykins RA., A novel HIV-tat multiple peptide conjugate system: potential candidate for AIDS vaccine. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WeOrA478.
6. Pomerantz R, Foley H, Schenell M, Siler C, Dietzschold B, McGettigan J., Recombinant rabies virus as live viral vaccines for HIV-1. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuOrA288.
7. Lisziewicz J., Novel HIV vaccine for induction of T cell immunity. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WeOrA480.
8. Ho DD., Viral factors in HIV disease. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuOr35.
9. Havlir, D, Hirsch MS, et al., Prevalence and predictive value of intermittent viremia in patients with viral suppression. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuPeB3195.
10. De Cock, KM., Keynote: impact of HAART on HIV trends. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract ThOr117.
11. Montaner J, Hogg R, Yip B, Chan K, Craib K, O'Shaughnessy M., To start or not to start? Diminished effectiveness of anti-retroviral therapy among patients initiating therapy with CD4 cell counts below 200/mm³. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract LbPeB7050.
12. Murphy R, Katlama C, Autran B, Belsey E, Harris M, Montaner JSG, et al., The effects of hydroxyurea or placebo combined with efavirenz, didanosine and stavudine in treatment of naïve and experienced patients: preliminary 24 weeks results from the 3rd study. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WeOrB603.
13. Zell S, Kazmieer SI, Trummer SL, Goodman PH, Successful viral suppression using an intensified maintenance regimen: a randomized trial of dual nucleoside analogs enhanced by hydroxyurea versus ongoing HAART following successful induction. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WePeB 4165.
14. Avila C, Clinical experience using two nucleoside analogs plus hydroxyurea for the treatment of HIV-infected children. Pro-

- gram and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract MoOrB178.
15. Cahn P, Preliminary efficacy, adherence and satisfaction with COM/ABC versus COM/IDV, an open-label randomized comparative study (CNAB3014). Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WeOrB606.
 16. Matherson S, Brun-Vezinet F, Viraben R, Malkin JE, Troisvallets D, Lafeuillade A, et al., An open label study to compare efficacy and safety of the triple nucleoside analog combination Combivir (COM)/Abacavir (ABC) versus a protease inhibitor (PI) containing regimen in anti-retroviral therapy (ART) naïve adults CNAF3007/Ecureuil. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WeOrB605.
 17. Eron J, Junod P, Thompson M, Arduino R, Walmsley S, Pierce A et al., NZT4002: 64 weeks analysis of Combivir (COM)-based triple and quadruple therapy in anti-retroviral-naïve, HIV-1 infected subjects. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WeOrB608.
 18. Gatell JM, Lange J, Arnaiz JA, et al., A randomized study comparing continued indinavir (800 mg tid) vs switching to indinavir/ritonavir (800/100 mg bid) in HIV patients having achieved viral load suppression with indinavir plus 2 nucleoside analogues: the BID efficacy and safety trial (BEST). Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract WeOrB484.
 19. Hsyu PH, Lewis RH, Tran J, Lillibridge J, Schultz-Smith M, Kerr B, Pharmacokinetics (PK) of nelfinavir (NFV) after once-daily dosing in combination with mini-doses of ritonavir (RTV) in healthy subjects. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract LbPeB7049.
 20. Mwebaze R, Sozi C, Bahendeka S, Mwebwe D, Moss V, Rukundo G, et al., Challenges for sustaining long-term care and follow-up for HIV infected persons on sophisticated anti-retroviral therapy in a developing country, Uganda. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuOrB294.
 21. Adje C, Cheingsong Popov R, Roels W, et al., High prevalence of genotypic and phenotypic anti-retroviral (ARV) drug resistant HIV-1 strains among patients receiving ARV in Abidjan, Côte d'Ivoire. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuOrB298.
 22. Teixeira L, Valdez H, Patki A, et al., Poor CD4+ T cell responses after suppression of HIV replication may reflect thymic failure. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuOrA283.
 23. Fauci A, Host factors in HIV disease. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Session TuOr36.
 24. Dybul M, Yoder C, Belson M, et al., A randomized controlled trial of intermittent versus continuous highly active antiretroviral therapy (HAART). Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract LbOr11.
 25. Dybul M, Yoder C, Belson M, et al., Short cycle intermittent HAART: a pilot study. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract LbOr12.
 26. Jordan W, Jefferson R, Yemofio F, et al., Nevirapine (NVP)+efavirenz (EFV)+

- didanosine (ddI): a very simple, safe and effective once-daily regimen. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuPeB3207.
27. Clumek N, Girard PM, Telenti A, et al., ABT-378/ritonavir (ABT-378/r) and efavirenz: 16-week safety/efficacy evaluation in multiple PI experienced patients. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuPeB3196.
 28. Olson W, Nagashima K, Rosenfield S, Maddon P et al., Comparative and combinatorial analysis of the HIV-1 entry inhibitors PRO 542, T-20 and PRO 140. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. AbstractWeOrA533.
 29. Tremblay C, Kollman C, Giguel F, Chou TC, Hirsch MS, In vitro anti-HIV synergy between two CCR5 coreceptor inhibitors AOP-RANTES and TAK-779. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. AbstractWeOrA534.
 30. Bernasconi E, Boubaker K, Sudre P, et al., Metabolic side effects of anti-retroviral therapy in the Swiss cohort study. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract ThOrB703.
 31. Vrouenraets S, Treskes M, Resgez RM et al., The occurrence of hyperlactatemia in HIV-infected patients on NRTI treatment. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000. Abstract TuPpB1234.
 32. US Department of Health and Human Services and Henry J. Kaiser Foundation Guidelines for the use of anti-retroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents. January 28, 2000, www.hivatis.org.
 33. Kuritzkes D, Conference report: 4th International Workshop on HIV Drug Resistance and Treatment Strategies, Sitges, Spain, June 12-17, 2000.
 34. Mellors J, Keytone, The available evidence: where are we now? Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000, Session MoOr32.
 35. Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al., Intrapartum and neonatal single dose nevirapine compared with zidovudine for the prevention of mother-to-children transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda, HIVNET 012 randomized trial, *Lancet*, 1999, 354:795-802. Abstract.

Prevención de la transmisión sexual del VIH y algunas reflexiones sobre la descentralización y su impacto en la lucha contra el SIDA

*Patricia Isabel Campos López**

Las condiciones socioculturales y políticas de Sudáfrica propiciaron un clima adecuado para que los más de 12 mil delegados de todo el mundo que asistimos a la XIII Conferencia en Durban tuviéramos la oportunidad de palpar cómo la lucha contra la discriminación, intolerancia, inequidad, represión y coerción por la que este pueblo ha tenido que atravesar en busca de su supervivencia y dignificación fue el marco perfecto para identificar la forma en que estos factores son obstáculos para nuestro trabajo en la lucha contra el SIDA, desde cualquier ámbito en que lo realicemos.

Después de haber vivido la experiencia de Durban me atrevo a ratificar un concepto que seguramente puede resultarnos muy familiar y hasta trillado, pero que lamentablemente ha quedado en el plano de lo teórico, salvo honrosas excepciones: dicho concepto se refiere a que los elementos básicos para el buen desarrollo de un programa de prevención y control del SIDA son: en primer lugar la equidad en la impartición de justicia, en la administración de los servicios de salud, en el respeto a los derechos humanos, y en segundo lugar la no represión y la no coerción en las medidas que se tomen en beneficio de la salud pública.

Desde el punto de vista de la salud pública las recomendaciones generales vertidas en Durban respecto a la prevención de la transmisión sexual del VIH fueron redundantes en relación con otras conferencias, aunque vale la pena destacar que ahora tenemos mejor identificadas nuestras deficiencias en términos de investigación social y educativa lo que nos lleva a construir técnicas dirigidas a lograr una comunicación más eficiente, misma que luego debemos aplicar con los grupos blanco que cada país o región tenga identificados como prioritarios, a través de la vigilancia epidemiológica de segunda generación.

De tal forma que hablar sobre las y los jóvenes y sus relaciones con los adultos y el papel que tiene la comunicación asertiva y eficiente entre ambos como un medio para lograr la prevención de la transmisión sexual del VIH, fue uno de los puntos al que muchos trabajos se enfocaron; al igual que el trabajo de prevención dirigido a hombres que tienen sexo con hombres, migrantes, hombres, las y los trabajadores sexuales y sus clientes, las mujeres embarazadas y no embarazadas, entre los grupos de población más importantes. Claro está que los usuarios de drogas intravenosas tienen mayor relevancia cuando nos referimos a la transmisión sanguínea, sin excluirlos de la vía sexual.

* Secretaria Técnica del Consejo Estatal contra el SIDA (COESIDA), del estado de Jalisco, México.

Fueron muy nutridas también las participaciones que relatan las experiencias exitosas en la implementación de programas para garantizar el abasto y distribución del condón femenino en países africanos, y fue también evidente la demanda de otros países por lograr el acceso a esta alternativa de protección.

Las noticias no fueron muy alentadoras cuando se habló de microbicidas vaginales, ya que los estudios presentados demostraron que lejos de disminuir el riesgo de transmisión sexual de las ITS, incluyendo la infección por el VIH, más bien parece haber un incremento ocasionado por irritación de la mucosa de vulva y vagina y cambios en el patrón de la celularidad, deteriorando la flora normal bacteriana, coadyuvante del sistema inmunitario. Esto ya se había mencionado en congresos anteriores.

En relación con la descentralización, es importante considerar que no hubo muchos trabajos que hicieran referencia propiamente a la importancia sustantiva de un proceso de descentralización. Sin embargo, sí se presentaron los avances que han tenido dos programas de los más exitosos de América Latina y el Caribe, los de Brasil y Cuba. Ambos toman como pilar fundamental para el desarrollo de sus estrategias nacionales el trabajo que se realiza en los municipios como parte del Programa Nacional. Por ello es importante reconsiderar la trascendencia que éste tiene para lograr concretar estrategias nacionales en planes de acción comunitarios, atravesando por un proceso de descentralización.

Es muy importante también tomar en cuenta que un proceso de esta naturaleza requiere de la participación de dos partes: una que esté

dispuesta a ceder el “poder” o el control total, y otra que esté también dispuesta a tomar o adquirir una nueva responsabilidad. Ambos evidentemente requieren de un proceso de aprendizaje y de maduración que los lleve a un punto en el cual esto se dé y se mantenga siempre la coordinación de ambos.

En procesos de descentralización forzados pueden darse distintos escenarios: uno sería en donde el primer componente no está convencido de los beneficios que traerá para todos ceder el control a quienes conocen su problemática y quieren ejercer su derecho a la equidad. En estos casos el control nunca será realmente entregado como una responsabilidad y mucho menos se podrá mantener el respeto y reconocimiento al proceso de la otra parte, ni podrá existir coordinación real. Otro escenario sería cuando la responsabilidad no se asume como propia, porque tampoco se han analizado los beneficios de la descentralización; en estos casos tal proceso es ficticio.

Es tiempo ya de pasar por este proceso de descentralización planificada y apoyada por una metodología validada en beneficio de todas y todos los ciudadanos, todo ello en un marco de equidad y justicia social que nos conduzca a aplicar lo que la comunidad científica y los grupos civiles han teorizado en acciones más concretas para la prevención y control del VIH/SIDA.

A manera de ejemplo se presentó la experiencia del estado de Jalisco, México, en donde existe un proceso de descentralización municipal desarrollado desde 1995 al 2000. En este proceso destaca el aumento en recursos en ocho veces y el trabajo colaborativo con grupos de base comunitaria.

Ciencias sociales*

Ana Luisa Liguori**

Como señaló Paula Treichler durante la Conferencia, “hacer teoría sin acción es soñar despiertos, pero la acción sin teoría amenaza con producir una pesadilla”. Para la investigación social el desafío consiste en producir explicaciones sensatas y útiles que orienten la acción ante la atroz desigualdad y adversidad mundiales. Contrariamente a lo que suele pensarse, el conocimiento de las ciencias sociales no es sentido común ni ofuscación autocomplaciente. Más bien, propone *preguntas críticas* respecto a lo que orienta la elaboración y la evaluación de programas que —como señaló Roy Anderson en su discurso de la sesión plenaria del martes 11 de julio— nos ayudan a entender lo que de veras funciona en materia de prevención y atención del VIH.

Principios para obtener buenos resultados

A lo largo de la Conferencia se informó de la necesidad de tomar medidas a tiempo, hacer participar a las personas y a la colectividad de conformidad con sus propias condiciones, ofre-

cer programas que tengan varios niveles y presenten opciones, y prever su sostenibilidad.

Respecto a los jóvenes, por ejemplo, en muchos estudios se destacó la importancia de reconocer que tienen una vida sexual activa. En las investigaciones de Yugoslavia, Costa de Marfil, Perú y México se subrayó que en todos los países los jóvenes tienen una auténtica cultura sexual. Es evidente la importancia del sexo para los jóvenes, pero varía su forma de considerar la actividad sexual. Los estudios de Sudáfrica pusieron de relieve importantes diferencias en la percepción que tienen los jóvenes de cada sexo de los riesgos que corren: las mujeres se sienten expuestas a infectarse, mientras que los hombres consideran que hay poco peligro. Los estudios realizados sobre actividad sexual entre personas del mismo sexo —como uno realizado entre estudiantes universitarios de Chennai, en India— indican que uno de cada seis hombres (15%) tiene alguna experiencia homosexual. Junto con otros estudios que destacan las especiales dificultades que afrontan los adolescentes homosexuales de ambos sexos en los EEUU, Reino Unido y Brasil, esa investigación previene enérgicamente contra la tendencia a considerar a los

*Este artículo es producto del trabajo de un equipo internacional encabezado por Peter Aggleton (Reino Unido), y conformado por Andrew Ball (Suiz), Stefano Bertozzi (México), Carlos Cáceres (Perú), May Crewe (Sudáfrica), Gary Dowsett (Australia), Jeffrey Grierson (Australia), Geeta Rao Gupta (India/EUA), Juan Pablo Gutiérrez (México), Susan Kippax (Australia), Ana Luisa Liguori (México), Purnima Mane (India/EUA), Ted Myers (Canadá), Richard Parker (Brasil), Kely Rely (Haití/México).

** Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

jóvenes como una población homogénea o uniformemente heterosexual.

Se destacó la fuerza de la comunicación entre grupos de pertenencia y los programas bien sustentados de educación para ese tipo de grupos, en ponencias de Barbados, Guyana, EEUU, Sudáfrica y Ghana, y en muchas sesiones se insistió en la importancia de trabajar con una normatividad clara, como la de la Convención sobre los Derechos del Niño, de la ONU, la Carta de Ottawa y la legislación sobre Derechos Humanos.

Aunque se dio poca atención en la Conferencia al consumo de drogas por inyección, este fenómeno está propagándose en África. El tráfico de heroína y cocaína se realiza cada vez más a través de África, con destino a los mercados de drogas de Europa y América del Norte. Donde se da el tráfico de drogas se presenta el consumo de drogas por inyección. En un estudio de Nigeria, el 20% de 400 consumidores de drogas ilícitas entrevistados en Lagos tenía antecedentes de inyección de drogas. Pero hasta el momento, el predominio de esta forma de consumo no ha llegado al umbral crítico del 10%.

En Mauricio el consumo de drogas por inyección es un gran problema, y este fenómeno va en aumento en Kenya y en Sudáfrica. Los programas eficaces incluyen la difusión de información para la prevención del VIH en la comunidad, el acceso a jeringas estériles, tratamiento para la adicción (incluso metadona y buprenorfina), así como terapia y análisis clínicos voluntarios. Estas medidas han dado buenos resultados para revertir la epidemia entre las personas que se inyectan drogas en Nueva York (donde el índice de seropositividad disminuyó de 51% en 1990 a 29% en 1997), y para contribuir a disminuir la epidemia en Santos, Brasil (de 63% en 1991 a 43% en 1997).

Al contrario de lo que piensa el público en general, diversos estudios demostraron que las personas que se inyectan drogas, en particular los que tienen el VIH, han asumido una actitud responsable respecto a la lucha contra

la epidemia mediante la modificación de su conducta en el consumo de drogas y sexual. La experiencia de estos países demuestra la importancia de intervenir a tiempo, sobre todo en el mundo en desarrollo.

Muchas ponencias hicieron énfasis en los programas elaborados para y por personas que tienen el VIH y SIDA. Esto, además de la presencia activa en la conferencia de personas seropositivas o con SIDA, ha fomentado la lucha contra la epidemia. Aunque a algunas personas les parezca excepcional, en las conferencias mundiales sobre SIDA se ha demostrado repetidamente que la verdadera "asociación" incluye a todos, tanto a las personas infectadas como a las no afectadas.

Los programas que han dado buenos resultados entre diversos grupos de sexoservidores destacaron los programas entre grupos de pertenencia y la divulgación. Estudios de evaluación realizados en Rusia y Hungría, así como las actividades que se están llevando a cabo en Alemania y Marruecos, pusieron de relieve la vulnerabilidad de los sexoservidores de ambos sexos, en contextos en que esta actividad es ilegal o tiene una situación indefinida, o donde no se ha creado un medio seguro para ejercerla. Además, otros informes de Bangladesh, India y Sudáfrica sobre los hombres que se dedican a sexoservidores indican que esta población ya no puede seguir desatendiéndose.

Entre los hombres gay y otros que tienen relaciones homosexuales, se insistió en la importancia de una supervisión local atenta de las prácticas sexuales, y la investigación demuestra que no hay tendencias claras y universales. Estudios comparativos realizados en Londres, Sydney/Melbourne y Vancouver, por ejemplo, indican que no hay una relación obvia entre el optimismo por los tratamientos disponibles y el sexo anal sin protección con parejas fortuitas u ocasionales. Pero sí se siguen acumulando las pruebas, en cambio, del peligro del sexo oral, y de los riesgos que corren tanto los hombres gay más jóvenes como los mayores (en forma importante) que tienen relaciones. Es necesario que los mensajes de preven-

ción para estos grupos estén constantemente al día, sencillamente no se puede permitir atenerse a que los planteamientos que ya han dado buenos resultados sigan funcionando bien en el futuro.

En esta Conferencia fue patente la disminución de ponencias sobre los hombres gay y con actividad homosexual, aunque no se haya superado, en absoluto, la epidemia relacionada con la transmisión del VIH entre hombres en el mundo en desarrollo. Pero en cambio aumentó mucho el número de ponencias de los países en desarrollo sobre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, inclusive estudios regionales de América Latina, el Caribe, y documentos de África, Asia Meridional, el sudeste de Asia, el Pacífico, Europa del Este y el Mediterráneo. Si bien se informó de excelentes programas orientados a los hombres gay y a otros hombres que tienen relaciones homosexuales o bisexuales, quedó la viva impresión de que se estaba desacelerando el avance de la difusión mundial, que está lejos de ser óptima, de las buenas prácticas de prevención entre estos sectores de la población. Existe una verdadera oportunidad de asegurar que la epidemia que sigue extendiéndose en el mundo en desarrollo por las relaciones sexuales entre hombres, no reproduzca jamás la experiencia de las comunidades gay occidentales.

Nuevas preocupaciones

A continuación quisiera comentar las nuevas preocupaciones, otras que están surgiendo, y algunas obvias omisiones de la investigación social hasta la fecha.

Primero que nada, hay que insistir en que queda mucho por hacer. En esta Conferencia se habló de las preocupaciones nuevas y cada vez mayores de algunas minorías de EEUU en torno a la infección a través del contacto cotidiano. Se habló de que en Europa y en América del Norte hay personas que comienzan a sospechar que gracias a la terapia HAART el VIH y el SIDA

han perdido importancia. Y se habló también de que aumenta el sexo sin medidas de seguridad entre subgrupos de hombres gay en Holanda, Australia, EEUU y el Reino Unido. Por eso es vital incrementar al máximo nuestra inversión en la prevención del VIH. En cambio, dio gusto enterarse de planteamientos innovadores de prevención, como la presentación de servicios públicos en Filipinas; educación en grupos de pertenencia a peluqueros de Tamil Nadu, India; actividades en farmacias privadas en Bamako, Mali, así como de las actividades de los monjes budistas en Camboya.

La importancia de la desigualdad social

Si debiera definirse una cuestión crítica, en las ponencias de la Sección D fue que la desigualdad social y económica determina la forma distinta que adquiere la epidemia en los diversos países y repercute en la reacción individual o colectiva. Los oradores del simposio del lunes, que hablaron de la evolución y de los efectos de la ciencia del VIH y el SIDA, señalaron que se hace cada vez más énfasis en la investigación del conjunto de repercusiones de la pobreza y la explotación económica, el género, la opresión sexual, el racismo y la exclusión social, en la formación de una “violencia estructural” que determina la vulnerabilidad social de ciertos grupos y personas.

Una de las discusiones más acaloradas, por ejemplo, se concentró en si el ajuste estructural fomenta o no la epidemia de SIDA, y una ponencia de Zimbabwe asociaba el incremento de la pobreza y la disminución del acceso a los servicios de salud con las políticas de ajuste estructural.

Las cuestiones relativas a la pobreza y a la falta de recursos constituyeron el telón de fondo de muchas discusiones de asuntos económicos. Por ejemplo, la transmisión de madre a hijo fue tema de muchos estudios de la relación entre costos y eficacia. En todos los países, dar tra-

tamiento a las mujeres que se sabe que son seropositivas no sólo es eficiente desde el punto de vista de los costos, sino que además evita otros costos de atención. En un estudio de Mwanza, Tanzania, se demostró que los gastos asociados a una muerte por SIDA, la utilización de servicios de salud y la venta de propiedades por parte de las familias afectadas, eran de dos a tres veces mayores que los gastos por muertes por otras causas, diferencia que se explica en gran medida por la duración de la enfermedad. Un estudio rwandés calculó el costo de la atención en ese país, pero demostró que la atención médica pública llega poco a los más pobres entre los pobres.

Dada la proporción de la epidemia, particularmente en el sur de África, los estudios de los efectos económicos fueron asombrosamente escasos. Un estudio tailandés demostró un efecto espectacular en el ámbito familiar: las familias afectadas experimentaron una reducción de sus ingresos de casi 70%, y su consumo disminuyó más del 40%. En suma, las ponencias documentaron claros vínculos entre la pobreza y el SIDA, donde las repercusiones de la epidemia recaen con mucho más peso en los sectores más pobres de la sociedad, además de que incrementan la pobreza al inicio y constituyen un riesgo cada vez mayor de desintegración social.

Acaso no sorprenda que la cuestión más polémica de la Conferencia en Durban, tanto en las ponencias como fuera de las salas de la Conferencia, fuera el acceso a la atención médica y a los tratamientos. Hay dos cuestiones que ameritan especial atención: primero, la función de la movilización de la comunidad para transformar las acciones del sector farmacéutico; segundo, la importancia de crear un consenso político y jurídico para dar apoyo a la fijación diferencial de los precios.

Si bien no se discute la importancia de las vacunas para la prevención del SIDA, sigue sobre el tapete la función de la investigación social respecto a las pruebas de las vacunas. Entre otras cuestiones se necesita investigación social para supervisar las repercusiones y las pruebas de las

vacunas en las comunidades, así como a los participantes individuales en esas pruebas. ¿Por qué tiene que rogar la investigación social que se le conceda un sitio en la mesa de las vacunas?

La desigualdad de género

A lo largo de la Conferencia diversos oradores invocaron un mejor conocimiento de las cuestiones de género y la sexualidad por su relación con el VIH y el SIDA. A continuación se resumen los temas señalados:

- (i) la cultura del silencio que rodea al sexo;
- (ii) las fuerzas que dictan que las mujeres “buenas” no deben saber de sexo;
- (iii) las normas tradicionales respecto a la virginidad que hacen difícil que las mujeres busquen información sobre el sexo;
- (iv) la dependencia económica de las mujeres respecto de los hombres;
- (v) las ideologías de la maternidad, y
- (vi) la violencia de los hombres contra las mujeres.

Las mismas fuerzas que exponen a las mujeres al VIH y al SIDA también exponen a los hombres. En particular, las normas dominantes de la masculinidad fomentan que los hombres:

- (i) parezcan estar informados y tener experiencia, aunque no sea realidad;
- (ii) traten de tener relaciones con muchas personas;
- (iii) ejerzan dominio sexual sobre las mujeres y una opresión homofóbica contra otros hombres, y
- (iv) no busquen ayuda cuando lo necesitan o se sientan presionados, por considerar que eso no es “de hombres”.

Se necesitan programas para transformar las relaciones de género y liberar a las mujeres así como a los hombres de las normas de género y sexuales destructivas. Como dijo Geeta Rao Gupta: “Los roles de género que le restan facultades a las mujeres y dan a los hombres un falso sentido de poder están matando a nuestros jóvenes, a nuestras mujeres y a nuestros hombres en sus años más productivos, eso tiene que cambiar. Éste es el mensaje que hay que transmitir: sin salvedades, condiciones ni peros”.

Claro que ésta es una de las razones por las cuales los hombres y la masculinidad tienen que ser el meollo de la campaña mundial del año en curso contra el SIDA.

Estigma y discriminación

Cada vez queda más claro que aun en los contextos en donde es frecuente el SIDA las personas siguen teniendo mucho miedo de revelar si son seropositivos. Por esta razón, entre otras, algunos hombres seropositivos siguen sin utilizar condones, y algunas mujeres seropositivas siguen amamantando. Estudios de caso y testimonios de Ghana, Uganda, Malawi, Zambia, Zimbabwe e India describían estigmas relacionados con el VIH y el SIDA, y sus consecuencias. En el caso de las mujeres los efectos de estos estigmas relacionados con el SIDA revestían particular rigor. Hubo informes de India y Uganda de parientes que obligaban a las mujeres a abandonar su hogar matrimonial a la muerte del esposo por SIDA, por ejemplo, y de los propios temores del personal de salud que repercutían en la calidad del apoyo y la atención que proporcionan.

En varias ponencias se pusieron de relieve los vínculos del SIDA con la homofobia y la violencia homofóbica. En consecuencia, ha to-

mado mucho tiempo para que se reconozca la verdadera índole de la epidemia en gran parte de América Latina. Mientras tanto, ocurren innumerables nuevos casos de infección. Como reza un cartel de Positivos en México: “El SIDA mata, también la homofobia”.

Algunas cuestiones pendientes

Quisiera concluir llamando la atención sobre algunas cuestiones relativas a la investigación que pudieran ser útiles para las ciencias sociales y que habría que abordar antes de Barcelona:

- Explicar por qué la negación fomenta que algunas personas insistan en creer (pese a toda la evidencia contraria) que el VIH no produce el SIDA.
- Conocer la función de las situaciones “local” y “migratoria” como determinantes de la exposición al VIH para hombres y mujeres.
- Crear intervenciones mejor orientadas a los grupos especialmente vulnerables (por ejemplo, las minorías étnicas) y a los grupos cuya susceptibilidad se ha reconocido recientemente (como los jóvenes homosexuales de los países en desarrollo).
- Conocer y superar los obstáculos para perfeccionar las medidas preventivas cuyo éxito ya se ha comprobado.
- Entender el alcance, la forma y la función de la opresión en el seno de las relaciones sexuales.
- Aprovechar mejor la investigación realizada a partir de la comunidad, con el fin de producir intervenciones y programas más ágiles y mejor informados.

La responsabilidad de los medios de comunicación ante el VIH/SIDA

Alicia Yolanda Reyes Alexander*

Al término de la XIII Conferencia Internacional de VIH/SIDA celebrada en Durban, Sudáfrica, del 9 al 14 de julio quedó una vez más de manifiesto la gran responsabilidad que tenemos quienes laboramos en los medios masivos de comunicación (MMC) en la transmisión de mensajes correctos e incorrectos en torno a esta pandemia.

La mayoría de los 1,200 corresponsales registrados en Durban andaban más a la caza de noticias sensacionalistas como: “mujeres golpeadas por el marido por negarse a tener sexo con él que ya vivía con el virus”, el número de mujeres violadas, o informaciones imprecisas como que el condón femenino cubre el útero y que es parecido a un tampón, aseveraciones sobre la base de un estudio reducido sobre los riesgos para algunos del Nonoxinol 9; éstas y otras imprecisiones formaron parte de las notas de los enviados.

Por su parte, los dueños de los medios o los responsables de editar las notas, de pronto señalan que el tema del SIDA si no tiene tintes amarillistas no merece ir a primera plana. El tema del SIDA es noticia cuando se acerca algún evento especial como el de la conferencia de julio, la celebración de la vigilia o el Día Mundial del SIDA. Prueba de lo anterior es el hecho

que, por ejemplo, de México no había ningún otro enviado a la conferencia de Durban.

A mí me tocó enviar información para *Público*, *Milenio*, CIMAC y *Notiese*, e inclusive para Prensa Latina. A mi llegada de Durban fui contactada por *unomásuno* para hacer un reportaje en dos partes. Por su parte, CIMAC destacó la información e incluso la anunció todos los días en su página electrónica. Lamento no haber podido enviar más información a esta agencia, de la cual formo parte y con la que comparto totalmente el enfoque que se da a la información.

Volviendo a la posición de la mayoría de los MMC debo señalar que en general se destacan los aspectos negativos: de acuerdo con un canal de noticias de cable, en Sudáfrica el SIDA se había expandido porque la gente de aquel país no tenía cultura, se la pasaban bailando y teniendo sexo todos contra todos. Parecen olvidar que fue en Sudáfrica donde se realizó el primer trasplante de corazón.

Para bien o para mal, los trabajadores de los MMC somos formadores de opinión. El lector suele creer que si está escrito en un medio impreso, dicho en TV o en radio es porque es cierto.

Por desgracia son pocos los lectores, televidentes o radioescuchas que son críticos ante los

*Periodista independiente y educadora sexual. Secretaria General de “Amigos previniendo el SIDA”. Colaboradora de CIMAC, SEM, PUBLICO y *El Sol de Mediodía*.

mensajes que emitimos, no siempre bien documentados. Nuestros temores, creencias, biografía personal y familiar quedan plasmados cada vez que elaboramos una nota, un reportaje o un comentario. Aquellos que piensan que la sexualidad es algo malo, de lo que no se debe hablar, y menos asumir, cada vez que tengan que referirse a esa parte de su vida o la de los otros, lo harán de forma tal que sus valores queden manifiestos. Por el contrario, si estamos convencidos de que la sexualidad es una parte fundamental de nuestra existencia, que de ella nacimos, que somos producto de un acto amoroso, sin importar si fue dentro del matrimonio o de una relación de pareja, legalizada o no, estaremos más abiertos a entender las diversas formas de relacionarnos. Aceptaremos que existen tantas formas de amar y de relacionarse como seres humanos hay en este mundo. Que los seres humanos somos capaces de dar y sentir amor por otros u otras, sin que tenga que ver el género al que se pertenezca. A partir de ahí las expresiones de la sexualidad serán vistas como eso, sin mayores complicaciones.

Todo esto viene a colación porque la aparición del SIDA sacó a la luz pública una serie de conductas sexuales que habían permanecido ocultas. No es que no existieran, simplemente eran algo de lo que era mejor no hablar.

Tomando en cuenta que en los inicios de la epidemia del SIDA los primeros casos documentados se presentaron en hombres jóvenes con orientación homosexual, no faltó quienes señalaran que se trataba de un castigo divino por actuar contra natura. Los hombres que mantenían relaciones amorosas y sexuales con los de su propio género fueron señalados como los responsables del SIDA.

Más adelante se le ligó con usuarios de drogas intravenosas. Entonces también se hablaba de gente sin moral, sin valores, etcétera. Le siguieron las y los sexoservidores, sectores de la población considerados de cuarta o quinta categoría. Si antes de esta pandemia ya existía estigmatización hacía estos grupos, el SIDA vino a exacerbar más la situación.

En esa época los medios de comunicación jugaron un papel fundamental y hasta criminal, ya que al hacer creer a la población que sólo los homosexuales, los usuarios de drogas y quienes se dedicaban al comercio sexual estaban en riesgo, colaboraron a que amplios sectores de la humanidad supusieran que estaban a salvo. El SIDA fue y sigue siendo percibido por muchos como algo “que les pasa a los otros, a los que se portan mal, a los que tienen conductas inadecuadas, a los que ejercen la prostitución, a los homosexuales, a los usuarios de drogas, etcétera”. A los otros, menos a mí.

Esta visión es alentada desde los medios masivos cuando señalamos que tal o cual persona que murió de SIDA era homosexual o trabajador sexual, o usuario de drogas, como si el hecho de ser “eso” fuera la causa de haber adquirido el SIDA.

Pocas veces somos capaces de hablar del SIDA como de una enfermedad que afecta a la persona, a la familia, a la sociedad y al mundo. El SIDA sigue siendo para muchos algo lejano, de lo cual hay que mantenerse alejado.

Quienes lo contraen lejos de ser objeto de nuestra solidaridad, despiertan en muchos de nosotros temor, coraje y un deseo de mantenerlos lo más lejos posible, no vaya a ser que el virus nos contagie.

En el ejercicio de mi carrera periodística, desde hace poco más de diez años me interesé por lo que ocurría en torno a esta patología. Sentía que los medios masivos hablaban más de cifras que de personas. Al entrevistar a tal o cual funcionario la pregunta obligada era, y sigue siendo en muchas ocasiones, ¿cuántos casos de SIDA existen? ¿De éstos, cuántos son homosexuales o trabajadores/as sexuales?

Recuerdo que en 1989, hablando con el licenciado Ricardo del Valle, quien acababa de llegar a dirigir el periódico *El Occidental* en la ciudad de Guadalajara, al comentar sobre la necesidad de tratar el tema del SIDA de una manera diferente llegamos a la conclusión de que era necesario ponerle cara, dejar de lado las cifras y humanizar el problema.

Creía entonces, y sigo creyendo, que es necesario ponernos un poco en los zapatos del otro, escucharlo, saber qué siente, de qué manera le afecta un resultado positivo, en qué forma cambia su vida y su visión de la misma y desde ahí tratar de dar un panorama más amplio que permita a quienes nos leen o escuchan tener un punto de vista de primera mano.

Sigo pensando que quienes trabajamos en los MMC somos el enlace entre el emisor y la sociedad. Nuestra tribuna debe estar al servicio de aquellos que no tienen voz pública, que cada vez que emitamos un mensaje sepamos que en la forma como abordemos tal o cual problema estaremos influyendo a otros. No es gratuito que se hable de los MMC como el cuarto poder, pero la manera como hagamos uso de ese poder será la diferencia entre influir de una manera positiva o negativa.

En la medida en que todos y cada uno logremos entender que el SIDA es algo que puede afectar a cualquiera. En la medida en que logremos transmitir ese mensaje a quienes nos leen, o escuchan: que el SIDA, como señaló el gran líder Nelson Mandela en la clausura de la Conferencia Internacional de Sudáfrica, no es algo que les da a quienes se portan mal, sino a aquellos que no tuvieron las herramientas adecuadas para evitar que el virus entrara a su organismo, que el virus no escoge a quienes tienen tal o cual conducta, que el virus no nos invade por lo que somos sino por lo que hacemos y por la manera como lo hacemos, en esa medida estaremos contribuyendo a parar esta pandemia que destruye familias y sociedades enteras como en el caso de África.

A lo largo de estos años he visto a jóvenes que fueron infectados en su primera relación, así como a otros tantos que a pesar de tener una vida sexual activa se han mantenido sanos. He conocido personas para quienes el virus ha sido una llamada de atención que les permite tomar contacto con ellos mismos como seres humanos, mientras que para otros es la peor desgracia que les pudo suceder: los primeros luchan por ellos y por otros que están en situación similar. Los

segundos se dedican a dolerse de su suerte, se sienten enojados con la vida y difícilmente logran superar el problema. Mueren sin intentar hacer algo por sí mismos. Se sienten culpables, que se merecían la enfermedad por su conducta, por ser sexualmente activos, o usuarios de drogas, o lo que sea, que los puso en riesgo.

Los primeros están aquí, son un ejemplo a seguir para nosotros. Los otros mueren pronto o enferman constantemente. Los primeros son los sobrevivientes a largo plazo. Los que saben que son útiles para ellos y para los demás. Que tienen mucho que dar y recibir. Los que nos dan verdaderas lecciones de vida.

Los segundos están demasiado dolidos con su suerte y son incapaces de ver más allá. Los primeros no permiten que violen sus derechos humanos y los de los otros. Los segundos ignoran que tienen derechos humanos, menos aun son capaces de defenderlos.

Dignificar a todas estas personas es una tarea que tenemos todos. Como comunicadores es una gran responsabilidad. La visión que la sociedad tenga de quienes viven con el virus que causa el SIDA es en buena medida nuestra responsabilidad.

Si en los inicios de la epidemia el miedo nos paralizó y buscamos culpables, a estas alturas no podemos permanecer impasibles. Sabemos que la información da poder, por lo tanto es importante ser cuidadosos e informarnos antes de transmitir un hecho o una situación.

El día que veamos a los otros como quisiéramos que nos vieran a nosotros mismos. Que seamos capaces de empatizar, de ponernos en los zapatos del otro, de pensar que el SIDA no discrimina pero la sociedad sí, ese día cumpliremos nuestra labor social frente a los afectados y el resto de la sociedad.

Los invito a que desde el lugar que tengamos en la sociedad pongamos nuestro granito de arena para evitar que cada día más personas sigan adquiriendo el virus que causa el SIDA, así como para respetar y dignificar a aquellos que ya viven con el virus.

Luchemos por un mundo sin SIDA.

Durbán 2000, rompiendo el silencio: el punto de vista de algunos/as integrantes de la sociedad civil mexicana

*Jorge Huerdo Siqueiros**
*Carlos García de León Moreno***

Por primera vez un país del sur, Sudáfrica, que cuenta con una de las más altas tasas de infección, ubicado en el África subsahariana, donde se concentra el 70% de los casos de VIH/SIDA a nivel mundial, fue la sede de una de las tres Conferencias Mundiales que por su tamaño e impacto convocan a la participación de gobiernos, organismos, asociaciones científicas, comunidades, activistas y medios de comunicación.

El recuento de las dolorosas cifras del impacto de la pandemia en esta región fue suficiente para darle todos los ingredientes precisos para que la Conferencia fuera la arena del debate político y la oportunidad para que África se desnudara ante las naciones haciendo aún más visibles las injusticias sociales, las inequidades del sistema político mundial y el triste contraste entre el desarrollo y la pobreza extrema.

La participación comunitaria dentro de las Conferencias Mundiales del tema que hoy nos convoca ha ido compartiendo este foro internacional en un intento de equilibrar el enfoque científico con la visión comunitaria.

Las organizaciones internacionales de la comunidad representan, desde su ámbito, los intereses de las diversas comunidades, tanto de personas que viven con VIH/SIDA a través de la Red Global de personas que viven con VIH/SIDA (GNP+), de la comunidad de mujeres que viven con VIH/SIDA por medio de la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW), y de las organizaciones con servicio en VIH/SIDA a través del Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO), asegurando que la Conferencia dé voz y foro a las y los impactados por esta entidad clínica en todas las esferas del quehacer humano.

A ello obedece que Jorge Huerdo, en su carácter de persona viviendo con VIH/SIDA y dirección alternante de GNP+ Latinoamérica, y Carlos García de León como Punto Focal Nacional de LACCASO en México, la iniciativa regional de ICASO y miembro de una organización de la sociedad civil con trabajo en el tema, estemos totalmente involucrados e interesados en la participación de las comunidades en las Conferencias Mundiales y Regionales.

*Director Ejecutivo de PoSitHIVos por la salud y la diversidad sexual (asociación de personas afectadas por el VIH/SIDA); Secretario Técnico de MEX-SIDA (Comité de Observación Civil Ciudadana sobre VIH/SIDA), Miembro del Consejo Técnico de *Letra S*, salud, sexualidad y SIDA, y Director alternante de la Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+) Región Latinoamérica.

**Presidente de Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, A.C. (AVE de México), integrante del Grupo Directivo de MEX-SIDA (Comité de Observación Civil Ciudadana sobre VIH/SIDA), miembro coordinador del Proyecto Alianza-México, y Punto Focal Nacional del Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en SIDA (LACASSO).

Hemos dividido nuestra presentación en dos segmentos, un análisis acerca de la Conferencia desde el punto de vista comunitario y una revisión acerca del involucramiento de la comunidad en la Conferencia. Finalmente, presentaremos algunas propuestas que consideramos indispensables para un mejor aprovechamiento de eventos de esta magnitud.

Es particularmente interesante que en Durbán lo científico estuvo permanentemente ligado a lo político y a lo social. Las presentaciones sobre avances terapéuticos anti VIH siempre estuvieron acompañadas de la consideración de la posibilidad de que éstas pudieran tener un alcance universal.

Participaron en la Conferencia en Durbán más de 13 mil personas, y en lo que se refiere particularmente a la participación de integrantes de la sociedad civil organizada de América Latina y el Caribe de habla hispana, hubo un importante número de delegados. Entre otros países asistieron Argentina, Brasil, Bolivia, Cuba, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Perú, Uruguay, República Dominicana y México. Es importante destacar lo anterior, pero también es necesario apuntar algunas observaciones al respecto. Muchos/as de los/as participantes pudieron asistir debido a que fueron favorecidos ya sea con becas totales o parciales, lo cual es significativo si solamente pensamos que el boleto aéreo tiene un costo aproximado de 4 mil dólares. Lamentablemente no contamos con información detallada que indique cuántas personas de la región asistieron, y cuántas de ellas lo hicieron con beca. Lo que sí conocemos en forma general es cómo se dio el proceso de asignación de las becas: las personas interesadas tuvieron que enviar sus solicitudes de beca a un secretariado responsable; éste repartió las solicitudes omitiendo los nombres y nacionalidades de los aspirantes entre un Comité Internacional, el que con base en términos de referencia previamente establecidos calificó a cada una de las solicitudes. Sin embargo, hay que destacar la importante labor de cabildeo que realizaron los representan-

tes de las Redes Regionales como GNP+ y LACASSO para garantizar una participación representativa de la comunidad de América Latina y del Caribe de habla hispana. Muchas veces se cuestiona la utilidad de las redes comunitarias mundiales y regionales por los mismos/as integrantes de la comunidad involucrada en la lucha contra el SIDA, y esto sucede en gran parte porque no es visible todo el trabajo y la labor que realizan sus representantes. Lo anterior puede obedecer a varias razones, como: la falta de recursos para emitir y recibir comunicaciones principalmente electrónicas; la falta del dominio del idioma inglés en la mayor parte de los/as participantes de la región; la incapacidad para comprender los mismos términos de referencia y tener un pensamiento regional y no exclusivamente local, lo que en ocasiones impide lograr consensos y derivar en malos entendidos y, por supuesto, el desinterés por asuntos regionales que competen a todas las personas involucradas en el trabajo en SIDA. Esto desemboca en el hecho de que muchas veces los/as participantes sientan durante las Conferencias como Durbán un clima agresivo y de abandono, teniendo como resultado el desinterés y la falta de aprovechamiento de la Conferencia por algunos de sus participantes.

Desde el punto de vista de los/as activistas nos vimos sorprendidos al ver a investigadores y científicos exponer sus posiciones personales, aunque a veces éstas se contrapusieran a los mismos resultados de sus hallazgos; lo cual nos hizo ver que sí son humanos, lo que no siempre sucedió con muchos otros políticos tecnócratas de la salud, que continúan empecinados en sus mismas posiciones de hace dos años o más, respecto a lo que sí se puede hacer para disminuir el impacto del VIH y las acciones para mitigar el daño causado por la epidemia. En África, al tratarse del SIDA difícilmente podríamos hablar de homofobia, pero lo más parecido podría ser sidofobia.

Si en algo se asemejan África y América Latina es en que padecemos problemas endémi-

cos anteriores a la aparición del SIDA. Uno de ellos es el hambre. Un pueblo que padece hambre y violencia no es el más receptivo para estrategias e intervenciones de prevención en VIH. Ningún tratamiento anti-retroviral funciona o funcionará en estómagos vacíos, y en eso sí estamos de total acuerdo con los tecnócratas.

Las personas que vivimos con VIH o SIDA en los países en subdesarrollo, estamos expuestas cotidianamente a un sistemático genocidio debido a la irresponsabilidad y a la negligencia de las autoridades, quienes se escudan en la falta de presupuesto y en la falta de políticas que a la larga resultan más letales para nosotros que el propio virus de la inmunodeficiencia humana. Esto: ¿cómo se reduce a gráficas?, ¿cómo se calcula?, ¿cómo se cobra?

A favor del programa oficial podemos señalar la importancia dada a todo lo que afecta a los países en desarrollo en conjunto, y a África en particular. Sin duda, el acceso a tratamientos y la prevención de la transmisión vertical fueron las estrellas de las sesiones. Muchas de ellas estaban repletas hasta el punto de que se impedía la entrada a nuevos/as delgados/as, resultando muy animadas e interesantes.

Fue positivo que se programara una Reunión Satélite sobre Mujeres, donde se abordaron temas específicos de género, que por lo demás estuvieron más presentes que en otras ocasiones por su conexión tanto con la transmisión vertical como con la transmisión heterosexual, principal vía en el continente africano.

En contra podemos destacar la concentración de sesiones sobre un mismo tema un mismo día y a la misma hora. Por ejemplo, las sesiones dedicadas a la reducción de daños se programaron de tal manera que era imposible asistir por lo menos a una tercera parte de ellas, debido principalmente a la gran distancia que había entre algunos espacios, como del Centro de Convenciones al Ayuntamiento, una ruta que además resultaba insegura y peligrosa.

Una polémica a tener en cuenta fue el bajo perfil de la parte relativa a las ciencias básicas y

clínicas. Apenas hubo datos ya conocidos sobre algunos nuevos fármacos en experimentación, la reconversión de la interrupción programada de tratamientos de vacuna terapéutica a profilaxis de efectos secundarios, y el dilema irresuelto sobre la relación entre resistencias y concentraciones plasmáticas de fármacos.

Faltaron muchos de los grandes nombres de la investigación estadounidense y europea. No se ofrecieron datos que supusieran algún avance significativo y los simposios comerciales no tuvieron el alcance de otros encuentros. El doctor José Gatell, miembro del Comité Científico para el itinerario sobre ciencias clínicas para esta edición de la Conferencia, se comprometió a incrementar el nivel en la cita de dentro de dos años en Barcelona.

Resultó interesante el que simultáneamente al compromiso del doctor Gatell, la Sociedad Internacional del SIDA defendiera el nivel científico de la Conferencia al tiempo que anunciaba su primera Conferencia sobre Patogénesis y Tratamientos el año que viene en Buenos Aires. Lo anterior indica el interés de la Sociedad Internacional de SIDA en retomar el formato de las primeras Conferencias, en las cuales únicamente se atendía a las ciencias básicas y clínicas; además, en estos apartados la Conferencia Mundial ahora tiene que competir en calidad con las ediciones de las Conferencias relativas a Patogénesis y Retrovirus que se han celebrado en Estados Unidos, como la última en la ciudad de Chicago.

A pesar de haber transcurrido ya trece ediciones de la Conferencia Mundial, la comunidad científica no se ha acostumbrado a compartir y ser cuestionada desde otros sectores, como los activistas que viven con VIH/SIDA, generando esto mucho malestar a un gran número de especialistas técnico-científicos, quienes lamentablemente no han cambiado su actitud y continúan asumiendo actitudes de semidioses. Es necesario que estos expertos entiendan que nuestros conocimientos no son mayores o mejores que los de ellos, simplemente son diferentes.

Por otro lado, también es necesario reflexionar por parte de la base comunitaria mundial que debemos buscar nuevas herramientas de negociación y diálogo, y no utilizar como primera estrategia el choque, el cual, además de estar desgastado y de no impresionar a nadie, impide el avance efectivo entre las diversas comunidades involucradas en el combate de la epidemia. Ver a Act-Up tomar por asalto y agresivamente los *stands* de las compañías farmacéuticas quizá resulte atractivo para quien vive la experiencia de su primera Conferencia Mundial, pero para los que ya han asistido a varias ediciones resulta monótono y aburrido —es más de lo mismo—.

Hoy es indispensable entender y comprender plenamente que el VIH/SIDA constituye un problema de desarrollo con profundas implicaciones sociales, por lo que es urgente hacer énfasis en la acción multisectorial y transdisciplinaria.

Sin duda la indignación nos invade frente a la discriminación, la desprotección por la falta de la más elemental atención a la salud. Respecto al activismo consideramos que hubo dos tendencias principales: la del activismo internacional, que podría estar representado por Act-Up, que cuestionó a gobiernos, a agencias internacionales como la OMS y ONUSIDA por su complacencia con la industria farmacéutica. El beneficio que esto puede traer a la sociedad se ve amenazado por las formas y estilos, ya los activistas de Act-Up demostraron hacia la comunidad un muy particular sentimiento paternalista, no dando opciones a otra forma de activismo que no fuera el de su formato.

La otra manifestación clara de activismo durante la Conferencia fue la propia sudafricana, que abarcó a las organizaciones del evento, a los científicos, a las personas que viven con VIH/SIDA y a las Organizaciones no Gubernamentales, quienes centraron su presión, en otro tono, en el gobierno sudafricano principalmente por el acceso a los tratamientos anti-retrovirales para la prevención de la transmisión vertical. Es importante destacar la ejemplar presentación en la

primera plenaria como homenaje a Jonathan Mann, en la que el juez sudafricano, blanco, homosexual e infectado desde hace diez años Edward Cameron, habló fuerte y claro, cuestionando a su gobierno y las posiciones y justificaciones del presidente Mbeki frente al SIDA.

El Community Indaba, el foro comunitario de la Conferencia, contó con la participación de 1,500 delegados que durante dos días se avocaron al análisis de tres tópicos: *Desarrollo y seguridad en humanos*, *Género y diversidad*, y *Tratamientos y atención*. El Comité que preparó el programa estuvo compuesto por representantes sudafricanos de GNP+, ICW e ICASO, con Peter Buse y Clarence Mini como vicepresidentes a nivel local.

El Indaba dio inicio con una emotiva y sencilla ceremonia de inauguración, en la que las historias personales dieron cuenta del impacto del VIH/SIDA en diversas comunidades desde la perspectiva gay, la perspectiva de los usuarios de drogas, cerrando con la perspectiva africana, en contraste con la fastuosa ceremonia de inauguración de la Conferencia.

El llamado a la acción desde las comunidades facilitó que se concentrara la visión en el sufrimiento africano y en darle rostro a las impresionantes estadísticas que siempre, siempre, son números fríos, múltiplo de uno, uno como la individualidad a la que da voz el foro comunitario.

El tema sobre *Desarrollo y seguridad en humanos* abarcó aspectos que fueron desde el fondeo para organizaciones civiles, la orfandad, mujeres y jóvenes, de la vulnerabilidad al empoderamiento, represión en hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas intravenosas y trabajadores y trabajadoras sexuales, violencia y abuso sexuales, hasta el cuestionamiento acerca del impacto de las personas que viven con VIH/SIDA. Fue un análisis somero y no profundamente crítico como hubiéramos esperado.

En el tópico de *Género y diversidad* se analizaron cuestiones centrales en cuanto al gé-

nero y su impacto en la epidemia, así como la diversidad sexual como parte de las comunidades. Estos temas no tuvieron el mismo reflejo en la Conferencia. Cabe mencionar que incluso hubo una presentación en la misma denominada Sexualidad, ¿aún en la agenda? Se revisaron los roles del hombre heterosexual en el uso del sexo protegido, la inequidad de poder en las relaciones hombre-mujer, la salud sexual y reproductiva en hombres, mujeres y transgéneros, jóvenes y sexualidad y la relación entre los derechos de gays, lesbianas y hombres que tienen sexo con otros hombres para programas efectivos en relación con el VIH/SIDA.

El apartado *Tratamientos y atención* incluyó los temas de importaciones paralelas, licencias obligatorias, patentes y personas que viven con VIH/SIDA, clubes de compradores y donaciones de medicamentos, el rol de la nutrición, y el papel del personal paramédico en los cuidados paliativos.

El Foro Comunitario facilitó el análisis de estas temáticas y proveyó a los asistentes de una visión panorámica sobre la situación de estos tópicos en diferentes regiones. Desde nuestra perspectiva el foro sensibiliza e informa y en algún sentido fortalece el desarrollo de algunas habilidades, sin embargo, no cuenta con un producto que pudiera engranar el trabajo desde la diversidad de las comunidades participantes para llevar a cabo acciones a escala global que produzcan cambios y puedan marcar la diferencia en cuanto a la visión de la comunidad.

Cabe agregar que hubo desorganización e incluso se revolvieron los ponentes teniendo que presentarse en mesas que no eran las de su tema. En todos sentidos las comunidades pudieron expresarse e intercambiar experiencias sin arribar a un plano que facilite la toma de decisiones, al menos en los niveles regionales.

Se preparó una sesión de cada una de las regiones que no pudo ser aprovechada más que para dar algunos avisos, extender invitaciones y presentar a las y los participantes. En el caso concreto de América Latina, la sesión fue facilitada

por Javier Hourcade (Secretario Regional de GNP+), Edgar Carrasco (LACCASO) y Giovanna Torres de ICW. Ésta no fue más allá de las presentaciones y el reconocimiento de las barreras del lenguaje para muchas y muchos de los asistentes.

El Foro Comunitario tiene su extensión durante la Conferencia a través de talleres de desarrollo de habilidades y sesiones comunitarias intercaladas durante la misma.

El proceso burocrático para la participación en los talleres y la poca información al respecto, provocó confusión en las y los participantes, además de la inevitable duplicidad de actividades que hacen imposible la asistencia a todo el programa. Los títulos de los talleres con frecuencia no coincidían con la realidad y en ocasiones se cerraron las listas de participación y los talleres contaron con muy pocos participantes. Pocos talleres estaban programados para tener continuidad y unos cuantos fueron en español, contando con poca asistencia. Algunos de ellos se notaban poco preparados e improvisados y muchos más cumplieron con las expectativas de los inscritos. Los formatos de evaluación no permitían un reflejo de lo aprendido ni de los compromisos adquiridos en su caso.

Las sesiones comunitarias dentro de la Conferencia, en cambio, fueron interesantes y aunque el reducido tiempo y la cantidad de participantes no permitían un análisis profundo sobre el tema, facilitaron la presentación de diversos trabajos y la discusión desde las comunidades al respecto. Dentro del programa de la Conferencia el Track E, *Derechos, políticas, compromisos y acción* fue una nueva inclusión que dio oportunidad a muchas expresiones comunitarias que no tenían cabida en anteriores Conferencias Mundiales.

El activismo se hizo presente de diferentes formas, desde la ya tradicional toma de *stands* por parte de Act-Up, sin ningún efecto de relevancia, una interesante marcha antes de la ceremonia de inauguración en la que América Latina evidenció su participación ante los me-

dios y las comunidades africanas, y el trabajo de las representaciones internacionales en diferentes ámbitos y sesiones satélite para presentar sus avances, sus posibilidades, pero sin ser lo suficientemente críticas para fortalecer la movilización social ni aportar nuevos formatos.

Hace falta, desde nuestra perspectiva, una mejor preparación de los participantes para asegurar al máximo el aprovechamiento y la toma de decisiones que forzosamente tuviera un impacto y una respuesta en el nivel regional y local.

“¡América Latina quiere oír, quiere hablar, para romper el silencio!”, fue la consigna portada por nosotros y nosotras durante la marcha en la que se exigía la reducción de los costos de los medicamentos y que hubiera acceso especialmente para Sudáfrica. Acompañados por la policía montada, carros antimotín y policías a pie, que incluso llevaban fuetes, ésta fue una de tantas expresiones alrededor del complejo tema del acceso a tratamientos y las inequidades que no facilitan tal proceso a escala mundial, justo antes de presenciar una fastuosa y costosa ceremonia de inauguración a la que asistió el presidente sudafricano.

La Conferencia estuvo lógicamente centrada en la problemática africana y específicamente en la situación del país sede, por ello fueron contadas las participaciones que llamaron la atención acerca de nuestra problemática regional. Temas como las patentes de medicamentos, la calidad de los tratamientos, la cooperación tecnológica, la desigual accesibilidad a tratamientos en los países latinoamericanos y del Caribe, no tuvieron el impacto deseado, compitiendo forzosamente con la situación de emergencia de la región subsahariana.

Si América Latina quiere escuchar, precisa capacitarse ampliamente en la defensoría, promoción y cabildeo para tener recursos humanos eficientes y con las habilidades precisas que la epidemia y las comunidades demandan. Si América Latina quiere hablar y romper el silencio, necesita renovar su discurso y sus acciones

para asistir a eventos de esta magnitud con un trabajo articulado y mejores posibilidades para el impacto en los niveles locales y regionales, que puedan asegurar su presencia, voz y acciones articuladas para mejorar la situación y la respuesta comunitaria. En México requerimos prepararnos de diferente manera para traer y compartir lo aprendido, reflejar el trabajo de las comunidades de todo el país, para formular respuestas regionales con una visión crítica y propositiva. En México también necesitamos *Romper el silencio*, fortalecer y reconocer liderazgos, formular nuevos formatos de activismo con mejores resultados, precisamos profesionalizar nuestro quehacer y enriquecernos con las Conferencias que en última instancia son herramientas y no premios. En México romper el silencio urge de la revisión autocrítica de una sociedad civil dividida que muy lentamente se consolida, pero que aún no da respuesta efectiva para la demanda que el país necesita.

Propuestas

- Incrementar la participación de activistas comunitarios en los comités científicos para garantizar una mayor presencia de la problemática asociada con la comunidad local e internacional.
- En Durban, miembros de la comunidad internacional, particularmente la latinoamericana, presionaron al Coordinador Comunitario Local (Joan Tallada) para la edición 2002 de la Conferencia, para que se comprometiera al uso del español en la Conferencia de Barcelona. No depende en absoluto de la comunidad local que el castellano se convierta en lengua oficial de la Conferencia del 2002; es necesario que quede claro, guste o no, que el idioma oficial de esta Conferencia, así como de otros eventos internacionales similares es el inglés.

- Es indispensable insistir entre todas las comunidades involucradas que se comprenda y accione observando que el VIH/SIDA constituye un problema de desarrollo con profundas implicaciones sociales, haciendo énfasis en la acción multisectorial y transdisciplinaria.
- La sociedad civil organizada con trabajo en VIH/SIDA y las asociaciones de Personas que viven con el Virus debemos romper círculos viciosos sobre discusiones de temas ya desgastados, y dar paso a nuevos cuestionamientos y debates debidamente informados, primeramente hacia el interior de la comunidad, como leyes de patentes y calidad en los medicamentos, intervenciones de prevención en los grupos con comportamientos riesgosos. Es necesario comprender que dentro de lo importante por hacer está ante todo lo urgente, y que esto será lo que logre una verdadera disminución del impacto de la epidemia dentro de nuestras sociedades en América Latina.
- Editar un folleto en varios idiomas con trucos y consejos que orienten a las personas.
- Subir el programa íntegro a internet con un mes de antelación, de forma que se pueda llegar a la Conferencia con una idea más clara de las prioridades de trabajo individuales o grupales.
- Incrementar las fórmulas que han tenido más interés, como los debates y los satélites específicos dentro del Programa Comunitario, y calibrar con más precisión la expectativa de participación.
- Crear un libro de actas que incluya el compromiso de trabajo de los activistas comunitarios para los dos años siguientes y la lista de acciones para presionar sobre las políticas mundiales en SIDA.
- Crear un plan de evaluación riguroso e independiente de la Conferencia
- Crear un plan propio para el Programa Comunitario que incluya un equipo de evaluadores experimentados, hojas individuales de evaluación y datos objetivos sobre indicadores previstos y logrados. Es necesario conocer algo tan simple como cuántas personas acudieron a cada sesión o taller.

Impacto económico de la epidemia por VIH/SIDA

Carlos Ávila-Figueroa*

A pesar de que la Conferencia Mundial sobre SIDA tiene la capacidad de convocar y reunir cada dos años a representantes de todo el mundo, había serias dudas sobre la capacidad de un país africano para atraer investigadores y organizar un evento exitoso. Hay que admitir que después de casi dos décadas de trabajo para controlar esta enfermedad, el lema de la conferencia *Romper el silencio* parecía un cliché más en explotada retórica del SIDA. Para complicar más el escenario, a nuestra llegada a la Conferencia, el presidente sudafricano Mbeki, él mismo un disidente político en el pasado, le había dado voz a un grupo de disidentes que en contra de 20 años de evidencia científica rechazan que el SIDA sea una enfermedad infecciosa causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Esto parecía tener un efecto inmediato en la cultura popular. Con asombro se escuchaban las opiniones de algunos transeúntes, que al ser entrevistados por la televisión local afirmaban que en realidad el problema en África era la pobreza y el SIDA más bien era una invención para vender medicamentos europeos y norteamericanos. Éste era el contexto al iniciar una conferencia que no prometía presentar avances científicos significativos y que, sin embargo, y en contra de todo nuestro escepticismo, demostró una vez más la importancia que tiene para im-

pulsar la agenda global para el control de la epidemia de SIDA.

Uno de los temas que ha ido adquiriendo mayor relevancia en estas conferencias es el análisis de la epidemia desde una perspectiva económica. Por un lado, la epidemia cobra un costo social creciente al arruinar hogares y comunidades, y por su característica de dañar a personas jóvenes se reconoce que daña a los medios de producción en estas sociedades. Los individuos infectados se ven seriamente afectados en su ingreso y en sus oportunidades de trabajo. Un estudio en Tailandia que comparó el ingreso antes y después del diagnóstico de VIH, documentó una reducción en el ingreso mensual de las personas afectadas de US\$170 a US\$105 después de que se conoció su enfermedad; asimismo, la tasa de desempleo en la población infectada aumentó del 7.6 al 31.6% (K. Chancharoen). La infección por VIH es catastrófica no sólo para los individuos sino también para los hogares. En otro estudio tailandés se mostró que el VIH afecta el ingreso de los hogares en un 70%, específicamente el consumo se reduce en un 43% y la deuda de esas familias aumenta en un 118% empobreciéndolas seriamente (S. Kongsin). El impacto en la productividad se refleja en la industria y en los negocios en el nivel tanto local como nacional. Para analizar esta situación se

*Investigador titular de los Institutos Nacionales de Salud, México.

propone un modelo para países en desarrollo en donde se consideraron tres componentes de impacto económico: 1) los costos directo de bolsillo, tanto en beneficios como en capacitación; 2) los costos indirectos debidos a la pérdida en la productividad, principalmente por ausentismo y enfermedad, y 3) otros costos imponderables que sin duda son muy importantes, como la baja en la moral, la motivación, la experiencia y el desempeño en el lugar de trabajo (D. Thea).

La epidemia de VIH/SIDA también genera una mayor demanda de servicios médicos, lo cual impone una carga adicional sobre los sistemas de salud que en países pobres están de por sí rebasados por otras enfermedades emergentes e infecciones endémicas. Esta situación está creando una crisis social y de gobierno, y provoca tensiones principalmente por la falta de recursos para hacerle frente y por una fragmentada e ineficiente administración de los recursos financieros. En un buen número de países esta crisis es magnificada por profundas inequidades en la distribución de la riqueza. Sin duda en el mundo hay enormes desigualdades, pero éstas parecen ser más graves en el continente africano. Para ilustrar esta situación, el cuadro 1, presenta un análisis comparativo entre México y Sudáfrica.

Como se puede constatar, hay enormes diferencias en dos países con un PNB per cápita bastante parecido. La epidemia sudafricana afecta a más de 4 millones de personas que representan un 10% del número mundial de casos. Hay evidencias de que hasta un 18% de los jóvenes de ese país se encuentran infectados por el VIH. También se estima que la epidemia sudafricana ha reducido la esperanza de vida y dejado huérfanos a cerca de medio millón de niños. Se estima que si no hay una intervención exitosa, la esperanza de vida en Sudáfrica podría reducirse de 55 años a 40 años y la tasa de crecimiento podría ser cercana a cero (Dorrington R). Una forma en que se ha tratado de explicar el impacto de esta epidemia en ese país es por las profundas inequidades económicas que lo caracterizan. Estas inequidades son más obvias cuando revisamos algunos datos adicionales. Sudáfrica es el principal productor de oro en el mundo, su producción anual es de más de 600 toneladas y cuenta con las reservas minerales más grandes de cromo y manganeso. Sudáfrica ocupa el quinto lugar en la producción de diamantes naturales, con una producción anual de 9 millones de quilates. Eskom, la compañía de electricidad sudafricana, ocupa el cuarto lugar mundial en servicios de electricidad tanto en volumen de venta como en capa-

Cuadro 1
Situación comparativa de la epidemia de VIH

	México	Sudáfrica
Población	97.0 millones	43.0 millones
PNB per cápita	\$3,500	\$3,520
Mortalidad infantil	29 por mil	49 por 1000
Esperanza de vida	72 años	55 años
Casos acumulados	42,000	no notificable
Prevalencia embarazadas	0.4%	19%
Personas viviendo con VIH	150 mil	4.2 millones
Huérfanos por SIDA	14 mil	420 mil
Prevalencia en jóvenes	0.23%	18%

cidad nominal. Otra compañía, la OBP, produce 170 millones de vacunas al año y exporta el 25% de su producción. La Bolsa de Valores de Johannesburgo (JSE) se cuenta entre las diez más importantes del mundo. Y, qué decir del capital humano, Sudáfrica cuenta con 21 universidades y una población de 500 mil estudiantes; sus médicos y científicos son de primer nivel. No hay que olvidar que el primer trasplante cardíaco en el mundo lo realizó Chris Barnard, en Ciudad del Cabo, en 1967. Cinco sudafricanos han sido laureados con un premio Nobel. El excelente nivel de actualización y de investigación de los científicos sudafricanos se constató durante toda la Conferencia. Lamentablemente, este nivel de desarrollo médico no está llegando a toda la población. En contraste, la medicina tradicional se practica en las regiones más pobres, donde tiene enorme presencia y no es una alternativa sino la única medicina. Este país africano permite ejemplificar una situación de enorme inequidad social que existe en muchos otros países de África. Si bien es cierto que no está claramente definido qué factores causaron una epidemia tan severa como la africana, y que se han tratado de dar explicaciones como los patrones de conducta sexual y la dinámica de las relaciones de poder entre géneros, lo que es evidente es que la epidemia es más severa en regiones donde convergen pobreza y enfermedad. En este contexto, el lema de la conferencia cobra enorme importancia y destaca la necesidad de “romper el silencio” sobre las inequidades en el acceso a servicios de salud y para la prevención del VIH.

Una necesaria reflexión sobre todo esto es la forma en que se ha empleado a la pobreza como un argumento para impedir el control de esta enfermedad. Este argumento se ha manipulado y lo único que refleja es una falta de solidaridad social que en muchos países se traduce en enorme discriminación para con las personas que viven con VIH. Como se afirmó en la clausura al referirse a un trabajo del área de ciencias sociales, el SIDA mata, pero también la homofobia (J. Huerdo).

Tampoco la falta de recursos económicos debería ser una limitante para que las propias comunidades se organicen. Ha quedado bien demostrado que la organización de asociaciones civiles ha sido crítica en la lucha contra el SIDA. En varios países de América Latina esta movilización social ha culminado con órdenes de la Suprema Corte de Justicia de esas naciones para proporcionar medicamentos anti-retrovirales para los enfermos con SIDA, tal y como sucedió en Costa Rica y Colombia. La caracterización de la epidemia en continentes no nos permite comprender su dinámica, identificar sus peculiaridades regionales, ni los movimientos migratorios de las personas infectadas. A pesar de la diversidad en los niveles de infección en el Cono Sur, Brasil, Centroamérica y el Caribe, la OPS generaliza la situación en el continente y reporta que la transmisión del VIH en América Latina y el Caribe se disemina a un ritmo menor que en el resto del mundo (Cuchi P). La exitosa y decidida política de Brasil para hacer frente a la epidemia contrasta con las propuestas de la OPS para la región (R. Mazin) de acopio de anti-retrovirales basado en reciclaje de medicamentos y de *leftovers* de países ricos hacia Centroamérica, la cual, sin duda, representa un programa de mitigación que es útil por un periodo breve, pero no resuelve la necesidad que existe de proporcionar tratamiento anti-retroviral oportuno, integral y universal, y tiene pocas posibilidades de ser exitoso ya que no posee un fundamento que le asegure una sustentabilidad en el largo plazo. Sin duda, las organizaciones comunitarias desempeñan un papel decisivo en la atención y apoyo para las personas que viven con VIH, y deben también ser incorporadas al trabajo de las instituciones gubernamentales para la toma de decisiones. En Brasil, entre 1993 y 1999 más de 900 proyectos con la participación de 300 instituciones de la sociedad civil recibieron financiamiento estimado en US\$ 22 millones directamente del Programa Nacional de SIDA brasileño (J. Galvao). Estas organizaciones tienen especial interés en que la asignación y

distribución de recursos sea la mejor. La importancia de la movilización social y comunitaria es reconocida por el programa de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA. En su reporte de la Conferencia, ONUSIDA documenta que las respuestas nacionales efectivas tienen en común las siguientes características: (1) voluntad política y liderazgo, (2) apertura social y la determinación para luchar contra el estigma social, (3) respuestas nacionales estratégicas, (4) acciones multisectoriales en todos los niveles, (5) respuesta basadas en la comunidad, (6) reformas sociales para reducir la vulnerabilidad, (7) respuestas de largo plazo y sustentables, (8) aprender de las experiencias exitosas, y (9) una adecuada asignación de recursos.

Quizá las dos historias más exitosas que combinan una respuesta gubernamental decidida apoyada por la movilización de la propia comunidad se encuentren en Brasil y Tailandia. También hay que destacar la importancia que tienen la estrategia de las respuestas nacionales y la asignación de recursos ligada a estas estrategias. La inversión tailandesa para su programa preventivo de uso de condón al 100% es bien conocida y demuestra la importancia de focalizar los esfuerzos y presupuestos. En un comentario publicado recientemente en *Lancet*, Martha Ainsworth, del Banco Mundial, y Waranya Teokul, de Tailandia, reconocen que aunque no existe una vacuna disponible, no hay razón para ser pesimistas ya que existen intervenciones con efectividad demostrada para prevenir la infección por VIH. Éstas incluyen aumentar el uso del condón, tratar las ETS, reducir el número de parejas sexuales, asegurar prácticas seguras de inyección y prevenir la transmisión materno-fetal del VIH. Cuando se analiza por qué algunos esfuerzos nacionales para controlar el SIDA no han sido exitosos, estos investigadores identificaron la renuencia de los gobiernos para reconocer y confrontar la epidemia y la necesidad de establecer prioridades cuando se enfrentan con serias restricciones administrativas y presupuestarias. Los recursos disponibles para la imple-

mentación de programas nacionales deben focalizarse a un número limitado de prioridades. Las más importantes son el cambio de conducta en individuos con actividades de alto riesgo, asegurar el acceso universal a tratamiento de infecciones oportunistas, e integrar al SIDA dentro de los programas dirigidos a grupos vulnerables pobres. Al focalizar programas y recursos, los gobernantes podrían tener un mayor impacto en la prevención, mitigación y tratamiento, a la vez que construyen la base para desarrollar programas de mayor alcance cuando los recursos se expandan.

En el congreso se presentaron trabajos que evaluaron el costo y la efectividad de algunos de estos programas focalizados cuya efectividad está bien demostrada, como la profilaxis anti-retroviral para la prevención perinatal y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. El costo-efectividad (C/E) para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual se estima en US\$10.00 por DALY. También se presentaron datos sobre el número de infecciones por VIH atribuibles a las cuatro ETS más comunes en Estados Unidos. Se estima que 3,249 casos son atribuibles a infecciones por clamidia, 1,002 casos a sífilis, 430 casos a gonorrea, y 371 casos a herpes, y que representan US\$985 millones en costos directos para el tratamiento del VIH (Chesson H). En otro trabajo, que evaluó el suministro de condones femeninos en trabajadoras sexuales de Sudáfrica y empleó escenarios muy conservadores, se documentó la prevención de casos de infección por VIH, sífilis y gonorrea que representan ahorros anuales de US\$9,116 por cada mil trabajadoras sexuales que participan en el programa (Marseille E). En un trabajo que reconoce la importancia de las actividades preventivas en adolescentes se analizaron los costos de los programas dirigidos a escolares en Camerún (C. Watts). En él se estima que el costo por cada estudiante cubierto por el programa es de US\$1.40 hasta US\$7.90, dependiendo de la extensión del currículum y la intensidad de

la interacción con el estudiante. Un trabajo similar conducido en Ghana dirigido a jóvenes y que enfatiza los aspectos de prevención y uso del condón, calculó un costo de US\$17.00 por cada estudiante que participó en el proyecto. Dado que éste se basaba en la replicación de la información por pares, un cálculo conservador estima un costo de US \$4.00 por cada joven que fue involucrado en forma directa o indirecta por ese programa (SK. Clement).

Otro de los programas focalizados tiene como objetivo la prevención de casos de transmisión perinatal. La razón C/E para la prevención de la transmisión del VIH madre-hijo se ha reportado en US\$12.00 en Kenia y de US\$18.00 en Tanzania por cada DALY. Estos indicadores de C/E son comparables a otras intervenciones preventivas, como el programa ampliado de inmunizaciones (PAI). Un trabajo de Canadá estimó que por cada una de las 213 infecciones perinatales por VIH que se evitaron entre 1985 y 1999 se obtuvo un ahorro neto de Cdn\$0.5 millones por niño (Palmer R). Un estudio de costo-beneficio en la República Dominicana encontró que por cada peso que se invierta en un programa de prevención de la transmisión perinatal se ahorran 3 pesos en el largo plazo (M. Butler). En un estudio en México se estimó que un programa nacional de prevención perinatal podría tener un costo anual de US\$4.5 millones y de US\$ 41,560 por infección evitada en el niño usando el AZT067. El 92% de estos costos fue atribuibles a pruebas de detección y consejería, mientras que el costo de la profilaxis anti-retroviral representa una mínima proporción del total (Rely K). Debido a que el costo de anti-retrovirales representa la proporción mínima del costo total de un programa nacional, el uso de nevirapina tiene la limitación de su menor efectividad y la posibilidad de desarrollo de resistencia, es por ello que sólo tiene un papel reservado para aquellas mujeres embarazadas infectadas que no tienen control prenatal y se presentan a la sala de labor en la última etapa del embarazo. Los programas de detección de mujeres embarazadas deben ser

oportunos y sobre todo tener un fuerte componente de prevención de infección por el VIH en mujeres jóvenes. Un estudio en Kenia reveló que aunque el 63% de los adultos está dispuesto a realizarse la prueba de detección del VIH, la disponibilidad de consejería y exámenes de laboratorio no existe en la mayoría de las clínicas. Los costos recurrentes para proporcionar este servicio se estimaron en US\$6,600 por cada clínica, con un costo total para extender este servicio en los 579 centros de salud en Kenia de US\$3.8 millones por año (R. Mutemi).

La importancia de focalizar y emplear criterios de costo-efectividad en la asignación de recursos y en el establecimiento de prioridades en cuanto a la orientación del gasto en VIH/SIDA, tiene como propósito alcanzar un nivel de eficiencia que nos permita comprar más salud por la misma cantidad de dinero. Esto se refiere a la integración de paquetes de servicios preventivos y terapéuticos diseñados con base en estos criterios. Los criterios para diseñar los componentes de estos paquetes son tanto su efectividad como su costo y la relación que estos dos componentes guarda. La misma necesidad de conocer el costo de un programa nacional de prevención focalizado existe en países desarrollados como menos desarrollados. En Estados Unidos un programa dirigido a personas con alto riesgo de transmisión sexual costaría entre US\$151 millones y US\$1.2 billones (D. Holtgrave). Debido a que el costo del tratamiento de por vida (descontado) para tratar la infección por VIH es de US\$154,000, estos programas preventivos necesitarían tan sólo evitar entre el 9 y 26% de infecciones nuevas en Estados Unidos para tener una favorable razón costo-beneficio. Mientras que en África existen intervenciones contra el VIH muy vigorosas, pocas son las que han sido implementadas a un nivel nacional. La mayoría de estas acciones se han realizado con financiamiento externo que en 1998 se calculó en US\$165 millones. Sin embargo, para desarrollar un programa en la región del sub-Sáhara, que incluya acciones preventivas y

de tratamiento se estima que se requiere de una inversión de entre US\$1.29 y US\$2.57 billones. La mayor importancia de esta inversión radica en que su retraso, principalmente en prevención, significará una necesidad de recursos económicos todavía mayores (L. Kumaranayake).

El nivel de recursos que se destinan como respuesta a la epidemia del VIH/SIDA es muy variable en cada país y de alguna manera refleja decisiones políticas. El gasto estimado en VIH/SIDA en países seleccionados se presenta en el cuadro 2. Si bien es cierto que no hay un nivel de gasto que sea prescriptivo, un análisis comparativo nos permite ver la respuesta de los países a su epidemia. Es claro que la magnitud de la respuesta no es acorde con la gravedad de la epidemia ni tampoco con la capacidad económica del país. El gasto per cápita en África va de 3 centavos de dólar en Nigeria a casi 2 dólares en Tanzania, mientras que en América Latina el gasto va de 80 centavos en Guatemala a 6.6 dólares en Uruguay (C. Ávila). Es evidente que el

país con la respuesta más pobre, a pesar de ser un país de ingreso medio, es México. El gasto anual en Brasil se estima en 436 millones de dólares, en Guatemala de 12 millones, en México de 125 millones y en el Uruguay de 21 millones de dólares. Es también interesante analizar la estructura del gasto, ya que en estos países Latinoamericanos el 65% del gasto se orienta a servicios terapéuticos y alrededor del 30% a prevención. A pesar de la importancia que tiene la prevención, existe una presión social para proporcionar servicios terapéuticos a un nivel de gasto que pone en riesgo programas preventivos en regiones con menos recursos. Los países más pobres dependen mayoritariamente de ayuda externa y la mayor parte de su gasto es financiado por agencias y donaciones internacionales. El análisis de la información financiera y la estructura del gasto es muy importante para la planeación estratégica y para focalizar programas y presupuestos hacia las estrategias más efectivas al menor costo.

Cuadro 2
Respuesta al VIH/SIDA en países seleccionados de África y América Latina

País	Población en millones	Prevalencia del VIH en adultos	Personas que viven con VIH/SIDA	Gasto en VIH/SIDA per cápita US\$	PNB per cápita US\$
Botswana	1.6	25.1%	290 mil	\$1.79	
Kenia	29.5	11.6%	2.1 millones	\$0.76	
Nigeria	108.9	4.1%	2.7 millones	\$0.03	
Tanzania	32.8	9.4%	1.2 millones	\$0.07	
Uganda	21.2	10%	715 mil	\$1.81	
Brasil	161.8	0.7%	490 mil	\$4.04	\$4,650
Guatemala	12.1	0.4%	67 mil	\$0.98	\$1,300
México	97.2	0.6%	150 mil	\$1.25	\$4,130
Uruguay	3.2	0.3%	4.7 mil	\$6.63	\$5,600

Sin duda el mayor impacto económico de esta epidemia está relacionado con el costo de las terapias para controlar la progresión. Aun no siendo curativas, han mostrado enormes mejoras en la calidad de vida de las personas, reducciones en hospitalizaciones y prolongación de la sobrevida. La inversión en Brasil refleja claramente las ventajas de proporcionar tratamiento antiviral. La inversión brasileña en tratamiento antiviral no solamente ha reducido la mortalidad sino que la inversión anual en anti-retrovirales de 400 millones de dólares ha producido ahorros netos estimados en 72 millones de dólares, éstos son atribuidos a ahorros de 422 millones en hospitalizaciones y de 50 millones de dólares para el tratamiento de infecciones oportunistas. El gasto de este tratamiento en Brasil en 1998 representó el 80% del gasto federal total en acciones para VIH/SIDA incluyendo atención, prevención, vigilancia epidemiológica y gestión (S. Piola). El costo anual en anti-retrovirales varía enormemente y se reporta de US\$6,572 en China (Wu Z), de US\$11,652 por persona en Argentina (Cassetti I), y de US\$14,088 en San Francisco (Stansell J). Estas variaciones en costo son debidas principalmente a diferenciales internacionales en el precio de estas medicinas así como por la comorbilidad y la intensidad en el uso de recursos de diagnóstico y tratamiento en cada país. Las estrategias para reducir el costo del tratamiento van desde los programas de acceso a anti-retrovirales promovidos por ONUSIDA, la reducción del precio de los anti-retrovirales mediante convenios con las compañías farmacéuticas más importantes, los programas de solidaridad social, de compras consolidadas, hasta políticas de anti-retrovirales genéricos como en el caso de Brasil. La reducción en costos de anti-retrovirales en Brasil en los últimos cuatro años fue del 64% para nucleótidos, del 7.9% en inhibidores de proteasa y del 3.3% en no-nucleótidos. Las mayores reducciones se observaron con aquellos antivirales producidos en Brasil. A pesar de las cuantiosas compras en anti-retrovirales que realiza el programa brasileño, no hubo una

reducción significativa del precio de aquellos medicamentos que se producen fuera de Brasil (E. Sudo). Con el propósito de reducir los costos de tratamiento se ha explorado también el uso de combinaciones de nucleótidos en una sola presentación y la reducción en el número de dosis por día.

En un trabajo en que se comparó el costo de varias combinaciones de anti-retrovirales en relación con la carga viral, se encontró que la combinación de dos nucleótidos con efavirenz representa la opción más económica para alcanzar niveles no detectables con un costo diario de US\$13.14, que es muy inferior a los US\$22.20 diarios con la combinación que incluye ritonavir (RM. Grimes). Muy pronto se empezará a tomar en cuenta el costo de los efectos adversos de la terapia anti-retroviral sobre la base de su incidencia como parte de los costos de atención. Éste es el principal motivo por el cual se están buscando esquemas menos tóxicos.

En un interesante trabajo se presentaron los costos para tratar un episodio de algún efecto adverso, estimándose un costo de US\$8,140 para tratar un evento de nefrolitiasis y de US\$26,185 para tratar una pancreatitis (J. Hernández). También, se están evaluando alternativas terapéuticas que pudieran reducir el costo del tratamiento; por ejemplo, el empleo de drogas no anti-retrovirales como la hidroxiurea (C. Ávila), el uso de interrupciones estructuradas y el uso de micronutrientes. Todas estas intervenciones requieren de mayor investigación antes de ser recomendadas para su uso fuera de ensayos clínicos.

La conferencia también abordó aspectos de suma importancia para cuando esté disponible una vacuna. Hay dos factores que pueden afectar su demanda, desde el punto de vista económico y de su aceptación: la efectividad clínica para prevenir la infección y el poder adquisitivo de la población para comprar esa vacuna. En una encuesta en Guadalajara, México (D. Whittington) se investigó la disponibilidad para pagar por una vacuna 100% efectiva, encontrándose que las

personas no infectadas en la población general estarían dispuestos a pagar hasta US\$750 por vacuna, esto representa un 15% del ingreso anual promedio de las personas muestreadas. Sin embargo, cabe aclarar que hay una alta variabilidad en el precio que están dispuestos a pagar y reflejan que las ventas serían muy sensibles al precio etiquetado en el mercado; mientras que el 80% estaría dispuesto a pagar US\$32 por vacuna, sólo el 20% pagaría US\$842 por vacuna. El trabajo sugiere que el mercado privado de una vacuna contra el VIH en países de ingreso medio, como en la mayoría de los países latinoamericanos, es lo suficientemente grande como para que el sector privado invierta en investigación y desarrollo de vacunas. Otro trabajo realizado en Kenia (Forsythe) reportó que el 21% de las personas entrevistadas rechazaría la vacuna a cualquier precio y sólo el 40% aceptaría una vacuna con una eficacia de tan sólo el 50%. La mayoría de los kenianos reportó estar dispuesto a pagar un máximo de US\$2.00 por vacuna. Lo que este último trabajo revela es que aun cuando hubiese actualmente una vacuna disponible y que fuera proporcionada gratuitamente en países menos desarrollados, sería necesario, además de las campañas de promoción de vacunación, continuar con programas de prevención para evitar nuevas infecciones.

A manera de conclusión me gustaría comentar que, a pesar de todo el escepticismo que teníamos sobre este evento, la Conferencia fue sin duda tremendamente aleccionadora. La primera lección fue reconocer la importancia de cele-

brarla en un país en desarrollo, especialmente en un país al sur del Sáhara en donde se concentra el 70% de las personas afectadas por el VIH. La presencia de cerca de 15 mil delegados de todo el mundo reunidos en Sudáfrica, sin duda ayudará de manera significativa a la lucha que libran los países africanos contra esta enfermedad. La conferencia en África reforzará la solidaridad global en contra de una enfermedad que pone en peligro el desarrollo humano de los habitantes más vulnerables del mundo en donde convergen pobreza y VIH. Sin duda, la Conferencia ayudará a que la región africana mejore su política contra el SIDA. El tema de la conferencia “romper el silencio” expone la realidad africana sobre esta enfermedad y sienta las bases para un diálogo abierto sobre los retos que enfrenta la comunidad global en la lucha contra la pandemia. La discusión sobre la etiología viral como causa del SIDA no sólo se desvaneció durante la Conferencia sino que propició el reconocimiento de que se debe utilizar la información científica para el bienestar social, y que este conocimiento debe servir para mejorar las condiciones de la comunidad. La Conferencia reconoció que el liderazgo es crítico en la lucha contra el SIDA. Esto quedó demostrado en la inauguración, cuando se reconoció el liderazgo mundial de Jonathan Mann, y también en la clausura de la Conferencia. La emotiva participación de Nelson Mandela envió un claro mensaje sobre la necesidad de implementar medidas preventivas y su liderazgo infundió en los participantes un renovado entusiasmo para continuar luchando contra esta enfermedad.

Referencias

1. Ainsworth M, Teokul W. Breaking the Silence: Setting Realistic Priorities for AIDS Control in Less-Developed Countries. *Lancet* 2000; 356 (9223):55.
2. Avila-Figueroa C, Aran D, Piola S, Saavedra J, Valladares R, Izazola JA. The National HIV/AIDS Accounts in Brazil, Guatemala, Mexico & Uruguay. Page 445, abstract-TuPpD1186.
3. Avila-Figueroa C. Clinical experience using two nucleoside analogs plus hydroxyurea for the treatment of HIV-infection. Page 49, abstract MoOrB178.
4. Butler M, Perez E, Bollinger L, Colvin C. Costs and benefits of a vertical transmission prevention program in the Dominican Republic. Page 107, abstract WeOrC616.
5. Casseti I, Vanzulli C, Bugarin G, Laurido M, Trinidad P, Bologna R, Stanboulian D. Cost of medical care for HIV infected patients at an ambulatory care center with a particular insurance. Page 187, abstract MoPeD22567.
6. Chancharoen K, Kuananosont C, Yin D. Resource utilization of HIV/AIDS care in Thailand, a pilot study. Page 160, abstract WeOrD567.
7. Chesson H, Pinkerton SD, Irwin KL, Rein D, Kessler WJ. STD's and the increased risk for HIV transmission, implications for cost-effectiveness analysis of STD's prevention interventions. Page 110, abstract WePpC 1321.
8. Clement SK. Cost-effective strategic interventions of HIV/AIDS prevention programmes. Page 421, abstract ThPeC5421.
9. Costigan A, Ngugi E, Odek WO, Plummer FA, Moses S, Oneko M. The applicability of micro-finance models in proeconomic alternatives to HIV vulnerable sex workers in Nairobi, Kenya. Page 201, abstract MoPeD2638.
10. Cuchi P, Zacarias F, Mazin R, Patz D. Walls of contention: the slower growth of the HIV/AIDS epidemic in Latin America and the Caribbean. Page 129, abstract MoPeC2397.
11. Dorrington R. The demographic impact of HIV/AIDS in South Africa. Page 1633, abstract MoPpD1040.
12. Forsythe S, G. Arthur, Mutemi R, Gilks C. The economics of an AIDS vaccine in Kenya. Page 98, abstract-MoOrC127.
13. Galvao J, Menezes V, Rossi L. Expanding responses: partnership between government and civil society in Brazil. Page 459, abstract TuPeD3509.
14. Grimes RM, Goodly JL, Cardenas LM. Cost of achieving undetectable viral load for various highly active anti-retroviral therapies in adults using either a protease inhibitor or efavirenz. Page 422, abstract ThPeC5426.
15. Hernandez JE, Kaul T, Lanham K, Pham S. Cost of adverse events associated with anti-retroviral therapies.
16. HIV/AIDS & STD. Strategic Plan for South Africa. 2000-2005.
17. Kongsin S, Sirinirud P, Jiamton S, Boonthum A, Watts C. The economic impact of HIV/AIDS on households in rural Thailand: the analysis of household coping strategies. Page 438, abstract TuOrD379.
18. Holtgrave D, Merson M, Dayton J, Pinkerton S, Anderson J. Estimating the national cost of implementing state of the art HIV prevention services for persons at behavioral risk of infection or transmission. Page 424, abstract ThPeC5434.
19. Huerdo J, Diaz A, Izazola J, Bonfil C, Saavedra J, Mayorga R. AIDS kills, so does homophobia. Page 234, abstract WePeD4746.
20. Kumaranayake L, Watts C. The costs of scaling-up HIV prevention and care interventions in sub-Saharan Africa. Page 434, abstract TuOrD324.

21. MAP Symposium. MAP (Monitoring the AIDS Pandemic) Network. 5-7 Julio 2000, Durban, South Africa.
22. Mairselle E, Kahn JG, Billingham K, Saba J. Cost-effectiveness of the female condom in preventing HIV and STD's in commercial sex workers in rural South Africa. Page 99, abstract MoOrC131.
23. Mazin R, Patz D, Zacarias F, Cuchi P, Martin D. Recycling anti-retrovirals: a community based initiative that should succeed. Page 197, abstract WePeD4575.
24. Mutemi R, Forsythe S, Arthur G. Financial requirements of providing VCT throughout Kenya's health centers. Page 381, abstract TuOrC310.
25. Palmer R, McMurchy D. The economic impact of HIV anti-retrovirals for vertical prophylaxis and therapy of children born to HIV-infected women in Canada. Page 146, abstract MoPeC2473.
26. Piola S, Nunes J, Teixeira L, Conde F. Brazilian Ministry of Health expenditure on AIDS 1997-1999. Page 185, abstract MoPeD2558.
27. Rely K, Bertozzi S. Modelling the cost effectiveness of prevention strategies for mother-to-child HIV transmission in Mexico. Page 107, abstract WeOrC615.
28. Satnsell J, Gary D, Slaker R, Hamel E, Lapins D. Trends in comorbidities utilization and cost of care in HIV+ patients 1996-1999.
29. Sudo E, Veloso V, Vitria M, Sakita K, Chequer P. The costs of anti-retroviral medicines in Brazil from 1996-1999. Page 195, abstract WePeD4564.
30. Thea D, Simon J, Rosen S, Vincent J, Singh G. Economic impact of AIDS on developing country firms – a methodological approach. Page 438, abstract TuOrD380.
31. UNAIDS. Report of the Global HIV/AIDS Epidemic. June 2000.
32. Watts C, Vickerman P, Kumanarayake L. Impact and cost-effectiveness modeling of in school youth programmes in sub-Saharan-Africa. Page 418, abstract ThPeC 5407.
33. Whittington D, Matsui O, Freiberer J, Pattanayak S, Van Houtven G, Individuals' willingness to pay for HIV/AIDS vaccine: a case study of Guadalajara, Mexico. Page 430, abstract ThOrD680.
34. Workman C. Improving cost-effectiveness of anti-retroviral therapy for HIV through pharmacokinetic enhancement of protease inhibitors.
35. Wu Z, Yang H, Li J, Cao Y, Guo Y, Hou D, Ying D, Wang KA, Jin S. Resource use and cost of care for HIV-positive patients in China. Page 186, abstract MoPeD 2561.

XIII Conferencia Internacional sobre SIDA
se terminó de imprimir en el mes de octubre
de 2000 en los talleres de *Grafia*.
Se tiraron 1000 ejemplares más
sobrantes para reposición.

