

# contact



Publicación del Consejo Mundial de Iglesias

# SIDA

## LA DESIGUALDAD DE ACCESO A UN TRATAMIENTO EFICAZ

Nº **156**

Octubre-  
diciembre de 2000  
(Impreso Junio de 2002)

- |    |   |   |
|----|---|---|
| 2  | Editorial   | Experiencias  |
| 3  | Introducción  | 14 <b>Todo no está perdido</b>  |
|    | <b>El acceso a los medicamentos para los pacientes de VIH</b> | 15 <b>Nadie mejor</b>   |
| 8  | Entrevista  | 17 <b>Está muy bien..., pero...</b>                                       |
|    | <b>“Quería hacer todo lo posible”</b>                         | 18 <b>Construyamos puentes, no muros</b>                                  |
| 9  | Testimonio  | 19 <b>El régimen de patentes para los medicamentos contra el VIH/SIDA</b> |
|    | <b>¡Adiós mamá...! ¡Qué duro es morir!</b>                    | 20 <b>Estudio bíblico</b>   |
| 10 | Opinión   | <b>“¿Ven ustedes la difícil situación...?”</b>                            |
|    | <b>“Pronto habrá medicamentos al alcance de todos”</b>        | 22 <b>REDES</b>   |
| 12 | Actualidad  | Publicaciones útiles,<br>cartas y anuncios                                |
|    | <b>Triunfaremos</b>   |   |



Cuando el SIDA apareció hace dos decenios, era imposible predecir cuál iba a ser su evolución. Ahora, en cambio, es evidente que, aparte de las colosales pérdidas de vidas humanas y de los sufrimientos que esta pandemia está ocasionando a las sociedades, el SIDA puede devastar regiones enteras y reducir a nada decenios de desarrollo nacional. Y que eso hace que los pobres y los marginados se empobrezcan todavía más y se vean aun más desplazados hacia los márgenes extremos de la sociedad.

Se calcula que, al final del año 2000, el número de personas infectadas por el VIH/SIDA era de aproximadamente 36,1 millones, de los cuales el 90 por ciento vivían en los países en desarrollo, y el 75 por ciento en el África subsahariana. Por otra parte, ya son unos 21,8 millones las personas que, en todo el mundo, han muerto víctimas de esta enfermedad, y de ellas 4,3 millones eran niños. Esta pandemia ha dejado, además, huérfanos a otros 13,2 millones de niños. Y estimaciones recientes, indican que sólo en el año 2000 ascendieron a 5,3 millones las personas que se vieron afectadas por el virus.

La pandemia VIH/SIDA ha constituido una gran revelación, en tanto ha puesto espectacularmente de relieve en nuestras sociedades una serie de graves fallos, entre los que destacan:

- ⤴ el abismo cada vez mayor que separa a los ricos de los pobres, y la falta de decisión para llenarlo.
- ⤴ la no disponibilidad de los servicios básicos sanitarios y el colapso de los sistemas existentes en muchas partes del mundo.
- ⤴ la falta de derechos y de oportunidades de las mujeres tanto para resistir a la infección como para afirmar sus opciones en materia de reproducción o para exigir una mayor seguridad en sus relaciones sexuales.
- ⤴ el largo y ensordecedor silencio de las iglesias, de la sociedad civil y de sus respectivos dirigentes para pronunciarse so-

bre los problemas de la sexualidad y los aspectos fundamentales de prevención del VIH/SIDA.

- ⤴ el alarmante aumento del número de personas que se inyectan drogas, y el preocupante descenso de la edad a la que en muchos países empiezan muchas personas a iniciarse en esa práctica.

Pero al mismo tiempo, la pandemia ha puesto de relieve que la rápida adopción por las comunidades de las medidas oportunas y su inmediata aplicación con decisión y sin vacilaciones puede reducir y, de hecho, reduce las tasas de infección del VIH, y por ende los sufrimientos de las personas afectadas por el mismo.

La cuestión es si las comunidades están equipadas para responder adecuadamente a la crisis. Porque, además, su capacidad en esa esfera depende de las posibilidades de acceso de que en cada caso dispongan.

**¿Tienen las comunidades acceso?**

- ⤴ ¿a una información y una educación adecuadas?
- ⤴ ¿a un tratamiento equitativo y al respeto a los derechos humanos?
- ⤴ ¿a métodos probados de prevención tales como los condones?

- ⤴ ¿a servicios de asesoramiento y práctica de pruebas?
- ⤴ ¿a agujas esterilizadas y a servicios de rehabilitación de drogados?
- ⤴ ¿a medicamentos contra infecciones oportunistas o a remedios antirretrovíricos?

Este número de *Contact* trata principalmente de la cuestión del acceso al tratamiento. No obstante, es importante enfocarla dentro del contexto más amplio de la accesibilidad. Porque es esencial movilizar a nuestras comunidades para que se enfrenten con estos problemas, y asegurarse de que están equipadas para responder adecuadamente a las crisis y para actuar de manera decisiva y sin demora.

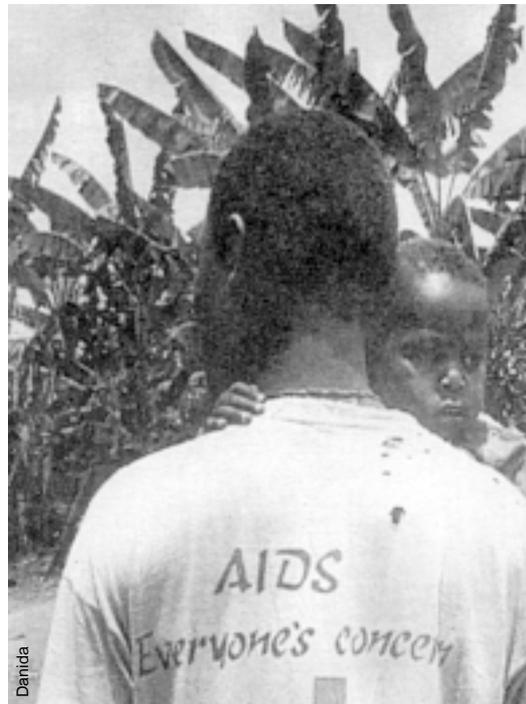
**Manoj Kurian**  
*Redactor Invitado*

La rápida adopción por las comunidades de las medidas oportunas y su rápida aplicación con valentía y decisión, pueden reducir considerablemente las tasas de infección del VIH.

**Portada**

Un mundo expuesto a los peligros del VIH/SIDA puede mantenerse unido por la esperanza

Crédito: CMI





# EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE VIH

El acceso al tratamiento contra el VIH/SIDA es indudablemente esencial. Pero, en la realidad, no resulta tan sencillo. *En África, donde los gastos medios por concepto de sanidad se elevan a 10 dólares (7 libras esterlinas) por persona -mientras que en otros países se reducen a 3 dólares (2,10 libras esterlinas)-, incluso los medicamentos genéricos, cuyo costo oscila entre 350 y 500 dólares (250 a 350 libras esterlinas) por persona al año, seguirán siendo inaccesibles.*

*A menos que se dé prioridad a la aplicación de soluciones viables y a la financiación de la sanidad en esos países, los medicamentos antirretrovíricos seguirán siendo inasequibles, quienesquiera que sean los que los fabriquen.*

**Eva Ombaka** explica más detenidamente el problema:



Eva Ombaka

## Opciones de tratamiento

No existe todavía ninguna vacuna preventiva ni cura alguna para el SIDA en el sentido de destrucción permanente del virus. Cuando hablamos del acceso a los remedios contra el VIH/SIDA, nos referimos a las posibilidades de mejora de la calidad de vida de los enfermos. A este respecto hay cinco categorías de medicamentos:

- Medicamentos tales como los antibióticos para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). El
- tratamiento de las ITS puede reducir el riesgo de transmisión del VIH en la comunidad.
- Medicamentos profilácticos (preventivos) para las personas seropositivas. Entre ellos figuran la isoniazida para la prevención de la tuberculosis y el cotrimoxazol para impedir las neumonías.
- Medicamentos para el tratamiento paliativo, que reducen las molestias. Entre ellos figuran los destinados a evitar el

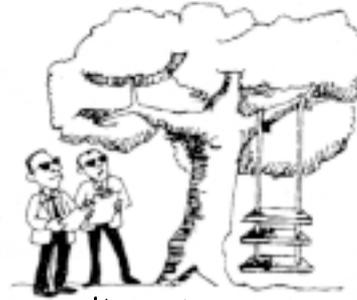
El VIH/SIDA es actualmente una de las causas principales de sufrimiento. Sectores vitales como la salud y la educación se encuentran al borde de la crisis.



Muchos países no pueden obtener fácilmente las nuevas medicinas.



Lo que quería el pueblo



Lo que idearon los expertos



Lo que al final resultó

Lo que se necesita es voluntad política y esfuerzos internacionales bien concebidos y adecuadamente financiados para mejorar los sistemas de sanidad.

dolor o la diarrea, los antihistamínicos o las lociones para eliminar la picazón, así como los remedios contra las convulsiones.

- Medicamentos destinados al tratamiento de las infecciones oportunistas (IO), entre las que figuran la tuberculosis (TB), la neumonía, las aftas y otras infecciones producidas por los hongos, diversas enfermedades de la piel y el herpes.
- Los antirretrovíricos (ARV), que reducen (pero no eliminan) los virus, manteniendo de ese modo a raya a la enfermedad. Estas medicinas se utilizan en for-

ma de "cócteles" (mezclas de dos o tres), para retrasar la aparición de la resistencia a los medicamentos. Conocidas con la denominación de "terapias antirretrovíricas altamente activas", estas sustancias reducen la mortalidad y la morbilidad de los enfermos de SIDA. Pequeñas dosis de ARV, por ejemplo de nevirapina, pueden también impedir que el VIH sea transmitido por la madre al niño en el momento de nacer. (Véase el cuadro 1)

**Las dificultades de acceso**

La mayoría de los medicamentos que, en relación con los cuidados paliativos, la profilaxis o las infecciones oportunistas, llevan decenas de años utilizándose, se incluyen en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS y pueden obtenerse a buen precio. Pero el acceso a los mismos no está siempre asegurado. Los fallos de gestión y la falta de recursos financieros dificultan con frecuencia el suministro de antibióticos vitales.

En el caso de los ARV, sin embargo, el principal inconveniente ha sido su costo demasiado elevado. Por otra parte, ha habido resistencia a la introducción de estos medicamentos en países pobres en los que puede ser difícil aplicar los complicados sistemas de tratamiento y control que, de no respetarse, pueden conducir a la promoción y la propagación de virus resistentes a las medicinas.

Ahora existen, en todo caso, poderosos argumentos para la utilización de los ARV. La caída de los precios está, por ejemplo, suprimiendo uno de los principales obstáculos. Y se ha propuesto que la disponibilidad de ARV conduzca a su vez a una mayor participación en las pruebas y el asesoramiento voluntarios, que pueden tener repercusiones muy positivas en los programas de prevención. El reciente perfeccionamiento de nuevas combinaciones de dosis fijas para su toma una o dos veces al día está reduciendo, además, la complejidad de los regímenes de tratamiento. Lo que se necesita es voluntad política y esfuerzos internacionales bien concebidos y adecuadamente financiados que mejoren los sistemas de salud.



Peter Williams/CMI

¿Cuándo me curaré?

**CUADRO 1**

**Los antirretrovíricos**

**Inhibidores transcriptásicos nucleósidos de inversión analógica (NRTIs)**

Didanosina (ddl)	Lamivudina (3TC)	Estavudina (d4T)
Zalcitabina (ddC)	Zidovudina (AZT)	

**Inhibidores transcriptásicos no nucleósidos de inversión analógica (NNRTIs)**

Delavirdina (DLV)	Efavirenz (EFV)	Nevirapina (NVP)
-------------------	-----------------	------------------

**Inhibidores proteásicos (PIs)**

Indinavir (IDV)	Nelfinavir (NFV)	Saquinavir (SQV)
Ritonavir (RTV)		

El régimen de tratamiento (HAART) comprende dos tipos distintos de medicamentos, a saber, 2NRTIs + 1PI ó 2NRTIs + 1NNRTI.

## La cuestión de las patentes

Las nuevas medicinas, o los nuevos procedimientos, están, por su carácter de invenciones, sometidos a la protección de las patentes. La patente, considerada como recompensa del inventor, alienta la investigación y cubre los gastos de desarrollo. Durante la vigencia de la patente, el inventor disfruta de derechos exclusivos de comercialización. Pero al final de ese período, otras empresas pueden igualmente producir esos medicamentos, que entonces se califican de genéricos y que son generalmente mucho más baratos que los de marca, debido al mayor número de empresas que los fabrican y cuya competencia reduce los precios a una décima parte de los patentados o menos.

Hasta hace poco, todos los gobiernos podían decidir libremente qué protección iban a conceder, por cuánto tiempo, e incluso si la protección se limitaba al procedimiento de fabricación pero no al producto. Sin embargo, esto cambió con las nuevas normas de la Organización Mundial de Comercio (OMC) y con el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Ahora todos los miembros tienen que conceder patentes tanto a los procedimientos como a los productos por un período no inferior a veinte años. Por lo tanto, la producción de medicamentos genéricos durante ese plazo será ilegal, a menos que en la legislación nacional se introduzcan disposiciones al efecto. Esas disposiciones, que se reconocen en el acuerdo sobre los ADPIC, están destinadas a equilibrar los derechos de propiedad intelectual con las necesidades derivadas de la salud pública.

Las garantías principales son la cesión obligatoria de las patentes, en virtud de la cual un país puede anular la patente sin permiso del titular de la misma, con objeto de responder a situaciones de emergencia en materia de salud pública. Para ello tienen que cumplirse varias condiciones. Previstas igualmente están las importaciones paralelas, que permiten a los países buscar en otros lugares versiones más económicas de las medicinas patentadas, y la disposición de Bolar (primeros trabajos) que permite iniciar los trabajos preparatorios (para la producción de medicamentos genéricos) antes de la expiración de la patente.

No obstante, para que puedan ponerse en práctica, estas garantías tienen que constar por escrito en las leyes nacionales de patentes de los países de que se trate. Aunque los períodos de transición varían según los países, a todos los signatarios de la OMC se les exige que para 2006 se hayan

## CUADRO 2

### Precios después de una reducción del 80-85% (junio de 2001, Kenya)

D4T + ddl	+ Nelfinavir	US\$	4009	al año
AZT + 3TC	+ NVP	US\$	1272	al año
D4T + ddl	+ Indinavir	US\$	1008	al año
3TC + D4T	+ NVP	US\$	819	al año
3TC + D4T	+ NVP (Oferta Cipla)	US\$	350	al año

ajustado al Acuerdo sobre los ADPIC. Y por eso los países que modifiquen sus leyes tienen que tener en cuenta ahora esas salvaguardias.

### El precio de los medicamentos

Las patentes tienden a encarecer los medicamentos, debido principalmente a los beneficios que con ellos se pretende obtener. Y los precios se fijan en función de lo que el mercado puede pagar, no con arreglo a los costos de producción. Dado además que el mercado de los países en desarrollo es muy pequeño, los precios se establecen en función de lo que los Estados Unidos, Europa y el Japón pueden permitirse. (véase el cuadro 2)

En Kenya, por ejemplo, sólo unos pocos ricos pueden adquirir los ARV. Y la inmensa mayoría de la población no tiene más



CMAI

remedio que dejar que la naturaleza siga su curso, con las más desastrosas consecuencias. En tales circunstancias, los médicos se encuentran ante el dilema de informar o de no informar a los pacientes sobre la existencia de esos medicamentos.

Otros factores relativos a los precios, son los márgenes de los farmacéuticos, y los impuestos y otros derechos que gravan las importaciones. El desarrollo y la aplicación de leyes nacionales adecuadas y las políticas nacionales de medicamentos destinadas a regular el mercado de las medicinas, la producción local y la utilización de los medicamentos son, por lo tanto, imprescindibles para resolver los problemas que plantean la fijación de los precios y el acceso a los medicamentos.

Los ARV pueden mantener a raya el SIDA.

Los precios se fijan con arreglo a lo que puede pagar el mercado, no en función de los costos de producción.



## Los ADPIC y el ACCESO a las MEDICINAS

La reciente controversia en torno a los precios excesivos de las medicinas patentadas que se utilizan contra el VIH/SIDA, puso de relieve las consecuencias negativas de los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC). Demostró asimismo la forma en que las empresas más poderosas ejercen presiones legales para reinterpretar los ADPIC de acuerdo a su propio interés.

El tratamiento del SIDA con una combinación de medicamentos - el llamado tratamiento antirretrovírico altamente activo (HAART)- ha reducido en un 84% la mortalidad debida al SIDA en los países en desarrollo. Desgraciadamente el porcentaje de las personas infectadas por el SIDA que en todo el mundo tiene acceso a ese tratamiento, es inferior al 5%, ya que los gastos que implica oscilan en torno a los 12.000 dólares por persona.

Basándose en las cifras actuales,

Zimbabwe, Uganda y Côte d'Ivoire tendrían que gastar el 265, el 172 y el 84 por ciento de sus respectivos productos internos brutos sólo en la compra de medicinas para el tratamiento de todos sus pacientes de SIDA. Este problema ha sido el tema central de una importante campaña de alcance mundial que actualmente requiere un enfoque más preciso y más crítico del Acuerdo sobre los ADPIC. Treinta y nueve empresas del sector farmacéutico demandaron al Gobierno sudafricano ante el Tribunal Superior de Pretoria por permitir el acceso al país de medicamentos más baratos para combatir el SIDA. Esa demanda provocó en todo el mundo una multitudinaria contraofensiva que no cesó hasta que, en abril de 2001, las empresas capitularon ante la creciente ira y las protestas cada vez mayores de que eran objeto, y accedieron a retirarla sin condiciones.

Brasil también presentó ante la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas un proyecto de resolución cuyo

texto pedía a todos los Estados que garantizarasen que la aplicación de los acuerdos internacionales fomentaba la

política de salud pública encaminada a promover el acceso a tecnologías médicas y a productos farmacéuticos preventivos, curativos o paliativos seguros, eficaces y económicamente viables.

La verdad es que actualmente la investigación farmacéutica tiene poco que ver con las necesidades médicas reales. Las medicinas requeridas para tratar las enfermedades que afectan sobre todo a los pobres, no son en absoluto objeto de investigación. En cambio, se investigan hoy remedios contra enfermedades que afectan a un pretendido "estilo de vida", tales como la calvicie, la impotencia, la obesidad, etc.



CMAI



Peter Williams/CMI

### Las respuestas a la pandemia

En los países desarrollados, la posibilidad de disponer de los distintos tratamientos y especialmente de los ARV ha permitido éxitos espectaculares en la lucha contra el VIH/SIDA. No cabe, en cambio, decir lo mismo de los países pobres, en los que viven la mayor parte de las personas infectadas por esa enfermedad. Y lo cierto es que se necesitan remedios para tratar a los 36 millones de personas infectadas, para hacer más eficaces los esfuerzos de prevención y para mantener el desarrollo económico.

Esto ha exigido un llamamiento a un compromiso y a una acción de carácter mundial, que se desarrolle en todos los frentes y en la que participen todos los implicados. Y donde ese llamamiento ha tenido eco, son dos las preocupaciones que principalmente han estado exponiendo las ONG y la sociedad civil.

En primer lugar, se trata de las iniciativas adoptadas por la industria farmacéutica para ofrecer con descuentos los ARV. Las ONG y la sociedad civil saben que sólo se trata de soluciones temporales. Y saben que esas ofertas están con frecuencia ligadas a difíciles condiciones y no son mantenibles, por lo que frente a ellas defienden la única solución que sí lo es, a saber, un cambio estructural, ya se trate de la entrada en liza de los productos genéricos, ya de la concesión obligatoria de licencias.

La segunda esfera es la de las nuevas socieda-

des mixtas (públicas y privadas) que actualmente están siendo apoyadas por la OMS y por otros organismos de las Naciones Unidas. Aunque reconociendo que la industria tiene un importante papel que desempeñar en el combate contra el VIH/SIDA, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil ponen de relieve los posibles riesgos de un conflicto de intereses o de una desviación de los programas de salud pública. Tales riesgos provienen de la desigualdad de potencial financiero que existe entre la próspera industria, por una parte, y los organismos de las Naciones Unidas, por otra. Y ellas sostienen que los sociedades mixtas deben basarse en las prioridades y los planes de salud pública establecidos por los gobiernos, no por las empresas.

### El papel de la iglesia

Después de los gobiernos, las iglesias son las que más atención médica prestan en los países más azotados por el VIH/SIDA. Y las iglesias tienen muchas posibilidades.

Las iglesias, además de propiciar la idea de vivir positivamente con el VIH, deberían difundir también el programa de promoción de los medicamentos esenciales y de su utilización racional. Eso garantizará la posibilidad de obtener las medicinas que se requieren para fines paliativos, preventivos y de lucha contra las infecciones oportunistas.

Un sector de posible actuación de las iglesias es el de la defensa y la exposición en los círculos pertinentes de las posibilidades de acción contra el SIDA. Reconociendo la salud como un derecho humano, las iglesias tienen que defender la reducción de los precios de los medicamentos esenciales destacando la prioridad de la vida sobre los beneficios financieros. Y tienen que hacer presión sobre las empresas farmacéuticas y sobre algunos gobiernos para ayudar a los países en desarrollo a promulgar leyes que protejan la salud pública.

Las iglesias tienen además que participar activamente, tanto a nivel local como nacional e internacional, en la promoción del derecho al tratamiento. Y deben actuar directamente, participando en los debates o apoyando y colaborando con otras instituciones que participen en campañas de la misma índole.

Por último, y no es esto lo menos importante, las iglesias tienen que utilizar el instrumento más poderoso de que disponen, que es el poder de la oración.



Peter Williams/CMJ



Sin Autor(a)

Dra. Eva M. Ombaka, CISS, P.O.Box 73860, Nairobi, Kenya. Tel: (252-2) 444832/445020. Fax: (254-2) 440306 correo-e: ciss @net2000ke.com.

Haz de mí un canal de tu paz...



# “QUERIA HACER TODO LO POSIBLE”



Y.K. Hamied

*La reciente cruzada de Yusuf K. Hamied para reducir los costos del ‘cóctel’ contra el SIDA fue toda una historia. El ofrecimiento de descuentos por parte de Cipla, que prometía proporcionar a todos los gobiernos del mundo combinaciones de medicamentos a precios favorables ha dado a conocer lo que algunos expertos llaman “la guerra no declarada que mantienen contra los países pobres las empresas farmacéuticas multinacionales”. Pasajes de la entrevista con **Reena Mathai-Luke**.*

**Contact:** Su decisión de proporcionar el cóctel antisida para su distribución en África a 350 dólares por paciente al año, ha sido saludada como un acontecimiento decisivo. ¿Qué le indujo a usted a hacer esa oferta?

**Y.K.Hamied:** Para nosotros, el SIDA es una tragedia prevista, y por eso queríamos hacer lo que pudiéramos. Generalmente, el cóctel contra el SIDA es una combinación de tres de los aproximadamente nueve compuestos llamados inhibidores proteásicos o inhibidores transcriptásicos de inversión, que inhiben el desarrollo del virus del SIDA. Los tratamientos resultan poco menos que milagrosos, pero ese cuasimilagro no se ha hecho apenas notar en las vidas de la mayor parte de los que más desesperadamente lo necesitan. Y aquí es donde ha intervenido *Cipla*. Nuestra experiencia en la India, Brasil y Tailandia, ha demostrado que la mayoría de esos medicamentos esenciales, pueden producirse a costos realmente al alcance de los pobres. Y nosotros se los estamos ofreciendo a los médicos a un costo humanitario de 350 dólares al año, por paciente.

**Contact:** ¿Es el cóctel antisida realmente tan caro como se pretende?

**Yusuf K. Hamied:** Los costos de producción de los medicamentos no son prohibitivos. Si el costo medio del cóctel antisida en Occidente oscila entre los 10.000 y los 15.000 dólares por paciente al año, ello es debido a la estructura de fijación de los precios impuesta por los fabricantes multinacionales. Por otra parte, el régimen internacional actual de patentes y comercio, trata de impedir todo intento en gran escala de producción y comercialización de las medicinas a precios abordables.

**Contact:** ¿Es cierto que el precio a que usted se refiere oscila entre una vigésima y una quincuagésima parte del precio pagado en un país como los Estados Unidos?

**Yusuf K. Kamied:** Los países en desarro-

llo pueden ahora comprar, por conducto de *Médecins Sans Frontières*, grandes cantidades de medicamentos a 600 dólares al año por paciente, o sea, por unos 400 dólares menos que el precio ofrecido por las principales empresas farmacéuticas que son titulares de las patentes.

**Contact:** ¿No hubo el año pasado algunas multinacionales farmacéuticas que también ofrecían esos cócteles a precios reducidos en África?

**Yusuf K. Hamied:** Hasta ahora el costo de un típico cóctel en un país como Senegal era de 1000 dólares al año. ¿Resulta ese costo soportable en un continente que tiene 290 millones de ciudadanos que sobreviven con menos de un dólar al día?

**Contact:** ¿Es legítima su política de fijación de los precios?

**Yusuf K. Hamied:** Absolutamente. Nosotros no tenemos nada contra las patentes. Y el mero hecho de que nosotros tengamos una ley de patentes para satisfacer las necesidades de nuestro país, así lo demuestra.

**Contact:** ¿Cómo es posible que un país pobre como la India pueda permitirse vender estos medicamentos vitales a precio inferior a sus interlocutores occidentales más prósperos?

**Yusuf K. Hamied:** La razón principal de los precios razonables de los medicamentos en la India, es la ausencia de monopolios que se deriva de la Ley de Patentes de 1970. De ahí que incluso las empresas transnacionales, estén obligadas a comercializar sus productos a precios competitivos. El que realmente ha salido ganando ha sido el público.

El Dr Yusuf K Hamied, Director Gerente de Cipla Pharmaceuticals, obtuvo su título de PhD en Química, en la Universidad de Cambridge.

CIPLA Ltd., Bombay Central, Bombay, India. Tel: 91-022 3082891, 3095521. Correo-e: corporate@cipla.com



Iniciativas de empresas como CIPLA indican el camino a seguir.



# ADIÓS MAMÁ,... ¡QUÉ DURO ES MORIR!

*Estar condenado a muerte cuando uno se encuentra todavía en el umbral de la vida, es innegablemente pavoroso y doloroso.*

*Marie, una joven de 22 años sabe, como otras muchas de su edad, que su muerte se aproxima, pero vive todavía con la esperanza de que pronto un tratamiento conjure esa amenaza.*

Me llamo Marie, y soy camerunense. Procedo de una modesta familia de seis hijos. Mi padre, que era empleado municipal, murió hace 18 años, cuando yo tenía sólo cuatro. Y mi madre, que trabajaba como empleada doméstica en otras casas y dedicaba también algún tiempo al pequeño comercio, fue quien me educó. Hace dos años fui hospitalizada a causa de una fiebre que ya había empezado un mes antes. Durante mi enfermedad me hicieron diversas pruebas. Y como yo no tenía bastante dinero para pagarlas, un médico me ofreció su ayuda.

Pocos días más tarde, la enfermera que había tomado las muestras vino a decirme que al día siguiente daríamos juntas un paseo. Al día siguiente vino, en efecto, con otras dos personas, que me condujeron a una habitación. Y fue entonces cuando me dijeron que tenía el virus del SIDA.

Mi primera reacción fue de sorpresa, porque yo no creía que esa enfermedad pudiera afectarme. Yo había oído hablar de ella y la asociaba con la promiscuidad sexual. Y como yo sólo tenía un amigo, al que apreciaba mucho y que era sólo el segundo con el que había estado en mi vida, no podía imaginar que estuviera en esa situación, especialmente después de tanto tiempo de haber ido postergando mis primeras relaciones sexuales por miedo al embarazo y porque prefería mantener antes el noviazgo. ¿Cómo podía sucederme eso a mí, después de tanta abstinencia? Era

como si la enfermedad me hubiera estado esperando.

Al mismo tiempo, experimentaba un sentimiento de desesperación. Yo estaba en el último año de enseñanza secundaria y hasta entonces mi madre había dado todo lo que tenía para que yo pudiera estudiar. De hecho, puedo decir que había dado toda su vida por mí. Yo tengo cinco hermanas, y ninguna de ellas había podido obtener su certificado de estudios primarios; así que yo era su única esperanza. Y me desesperaba pensar que mi madre había hecho todo eso por mí a pesar de su soledad que había empezado cuando se quedó viuda y yo no tenía más que cuatro años. Ahora todos sus esfuerzos iban a resultar vanos.

Yo no quería que la gente se enterara de mi estado, porque temía que se burlasen de mí. Ahora tengo 22 años, y debería estar haciendo planes para el futuro. Para casarme, por ejemplo; para tener niños, para establecerme. Y me encuentro en esta situación sin salida. Porque, además, no me atreví a decir a mi madre ni a ningún otro miembro de mi familia que tenía el virus del SIDA. Tampoco tuve el valor



Marc French/CMI

Aún queda la esperanza...

suficiente para decir a mis anteriores amigos que habían sido ellos probablemente los que me habían infectado. Y no es que les acuse de ello, porque imagino que no lo hicieron a propósito.

Estaba asustada, con miedo de morir tan joven y del modo más vergonzoso que cabe imaginar. Y me acuerdo de haberme preguntado si no transmitiría yo el virus a los niños que pudiera tener. Hoy he conseguido más o menos vivir con el virus. Para decirles la verdad, no me siento en paz, porque, como africana, no casarme, no tener niños, o tener niños que morirán porque están infectados, es algo que me entristece profundamente. Y pienso en todos los jóvenes que me piden que me case con ellos, que me gustan y con los que me gustaría en efecto casarme si estuviera en una situación normal. Ahora les rechazo con la excusa de que no siento interés por ellos.

A todos los que ahora me escuchan, y especialmente a los jóvenes, yo les insto a que tengan cuidado y que adopten las precauciones necesarias para no terminar como yo, con un futuro destrozado. Me gustaría ver a más jóvenes participando en la lucha contra el SIDA. Para ello habría ya que incluirlos en programas de sensibilización.

No obstante, como la vida no tiene sentido sin esperanza, yo sigo esperando que pronto se encuentre un tratamiento que ponga fin a esta pandemia, y una vacuna que pueda aplicarse a los que aún no están infectados. Y espero que los tratamientos antirretrovíricos que ya se han desarrollado puedan pronto aplicarse a todos, de modo que podamos seguir viviendo.

Este es un testimonio de una persona seropositiva que intervino en la *Séptima Conferencia Anual sobre las Mujeres y el SIDA* en África.

Dra. Elizabeth Benga-De, Regional Programme Office, Society for Women and AIDS (SWAA), Rue 1XG Villa Rose, Point E, BP 16425, Dakar Fann, Senegal. Correo-e: swaaexe@telecomplus.sn

# “PRONTO HABRÁ MEDICAMENTOS AL ALCANCE DE TODOS”

*Padecer una enfermedad que no tiene tratamiento o cura es trágico. Pero saber que existe un tratamiento y no poder aplicarlo porque es demasiado caro, lleva a la desesperación. Gro Harlem Brundtland expone sus preocupaciones a este respecto.*



Gro Harlem Brundtland

No es una batalla perdida. De hecho, ya hemos empezado a dismantlar los obstáculos que impiden que medicamentos esenciales se puedan poner a disposición de los millones de personas que los necesitan.

El escándalo provocado por la situación de los enfermos de VIH en los países en desarrollo, ha alcanzado recientemente las páginas de los periódicos occidentales. Y esto es bueno. El hecho de que menos de la décima parte de los 36 millones de personas infectadas de VIH pueda procurarse las medicinas que se utilizan para tratar la enfermedad, es realmente escandaloso. Pero no es una batalla perdida. De hecho, ya hemos empezado a dismantlar los obstáculos que impiden que medicamentos esenciales puedan ponerse a disposición de los millones de personas que los necesitan.

## Ya estamos más cerca

Ahora estamos siendo testigos de un esfuerzo sin precedentes, impulsado por personas comprometidas de los gobiernos, de organizaciones no gubernamentales, de ONUSIDA, de la OMS, de otras organizaciones de las Naciones Unidas y del sector privado. La indignación popular, la voluntad política, las fuerzas del mercado y los progresos de la ciencia, están permitiendo la realización de un principio fundamental de la salud pública, a saber, el del suministro de medicamentos esenciales sobre la base de la necesidad, no sobre el de la capacidad de pago. En este caso, las fuerzas de la mundialización (globalización) están siendo utilizadas para reducir el foso que separa a los ricos de los pobres.

Hace un año, las medicinas que se necesitaban para reducir la progresión del SIDA costaban mucho más de lo que la mayoría de los africa-

nos, los latinoamericanos y los asiáticos, así como sus gobiernos, podían pagar por ellas. A un costo de 10.000 a 15.000 dólares al año por persona, las medicinas no pueden costearse, y los gobiernos de los países en desarrollo, no se sienten estimulados a organizar sus sistemas sanitarios con miras al tratamiento de los enfermos de SIDA.

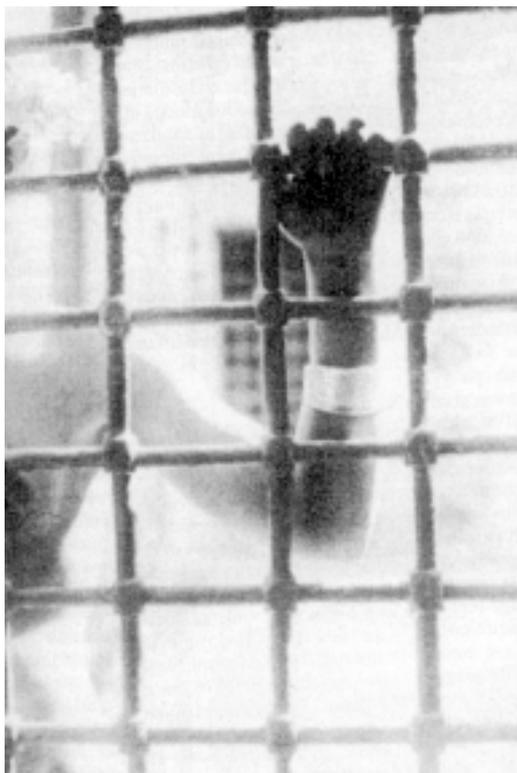
## Medicamentos a precios aceptables

Hoy, algunos países africanos tienen la posibilidad de aplicar terapias basadas en una combinación de remedios antirretrovíricos, con un costo aproximado de 1000 dólares por paciente al año, lo que representa una décima parte de lo que solían costar. Las ofertas hechas por una empresa farmacéutica que produce medicamentos genéricos, significa que esas terapias combinadas pueden aplicarse en África por un precio de 600 dólares, o menos, por persona al año.

Es cierto que esos precios siguen siendo superiores a lo que casi todos los sistemas de salud africanos y la mayoría de los pacientes pueden gastar. Pero las cosas no pueden dejarse así. Nosotros tenemos que conseguir que no sólo los remedios aplicables al VIH/SIDA, sino todos los medicamentos y vacunas esenciales sean accesibles a todos. Eso llevará tiempo, pero tenemos que asegurarnos de que no se pierde ni un momento.

## Un sistema de precios diferenciales

Sí, es un proceso difícil. Y, a lo largo del camino, se producirán disputas acerca de la interpretación que debe darse a los acuerdos



comerciales. Se discutirán las políticas nacionales que, en materia de medicamentos, se piense que pueden poner en peligro el orden establecido. Y se producirán controversias sobre los límites de los derechos de patentes, que sólo mediante procedimientos legales será posible dirimir. Es mucho, desde luego, lo que está en juego. Y lo que nosotros queremos es que de hecho se apliquen precios diferenciales, lo que significa tomar en consideración la preocupación de las empresas, de que la fijación de precios más bajos en los países más pobres, pueda utilizarse para influir en las negociaciones que se mantengan en otros países que pueden fácilmente aceptar precios más altos. Necesitamos mecanismos que impidan la reexportación ilícita de medicamentos de precio rebajado a economías de mayores recursos. Y necesitamos un entorno que permita que la debida aplicación de las normas garantice un justo ejercicio de la competencia. Que es lo que está empezando a suceder: no tenemos más que observar cómo los precios de los medicamentos genéricos (que no están protegidos por las patentes) se están reduciendo con la misma rapidez que los de sus equivalentes de marca.

Asimismo, tenemos que asegurarnos de que la obtención por el titular de la patente de un beneficio razonable, no bloquea el proceso de obtención de mejores precios. Un régimen eficaz de comercio internacional es aquel que permite a los países aplicar sistemas viables para la satisfacción de las necesidades sanitarias, pero que al mismo tiempo respete la propiedad intelectual.

Sería ingenuo, sin embargo, pensar que reducir los precios de los medicamentos es ya suficiente. Porque un costo de 600 dólares por persona al año por ese concepto, sigue rebasando con mucho las posibilidades de casi todos los sistemas africanos de salud y de la inmensa mayoría de los pacientes. La perspectiva de una reducción de precios de las medicinas estimula la demanda de cuidados, y eso incrementará de hecho la necesidad de recursos. Y por mucho que se reduzcan los precios, es inevitable que se necesiten más fondos para financiar el costo de la asistencia a los más pobres. Como ya se ha visto en el caso del Brasil y de otros países, los gobiernos de los países en desarrollo pueden comprometer sus propios recursos, pero la mayor parte de los fondos necesarios tienen que provenir de una mayor asistencia para el desarrollo, así como del alivio de la deuda. Se necesita más dinero. Y nosotros no podemos sacarlo de lo poco que ya se



Sin Autor(a)

está gastando en otras enfermedades mortales más comunes como las que ahora están matando cuatro millones de niños al año.

#### No sin el control necesario

La experiencia ha demostrado que la terapia combinada puede ser eficazmente administrada en África, sin los complicados controles de laboratorio que normalmente se aplican en los países industrializados. Y existe la preocupación de que la ausencia de tal control provoque una resistencia de los virus VIH a la medicación del SIDA, que rápidamente haga inútiles las medicinas existentes. Pero este problema puede resolverse. Porque podemos encontrar una norma mínima de seguridad que garantice el uso de medicamentos de calidad, a precios razonables, para los países más pobres.

De esta forma, tenemos que asegurarnos de que la nueva esperanza de más amplio acceso a la asistencia, complementa y refuerza los esfuerzos encaminados a impedir la propagación del VIH. Mantener a las personas libres del VIH tiene que seguir siendo siempre nuestro principal objetivo.

La Dra. Gro Harlem Brundtland es la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Dra. Gro Harlem Brundtland, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

Fax: 41 22 791 4167. Correo-e: strootp@who.ch



## LAS IGLESIAS TRABAJARÁN UNIDAS CON TODAS LAS PERSONAS DE BUENA VOLUNTAD

*(Intervención de Cristoph Benn, representante de la Comisión de las Iglesias para Asuntos Internacionales, del CMI, en el pleno del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA).*

### Pasajes

El VIH/SIDA es una enfermedad que viola la voluntad de Dios sobre su creación. Porque fundamento de todas nuestras respuestas y acciones es el reconocimiento y el respeto de la dignidad de toda persona humana, cualesquiera que sean las circunstancias.

Protegiendo los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA y promoviendo una actitud de compasión y solidaridad hacia esas personas, opuesta a todas las formas de estigmatización y discriminación, se protege mejor su dignidad de seres humanos. Contra lo que tenemos que luchar es contra el VIH/SIDA, no contra sus víctimas.

Todas las personas afectadas por el VIH/SIDA deberían ser aceptadas en sus propias comunidades y recibir apoyo y atención, incluido el acceso al tratamiento. Y las iglesias se comprometen a utilizar todos sus recursos en apoyo de esos esfuerzos.

Los grupos de alto riesgo y más vulnerables (por ejemplo, las personas adictas a los estupefacientes, los presos, los refugiados, las poblaciones migrantes, las personas internamente desplazadas, las personas de orientación homosexual), requieren una atención y un acompañamiento especiales con pleno respeto de sus derechos humanos esenciales.

A los riesgos especiales de las mujeres hay que responder mediante medidas de prevención, atención y tratamiento. Y lo que es todavía más importante es combatir las estructuras y los sistemas sociales, políticos y económicos que engendran su vulnerabilidad. También hay que ocuparse con urgencia de las necesidades y de los riesgos de los jóvenes, incluidos los que aún no han sido afectados por la pandemia.

Por simple respeto a la vida hay que promover y apoyar todos los métodos comprobados de prevención del VIH/SIDA, con inclu-



Peter Williams/CMI

sión de la abstinencia sexual, el aplazamiento de la actividad sexual de los jóvenes, la fidelidad en las relaciones sexuales y la utilización de condones. Yo querría rechazar el extendido mito de que todas las iglesias y religiones están en contra del uso de los condones. El CMI, con sus 340 iglesias miembros en todo el mundo, ha adoptado una política oficial de reconocimiento del uso de los condones como una opción, entre otras, para prevenir la transmisión del VIH.

Y es dentro de ese contexto como hay que enfocar las estructuras y los sistemas económicos, sociales y políticos, incluida la deuda pública, que permiten la propagación del VIH/SIDA.

También hay que combatir las dañinas creencias, prácticas y tradiciones que, en las sociedades y las iglesias, fomentan la propagación de la pandemia.

Las iglesias piensan que los gobiernos, a todos los niveles, tienen la obligación primordial de asegurar y proteger la salud pública, y que esa obligación tiene que reflejarse en sus sistemas de financiación y ser refrendada por su voluntad política. Pero las iglesias, por su parte, están también dispuestas a trabajar, en cooperación con todas las personas de buena voluntad y, por supuesto, con otras comunidades religiosas, organizaciones de base comunitaria, gobiernos y organismos de las Naciones Unidas, para la erradicación del VIH/SIDA.

*Fue una iniciativa audaz la que hizo que diversas organizaciones, de base religiosa, se unieran para prometer su apoyo al trabajo que, juntamente con los gobiernos y las ONG, puede llevarse a cabo para luchar contra la pandemia. A continuación se reproducen pasajes*

## SOLIDARIOS EN FA

Las organizaciones de base religiosa (OBR) están participando junto con otras entidades en la lucha mundial contra esta devastadora pandemia. En países en los que los dirigentes religiosos se han comprometido desde

### Las ventajas de las OBR:

- Las OBR pueden ser canales efectivos de comunicación, gracias a sus profundas raíces históricas y a su familiaridad con la idiosincrasia sociocultural.
- Experiencia/capacidad - Las OBR han preconizado la atención basada en el hogar, tanto para las personas que viven con VIH/SIDA como para los niños afectados.
- Mandato espiritual - Las FBO están en situación de atender a las necesidades espirituales de las personas afectadas por la enfermedad. Y dispensan un ministerio holístico para todos los afectados por el VIH/SIDA, con miras al bienestar físico, espiritual y emocional del individuo y de la comunidad.
- Continuidad - Los miembros de las organizaciones religiosas han dado pruebas de un compromiso constante a responder a las necesidades humanas.

### Las OBR deberían:

- Eliminar las desigualdades tradicionales y culturales, especialmente en el contexto de las mujeres y de los niños.
- Asegurarse de que todas las perso-

Texto patrocinado y apoyado por las siguientes entidades: Comunión Anglicana; Organización Católica de Socorro y Ayuda para el Desarrollo en los Países Bajos; Christian Aid, Reino Unido; Unión de Mujeres de Iglesia, Estados Unidos; Iglesia Evangélica de Alemania, Movimiento Vida Familiar, de Zambia; Instituto de Estudios Islámicos, Mumbai, India; Red Cristiana Internacional de Ayuda contra el SIDA; Consejo Internacional de Mujeres Judías, Reino Unido; Lutheran World Relief; MAP International; Iglesia Presbiteriana, Estados Unidos; International Health Ministries



# AREMOS

*de las declaraciones hechas por la Alianza Ecuménica de Acción Mundial y otras organizaciones, y facilitadas por el CMI, en las que dichas organizaciones reafirmaron su compromiso en el reciente período extraordinario de sesiones de la Asamblea General*

## FAVOR DE LA SALUD

hace tiempo han sido espectaculares los cambios conseguidos en relación con la epidemia gracias a los programas conjuntos de educación, asesoramiento y atención domiciliaria a ellos consagrados.

nas que viven con el VIH/SIDA o se ven afectadas por él reciben el más alto nivel posible de atención, respeto, amor y solidaridad.

- Concientizar lo más posible al respecto a sus dirigentes y miembros de todos los niveles y mejorar su formación para la prevención y el cuidado del VIH/SIDA.
- Preconizar un acceso justo y equitativo a la atención y el tratamiento.

### **Los Gobiernos tienen que:**

- Apoyar ampliamente a las OBR (acceso a la información, capacitación y recursos financieros).
- Reconocer y promover la participación activa de la comunidad en los esfuerzos de prevención, incluidos los cuidados de base comunitaria.
- Continuar todos los esfuerzos para el alivio de la deuda de los países altamente endeudados y velar por que una buena parte de los fondos así liberados, se utilice para la lucha contra el VIH/SIDA.
- Garantizar el acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH/SIDA y sus infecciones oportunistas, incluidos los remedios antirretrovíricos.

## EL PLAN DE ACCIÓN DE LA ALIANZA ECUMÉNICA DE ACCIÓN MUNDIAL

*La Alianza Ecuménica de Acción Mundial (AEAM), apoyada por 52 iglesias y organizaciones relacionadas con éstas, trabajó solidariamente en la definición de objetivos pertinentes para su labor sobre el VIH/SIDA. El 'Plan de Acción' comprende lo siguiente:*

### **Para movilizar recursos para el tratamiento del VIH/SIDA, la Alianza:**

- Se asegurará de que todos los niveles y canales de financiación están respondiendo adecuadamente a la escala de la crisis del VIH/SIDA.
- Instará a los gobiernos a que a ese fin destinen recursos más elevados y suficientes.
- Pedirá a las iglesias y a las organizaciones con ellas relacionadas, que recauden y compartan importantes recursos financieros y humanos entre sus propias redes.
- Seguirá la actuación del Fondo Mundial de las Naciones Unidas para el SIDA, con objeto de asegurarse de que es adecuada y eficiente.
- Se esforzará porque buena parte de los recursos liberados por concepto de cancelación de la deuda, se destinen a actividades multisectoriales de lucha contra el VIH/SIDA.

### **Para instar a las iglesias a que actúen en favor de la dignidad y los derechos de los pacientes de VIH/SIDA, la Alianza les propone que:**

- Faciliten una discusión franca sobre cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA.
- Valoren la participación de personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA en todas las actividades de las iglesias.
- Se conviertan en comunidades de asistencia acogedoras para las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA.
- Promuevan políticas y prácticas que permitan superar las desigualdades y discriminaciones por motivo de sexo.
- Fomenten la participación activa de las mujeres en la planificación y la realización de las actividades de las iglesias relacionadas con el VIH/SIDA.

- Elaboren estrategias y movilicen a sus miembros para defender políticas más justas y eficaces por parte de los gobiernos y de las organizaciones e instituciones internacionales.

### **Para promover una política de prevención del VIH/SIDA centrada en la vulnerabilidad, la Alianza fomentará:**

- La ruptura del silencio que rodea las cuestiones relacionadas con el sexo, la sexualidad y las relaciones sexuales.
- El apoyo a métodos eficaces de prevención.
- La eliminación de los dobles raseros según el sexo y de la superioridad masculina, que tanto contribuyen a la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA.
- La insistencia en la necesidad de un claro entendimiento y enfoque de los factores que hacen a los niños y los jóvenes vulnerables al VIH/SIDA.

### **Para facilitar el acceso al tratamiento de las personas con VIH/SIDA, la Alianza propondrá:**

- Que, en el sector de la salud, se refuercen y amplíen los actuales servicios, infraestructuras y recursos humanos con miras a un aprovechamiento adecuado de las mejores terapias posibles.
- Que se presione a los gobiernos y a las empresas farmacéuticas para que apliquen políticas que faciliten el acceso a los medicamentos que preservan la vida, incluidos los antirretrovíricos y el tratamiento de las infecciones oportunistas.
- Que incrementen los servicios centrados en la salud reproductiva orientados hacia las mujeres, y faciliten el acceso a tratamientos eficaces a las ya infectadas por el VIH.
- Que hagan lo posible por evitar la transmisión de padres a hijos.

Office Religion Counts, Organización Interreligiosa con sede en Washington; Ejército de Salvación; Iglesia Evangélica Luterana Unida de la India; Vivat International, Nueva York; ACF Mundial; Alianza Mundial de Asociaciones Cristianas de Jóvenes; Conferencia sobre Religión y Paz; Consejo Mundial de Iglesias, World Vision International. Sitio Web: [www.e-alliance.ch](http://www.e-alliance.ch). Correo-e: [e-alliance@wcc-coe-org](mailto:e-alliance@wcc-coe-org).



# NO TODO ESTÁ PERDIDO

*Ya se han empezado a aplicar iniciativas para lograr la igualdad de acceso a las medicinas y, aunque todavía es demasiado pronto para sacar conclusiones, ya nos enseñan algo estos informes de África y del Brasil.*



Peter Williams/WCC

## El empleo de medicamentos en Uganda y en Côte d'Ivoire

La Iniciativa sobre el Acceso a los Medicamentos se aplicó a los primeros pacientes en Uganda y en Côte d'Ivoire en 1998.

Y acerca de los aspectos operacionales de esa iniciativa, ya se han aprendido importantes lecciones en ambos países, en los que alrededor de 900 pacientes en Uganda y 600 en Côte d'Ivoire están actualmente recibiendo terapia antirretrovírica.

En uno y otro, juntas asesoras definieron la política a seguir en materia de tratamiento, cuya aplicación por los médicos se garantizó además mediante actividades de capacitación del personal de los centros de consulta incluidos en la iniciativa. Las orientaciones generales y la capacitación trazaron un enfoque global de los pacientes con VIH, incluidas las infecciones y otras enfermedades "oportunistas". En todo caso, las orientaciones para el aprovisionamiento de medicamentos se centraron casi exclusivamente en la terapia antirretrovírica hasta 1999. Posteriormente, atendiendo a



los requerimientos de ONUSIDA, los dos países han manifestado mayor interés en la gestión de las enfermedades oportunistas. En previsión de la consulta de marzo de 2000 sobre la profilaxis con cotrimoxazol, tanto Côte d'Ivoire como Uganda adoptaron normas para la utilización de esa combinación de medicamentos para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH. La creciente importancia dada a los remedios para las enfermedades oportunistas, aumentará el interés de la iniciativa sobre el acceso a los medicamentos para los clientes que carecen de medios para adquirir los antirretrovíricos y para los centros de seguimiento en los que éstos no se prescriben.

### Esfuerzos para hacer más accesibles los medicamentos

Uganda, país relativamente pobre, optó por no utilizar fondos públicos para subvencionar los antirretrovíricos suministrados en virtud de la iniciativa y cuyo costo quedó así a cargo de los pacientes. En Côte d'Ivoire, país más rico, el Gobierno se comprometió, en cambio, a sufragar parte del costo a determinados pacientes. No obstante, la concesión de las subvenciones para el tratamiento constituía un proceso muy lento. Y, aunque no se llevara a cabo un análisis a fondo de la utilización de antirretrovíricos fuera de la iniciativa, el hecho es que el programa en Côte d'Ivoire atrajo menos clientes que el de Uganda.

### El reforzamiento del sector de la salud

Los esfuerzos educativos realizados en favor de la iniciativa fueron calificados de positivos en ambos países. En Uganda, el seguimiento de laboratorio se vio reforzado por la donación de contadores CD4. Y el creciente interés de las juntas asesoras de los dos países por la gestión de las enfermedades oportunistas, ha favorecido la creación de más centros de seguimiento.

### El impacto social

En ambos países, la presencia de la iniciativa dio nuevo impulso a las personas que tenían VIH y SIDA reforzando sus esperanzas, y condujo a una amplia movilización del personal de sanidad en torno a esas enfermedades. Provocó asimismo la publicación en la prensa de abundantes reportajes, no sólo sobre el costo del tratamiento del VIH sino también sobre la prevención de éste. Haciendo más patente



la epidemia, estas discusiones pueden favorecer los esfuerzos de prevención y producir importantes beneficios incluso bastante más allá del círculo de los clientes y de los proveedores de la asistencia médica objeto de la iniciativa.

## Alternativas genéricas en el Brasil

El Gobierno del Brasil mantiene una política de acceso universal a los medicamentos antirretrovíricos que actualmente beneficia a casi todos los pacientes de SIDA del país (que son unos 85.000). La introducción de la terapia de combinación de antirretrovíricos ha reducido a la mitad la cifra anual de muertes por SIDA de 1996 a 1999 y ha disminuido en un 60-80% la frecuencia de infecciones oportunistas en el mismo período.

El programa de acceso universal no hubiera sido posible sin una importante reducción del costo de los medicamentos antirretrovíricos. El gobierno decidió iniciar la fabricación local de medicinas que no estaban protegidas por patentes y para cuya producción poseía los conocimientos técnicos y la infraestructura necesarios. Esa producción local, combinada con las compras al por mayor de antirretrovíricos importados, redujo considerablemente los costos de los medicamentos incluidos en el programa. El costo anual de una doble terapia con análogos nucleósidos se redujo en un 80% por término medio (de 3.812 a 763 dólares) de 1996 a 2000. En cuanto a la terapia triple, con dos nucleósidos y un inhibidor de proteasa, la reducción fue del 36% (de 7.342 a 4717 dólares) en el mismo período, y la de la terapia triple también pero con dos inhibidores nucleósidos y uno no nucleósido, del 34% (de 4.584 a 3.009 dólares).

Los costos anuales del programa en medicamentos fueron de unos R\$611 millones

(US\$339 millones en 1999, y se calcula que ascenderán a R\$831 millones (US\$462 millones) en 2000, habida cuenta del mayor número de pacientes con triple terapia y de una cifra total de pacientes bastante mayor. De 1997 a 1999 se evitó un total aproximado de 146.000 hospitalizaciones relacionadas con el SIDA, y eso redundó en una economía total de unos R\$521 (US\$289) millones. Así se ha compensado en parte el elevado costo de la terapia antirretrovírica. Al mismo tiempo, las ventas de condones aumentaron en casi un 50% (de 216 a 320 millones de piezas), y las peticiones de asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH se elevaron en un 35% entre 1996 y 1998.

Cortesía: ONUSIDA, sitio Web: [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

## NADIE MEJOR

*En África, donde muchas veces los jefes de poblado y los ancianos siguen a ciegas ciertas costumbres y supersticiones, las mujeres están marginadas. Y no es fácil romper esas barreras. Despojadas de su dignidad básica para toda la vida, las mujeres con VIH/SIDA sufren una doble carga: primero, como ciudadanas de segunda clase, y segundo, por su desigualdad de acceso a las medicinas. Los dos relatos siguientes, de Patricia Nickson, muestran vívidamente cómo mujeres que estaban condenadas a vivir al margen de la sociedad, han respondido a su vez con solidaridad y amor. Son además ejemplos de cómo puede la iglesia cambiar ciertas situaciones.*

### Rosie, del África occidental

Rosie es una viuda, madre de dos hijos, que vive en el África occidental. Su marido murió hace cinco años después de una larga enfermedad. Pocos años más tarde, Rosie conoció a otro hombre y, cuando estaba preparando su segundo matrimonio, el pastor le pidió que se sometiera a una prueba de VIH. El resultado positivo de la prueba fue desolador por cuanto significaba la ruptura de su nuevo compromiso matrimonial y la revelación repentina de





muchas veces que arreglárselas por sí misma y que buscar personalmente la forma de costearse los estudios. Y, como quería recibir alguna formación profesional, “se vendía ella misma” para poder pagar así las clases. Pero cuando estaba todavía estudiando para enfermera se puso mala. Afortunadamente, la directora de su escuela descubrió su situación, la puso en contacto con el capellán del establecimiento y le prometió el apoyo y la atención de la institución. Ella respondió bien y recuperó su ánimo y su determinación. Y, pocas semanas después, informó de su enfermedad a todo el personal, convirtiéndose en la primera persona de la zona que declaraba públicamente su condición de infectada por el VIH. Desde entonces ha dado, además, pruebas de su interés por llegar a ser asesora de personas igualmente afectadas por esa enfermedad.

#### Puntos de reflexión

- En ambos casos se observan las dificultades de acceso a la información necesaria.
- En ambos también era difícil obtener, antes y después de las pruebas, el asesoramiento que hubiera preparado a esas mujeres para la situación en que iban a encontrarse.
- Rosie fue rechazada por sus amigos de la iglesia y por su empleador, mientras que Janet fue aceptada y tranquilizada. La accesibilidad a la aceptación de la comunidad es importante para asegurar el bienestar de las personas que padecen del VIH/SIDA.

que su marido había muerto de SIDA y de que era probable que ella acabara también convirtiéndose en una enferma crónica.

Los problemas de Rosie no acabaron allí. Porque otras personas de su misma comunidad hicieron correr seguramente a su alrededor la historia de su condición de enferma del VIH. En la iglesia, ya nadie quería sentarse cerca de ella y su empleador acabó también despidiéndola. Temiendo además que sus hijos se enterasen, los envió a vivir con otros parientes. Y ella misma fue víctima de una profunda depresión, de la que salió gracias a los prudentes y pacientes consejos de un pastor que se preocupaba por las personas que padecían del VIH/SIDA. Con su ayuda, Rosie volvió a armarse de valor y a tener confianza en sí misma. Cambió de iglesia y encontró nuevos amigos, y ahora está estudiando la forma en que puede romper las barreras en busca de más amistad, de un asesoramiento oportuno, de apoyo y de esperanza.

#### Janet, del África oriental

Janet dejó la casa paterna cuando tenía siete años y fue enviada a casa de una tía para su educación. Muy joven todavía tuvo

Dra. Patricia Nickson, IPASC, 89 Upton Park Drive, Upton, Wirral CH49 JW, UK. Tel: 44-151-708-9393. Correo-e: ipasc@liverpool.ac.uk



¿Me dejas que te ayude?



Sin Autor(a)



# “ESTA MUY BIEN MEJORAR EL ACCESO A LA MEDICACION, PERO...”



*Nuestro mayor enemigo es el que actúa dentro de nosotros. Porque, aunque el acceso a las medicinas es importante para detener al VIH/SIDA, Nicci Stein insiste en que, para conseguir un progreso real, también tenemos que librarnos de las cadenas del estigma que durante tanto tiempo nos ha tenido paralizados.*

Yo trabajo en Sudáfrica, para una ONG llamada el Proyecto Triángulo. Nosotros partimos, en todos nuestros trabajos, de una base de desarrollo de la comunidad, y yo personalmente me ocupo principalmente de las cuestiones sociales y personales que se plantean en relación con el acceso al tratamiento.

Está muy bien mejorar en la práctica ese acceso, y es evidentemente algo que hay que conseguir, pero lo cierto es que nos encontramos ante una situación en la que, aunque tal acceso fuera libre, muchas personas no se beneficiarían de él. El rechazo (y el temor que éste engendra) son enormes problemas. El nivel de estigma social que provoca el VIH sigue siendo muy elevado. Tenemos una enorme cantidad de casos de tuberculosis y sabemos por experiencia (sin contar con el estigma) que es muy grande el porcentaje de personas que no llegan al final de su tratamiento. La tuberculosis MDR se está convirtiendo cada vez más en un problema que es casi imposible resolver. Para personas que no tienen empleo y que no tienen vivienda o viven en condiciones inadecuadas, el VIH ocupa un lugar muy secundario en su lista de prioridades. Para personas que no tienen agua corriente ni una alimentación regular adecuada, las medicinas no constituyen un artículo de primera necesidad. Tampoco toman las debidas precauciones en su vida sexual. Y es evidente que, si las personas no van a hablar siquiera de la cuestión del VIH, menos van a estar dispuestas a tomar medicinas.

Recientemente organizamos un taller de debate sobre pruebas del VIH para hombres homosexuales de las zonas urbanas africanas. Y cuando vimos que ninguno asistía, y, luego, preguntamos individualmente a algunos de ellos el porqué de su abstención, nos

dijeron que a todos les daba demasiado miedo pensar, simplemente, en el VIH, para no hablar de participar en un debate sobre el tema. Muchos de esos hombres son probablemente seropositivos y tienen, en efecto, demasiado miedo a las pruebas. E incluso algunos que lo son y lo saben, no se atreven a participar en esas discusiones.

Nosotros sabemos que, para embarcarse con probabilidades de éxito en un régimen de tratamiento, uno tiene que tener, además de cierto nivel de aceptación y de autoestima, la voluntad necesaria para defender activamente la propia vida. Y las personas con las que trabajo están muy lejos de eso.

Esas personas actúan con un nivel muy bajo de autoestima (como resultado de años de apartheid y debido al rechazo de la homosexualidad en las culturas africanas), con escaso conocimiento del VIH y con muchísimo temor. Pero, por otra parte, nosotros no podemos hacer caso omiso de esas cuestiones cuando hablamos del acceso al tratamiento. A mí, personalmente, me gustaría conocer otras opiniones y otras experiencias sobre la cuestión.

Sra. Nicci Stein, Directora del Proyecto Triángulo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica.

El Proyecto Triángulo es una ONG que se ocupa de la salud y el progreso de homosexuales de uno y otro sexo.

Tel: +27+21 4483812.  
F a x : + 2 7 + 2 1  
4484089. Correo-e:  
triangle@icon.co.za.  
W e b : h t t p : / /  
www.icon.co.za/  
-triangle

Si las personas no van ni siquiera a hablar de la cuestión del VIH, es indudable que no aceptarán medicamentos.



# CONSTRUYAMOS PUENTES, NO MUROS

*La imposibilidad de acceder a los medicamentos, no es la única razón por la que tantos están siendo víctimas del VIH/SIDA. También el estigma social puede matar y es muchas veces la causa de la desigualdad en el acceso al tratamiento. En junio de 2001 tuvo lugar en África una reunión sobre el estigma y el VIH/SIDA en ese continente, reunión que se celebró en Dar-es-Salaam y a la cual se refiere el siguiente resumen:*



UNICEF

Todos estamos directa o indirectamente afectados por el VIH/SIDA y por el estigma que lo acompaña y que se caracteriza por el silencio, el temor, la discriminación y el rechazo que engendra la epidemia. Esos mismos factores socavan también la prevención, el cuidado y el apoyo a los enfermos y agravan las consecuencias del mal.

### **El estigma en la esfera de la atención sanitaria**

Los miembros del personal de los servicios de salud, se encuentran en primera línea de los esfuerzos de atención y prevención del VIH/SIDA y, por lo tanto, al mismo tiempo que, quizá contribuyendo incluso a perpetuar el estigma, pueden ser también víctima de él por parte de los colegas y de las sociedades en que trabajan y viven. Por eso, esas personas tienen la responsabilidad de superar el estigma en el marco de sus profesiones y de sus lugares de trabajo. Y ese proceso puede acelerarse en el marco de su función de cuidadores de personas que viven con el VIH/SIDA, y de educadores, e incluso de modelos, de sus comunidades.

Para luchar contra el estigma en esta esfera sería, por lo tanto, preciso:

- Establecer códigos de ética y conducta profesional y ofrecer formas suficientes de reparación de las violaciones profesionales en ese campo.
- Fomentar la formación práctica y de actitud general hacia el VIH de todo el personal sanitario. Promover el asesoramiento voluntario, la toma de pruebas y la atención de los afectados.
- Establecer y orientar la atención de los pacientes de VIH/SIDA dentro de los sistemas actuales de salud, y desarrollar sistemas de alta y remisión de los pacientes a los lugares oportunos.

- Fortalecer los servicios de asesoramiento voluntario, pruebas y cuidados, así como otras actividades de apoyo.

### **El estigma y las organizaciones de creyentes**

Las organizaciones de creyentes tienen la obligación moral de promover la prevención y de proporcionar cuidados, consuelo y ayuda espiritual a las personas infectadas por el VIH y a las comunidades afectadas por esta pandemia.

Para luchar contra el estigma esas organizaciones deben:

- Proporcionar a todos los dirigentes religiosos, formación básica y continua en materia de VIH/SIDA, con inclusión del asesoramiento a los pacientes, de modo que los así formados adquieran la competencia necesaria en esa esfera.
- Buscar información sobre el lenguaje y las doctrinas religiosas que contribuyan a la estigmatización y fomentar un lenguaje alternativo más neutro.
- Combinar los cuidados holísticos con programas de apoyo que organicen actividades esenciales de formación para los jóvenes, atención familiar a los enfermos en el hogar, y grupos de apoyo a las personas afectadas.
- Promover los valores humanitarios y espirituales de compasión hacia los grupos marginados y estigmatizados.

### **Conclusión**

Todas las personas conocedoras del problema y competentes para actuar sobre él, tienen la obligación individual y colectiva de actuar con miras a reducir el estigma dentro de sus respectivas esferas de influencia.

Para más información sobre la consulta, véase el sitio Web: <http://www.hdnet.org>.



Peter Williams/WCC



# EL RÉGIMEN DE PATENTES PARA LOS MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON EL VIH-SIDA

Actualmente más del 95% del total de personas infectadas por el VIH viven en el mundo en desarrollo, en el que también se ha registrado el 95% de todas las muertes ocasionadas por esa enfermedad hasta el momento. En los países desarrollados, la introducción del tratamiento antirretrovírico altamente activo y la disponibilidad de medicamentos ha conducido a una considerable reducción de la mortalidad por ese concepto. Pero en los países en desarrollo el acceso a esos medicamentos tropieza con graves obstáculos.

Varios factores relacionados entre sí determinan el acceso a los medicamentos esenciales. Entre esos factores cabe citar el uso apropiado de esos medicamentos, la gestión de la oferta, los problemas económicos, las leyes y los reglamentos aplicables, y las decisiones en materia de fabricación, investigación y desarrollo. No obstante, el elemento clave es probablemente la capacidad de pago de los usuarios.

La mayor parte de los medicamentos creados especialmente para tratar la infección del VIH están patentados. Y esto hace el tratamiento menos asequible que en el caso de las medicinas de las que existen alternativas genéricas. El hecho de que la protección de las patentes conceda derechos exclusivos a una invención, es una de las posibles razones de la limitada disponibilidad y capacidad de adquisición de los medicamentos patentados.

## La reglamentación de las patentes

La patente concede derechos de exclusividad para la fabricación del producto. Todas las patentes son **nacionales** y han de ser solicitadas en cada uno de los países (u oficinas regionales, en su caso) en los que se desea que el invento de que se trate sea protegido por ellas. **No existen patentes internacionales.**

## La revisión de las fechas de expiración de las patentes de medicamentos contra el VIH/SIDA

La OMS ha preparado un cuadro detallado para indicar las fechas de expiración de las patentes de sustancias básicas que protegen algunos de los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA. En él se indican también los países en los que esas patentes se han solicitado y concedido.

Para tener una idea aproximada de la fecha en que

puede iniciarse la competencia genérica por un determinado medicamento, lo mejor es enterarse de la fecha de solicitud de la primera patente, que generalmente protege la sustancia básica del medicamento.

Para tener una idea aproximada de la fecha de expiración de una patente concedida para el mismo medicamento en otros países, añádanse 20 años a la fecha de solicitud y téngase además en cuenta el período de prioridad de un año (20+1).

A partir de esa fecha de expiración de la patente que protege la sustancia de que se trate, es posible producir copias de la sustancia básica del medicamento, ya que, si bien puede haber otras patentes que protejan un proceso de fabricación, la sustancia básica al menos pasa a ser de dominio público. Esto se aplica sólo a los países en los que se ha concedido patente y en los que el titular de ésta paga con regularidad los derechos fijados para su mantenimiento en vigor.

No obstante, en algunos países es posible obtener una prórroga de la patente más allá de los 20 años, para compensar el tiempo invertido en "investigación y desarrollo" o en los trámites de registro exigidos para la comercialización de la sustancia.

El estudio es sumamente útil para todos los interesados en una actualización de los efectos de las patentes relativas a los medicamentos aplicables al VIH. (Véase a continuación un ejemplo del contenido del cuadro).

Para más información dirigirse a: Dr. Brian Pazvakavambwa, Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Coordinación Local e Interregional del VIH/SIDA, 20 Avenue Appia, CH-1211 Ginebra 27, Suiza. Tel. +41-22-791-4564. Fax: +41-22-791-4834. Corre-e: pazvakavambwab@who.int.http://www.bpazva.8m.com



ONUSIDA

Nombre del medicamento	Propietario de la patente	Fecha de prioridad de la patente básica	Duración máxima de la protección 20 años	Fecha de expiración de la patente USA	Fecha de expiración de la patente Francia/Europa	Países en los que se han solicitado o concedido patentes análogas*
<i>Medicamentos antiinfección</i>						
Albendazol	SmithKline	19 Junio 74	19 Junio 1995	19 Junio 94, pero derechos exclusivos de comercialización hasta el 11 de junio de 2003 (como medicamento de productor desconocido)	Sin datos	<b>Alemania</b> , Australia, <b>Bélgica</b> , <b>Canadá</b> , Chile, <b>Dinamarca</b> , Estados Unidos, Filipinas, Finlandia, Francia, Hong Kong, Hungría, Irlanda, Israel, <b>Italia</b> , <b>Japón</b> , Kenya, Luxemburgo, Malasia, México, Noruega, <b>Países Bajos</b> , Portugal, <b>Reino Unido</b> , <b>Sudáfrica</b> , Suecia, <b>Suiza</b> , <b>URSS</b> , Yugoslavia

\* Los países en negrilla son aquellos en los que se ha concedido patente (base de datos Derwent), a diferencia de otros países de los que sólo se sabe que se han presentado solicitudes (Derwent + European Patent Office website)



## “¿VEN USTEDES LA DIFÍCIL SITUACIÓN EN QUE NOS ENCONTRAMOS?”

### NEHEMIAS 2:17

*El Rev. Gideon Byamugisha dio públicamente a conocer su condición de infectado de VIH en 1995. Ahora dirige el Programa Integrado de Salud sobre el VIH/SIDA.*

Casi 50 años después de que el rey Nebuchadnezzar capturara Jerusalén y Chipre, el rey de Persia capturó Babilonia y se apoderó de todo el imperio. Un año después promulgó un decreto para que “los judíos pudieran volver a sus hogares y reconstruir la ciudad”.

La tarea de reconstrucción de la ciudad no era nada fácil. Los exiliados que habían regresado eran pocos y pobres, mientras que los que siempre habían permanecido allí se habían visto privados de casi todos sus bienes. Así que doce años después de los acontecimientos que se relatan en el Libro de Ezra, los muros de la ciudad seguían en ruinas y las puertas quemadas no habían sido nunca reemplazadas (Nehemías 1:2-3).

Esa situación, aunque mala, no era lo que más entristecía a Nehemías. Lo que más tristeza le causaba, era que muchos judíos parecían no darse cuenta de la mala situación en que se encontraban.

Es cierto que tener un problema ya es malo. Pero tener un problema y no darse cuenta ni de su existencia ni de su magnitud es doble tragedia.

Y eso es lo que, después de una detenida inspección de la ciudad, movió a Nehemías a preguntar: “¿Vosotros veis la difícil situación en que nos encontramos?” (Neh. 2:17).

#### ¿Por qué no ve la gente lo que es un mal evidente?

El hambre, la enfermedad y la opresión son tan comunes y corrientes que muchos las aceptan como normales. Además, la enfermedad y el dolor incapacitan muchas veces para pensar positivamente.

En África, la enfermedad y las muertes evitables son tan corrientes que muchas personas las aceptan como voluntad de Dios. Esto es lo que muchas veces dicen los predicadores en los funerales, y quizá sea un buen mecanismo de defensa para comunidades que o no comprenden bien las causas de sus males, o están demasiado marginadas, enfermas o paralizadas para ver más allá de las apariencias.

#### La maldición de la ignorancia

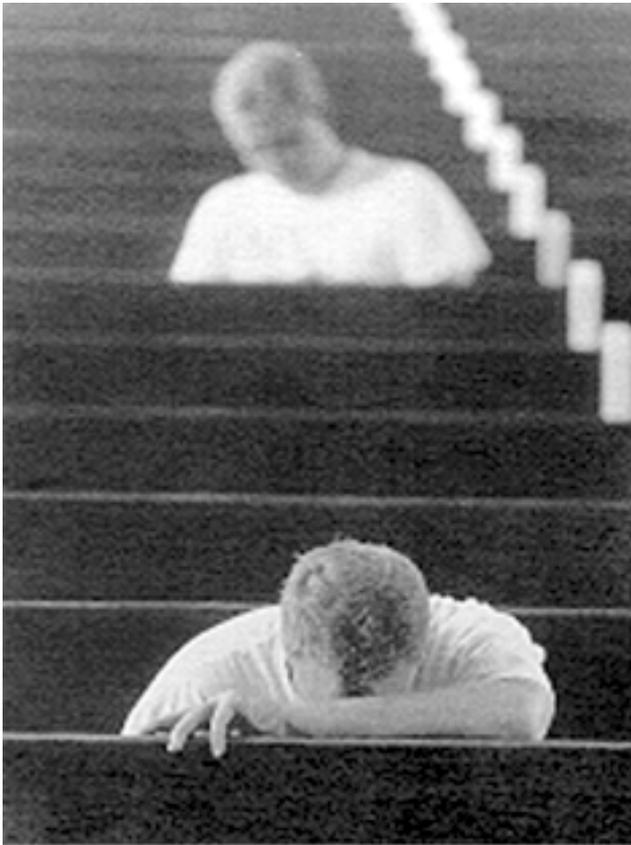
Por mucha que sea la ayuda que se preste, a menos que las comunidades locales sepan por qué se encuentran en tal situación, los progresos serán probablemente lentos, y en todo caso limitados. Por eso convendría que los dirigentes, a todos los niveles y cualquiera que sea el sector de que procedan, asuman ellos mismos la responsabilidad de explicar: i) qué es el VIH, ii) qué efectos produce en el cuerpo humano, iii) qué probabilidades tiene uno de verse infectado o de infectar a otros, y qué cabe hacer para evitar uno mismo la infección o, una vez adquirida, su transmisión a otras personas.

#### ¿Ven ustedes la difícil situación en que nos encontramos?

En Uganda, donde parece que estamos haciendo progresos contra el VIH/SIDA, la mortalidad materna sigue siendo muy elevada con una tasa de 506 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Los embarazos de jóvenes de menos de 20 años siguen siendo los más numerosos de África, con un porcentaje del 43 por ciento y con un total de 1,5 a 2 millones de personas infectadas de VIH/SIDA. La frecuencia del VIH (aunque en disminución ahora) sigue manteniéndose al elevado nivel del 8 por ciento. Por otra parte, el 45 por ciento de los niños menores de cinco años están crónicamente mal alimentados. El país tiene ahora de 1,5 a 1,8 millones de niños que ya han perdido a su padre o a su madre, y casi la mitad de ellos han perdido a los dos. Los gastos per cápita de asistencia médica se estiman en US\$5,65, cifra muy inferior al mínimo mundial absoluto de 12 dólares, y el 80 por ciento de las personas son muy pobres, con ingresos de menos de un dólar al día.

En el país se registran al año 100 millones de casos de malaria, que son causa de muchas incapacidades, de malnutrición y de defunciones. Desgraciadamente este cuadro de privaciones, de enfermedad y de muerte se repite en otros muchos países de África, Asia y América Latina con características económicas y sociales análogas a las de los ugandeses. En otros muchos países, la situación está de hecho agravándose.



Jean-Claude Lejeune/CWII

### ¿Pero por qué estamos tan enfermos?

Muchos predicadores han localizado el problema en nosotros, en las personas enfermas. Y muchos dicen que estamos enfermos porque no queremos arrepentirnos y aceptar a Jesús como nuestro Salvador personal. Otros dicen que no rezamos bastante. Y algunos sugieren que no sabemos acogernos a las promesas bíblicas de curación y de salvación, e incluso me preguntan: “No sabe usted que hay óleos que curan? ¿Por qué no ha pedido usted que lo unjan?”. “¿La infección le vino antes o después de ordenarse sacerdote? ¿Se ha arrepentido usted?”.

Esas preguntas tantas veces formuladas en las distintas reuniones en las que he dado a conocer mi condición de seropositivo, pueden ser bien intencionadas. Pero me han hecho siempre preguntarme por qué algunos de los países que uno no calificaría de religiosos o de “regenerados” disfrutaban desproporcionadamente de más altos niveles y de mayores expectativas de vida, al mismo tiempo que se ven casi libres del VIH.

Ya es hora, creo yo, de que nosotros, los dirigentes eclesiásticos y los laicos, estudiemos juntos las causas reales de la vulnerabilidad a las enfermedades y las muertes evitables en los países en que esas enfermedades y muertes aumentan sin cesar.

Condenar a una persona o a una comunidad relacionando

problemas globales con el comportamiento de un individuo revela falta de sensibilidad y exceso de miopía. Si no nos hemos dado cuenta de que el comportamiento de un individuo está determinado en gran parte por lo que sucede a su alrededor, es porque quizás se nos hayan escapado las lecciones más amplias que nos enseña el virus VIH.

De hecho, en Nehemías 4:11, los enemigos de Israel se jactaban de esta situación en la que las gentes no se daban cuenta de la naturaleza real, de la extensión y de las causas de sus problemas: “Y nuestros enemigos pensaban que no nos daríamos cuenta ni veríamos nada hasta que se metieran en medio de nosotros para matarnos y detener las obras”.

Ya estemos en el Norte o en el Sur, tenemos, como dirigentes de la Iglesia y como cristianos, el deber de conocer y de ver los factores reales que fomentan la pandemia, en lugar de limitarnos a formular simplistas declaraciones morales.

Nosotros deberíamos darnos cuenta de que, en el VIH/SIDA, hay dos tipos de sufrimientos:

Los *sufrimientos autoinfligidos*, que son los que se dan cuando personas, familias o comunidades que disponen de la información, las técnicas y los servicios necesarios para luchar contra el VIH/SIDA, deciden no hacer nada.

Los *sufrimientos causados por otros*, que son los que se dan cuando individuos, familias y comunidades enteras, por muy preocupados y automotivados que estén, carecen o se ven privados por otros de la información, las técnicas, los servicios y los recursos económicos que necesitan para protegerse de la infección.

No olvidemos que lo que más dolía a Nehemías no eran los problemas de sus prójimos, sino el hecho de que sus compatriotas no pudieran analizar suficientemente la naturaleza, la magnitud y las consecuencias de esos problemas.

### Preguntas para la reflexión

1. ¿Ven ustedes la difícil situación en que nos encontramos?
2. ¿Estamos utilizando a la Iglesia para controlar el SIDA, o estamos utilizando el SIDA para controlar a la Iglesia?



## CONTACTOS

**Population Service Int.**  
1120 19th Street N.W.  
Suite 460, Wáshington, EE.UU.  
Tel:202-785-0072  
Fax:202-785-0120  
E-mail:info@psi.org

**Population Service International** - Una de las primeras organizaciones del mundo que ha recurrido en buena medida a la comercialización social para

la lucha contra el SIDA, PSI lleva ya más de una década como pionera e innovadora en esta esfera. Grupo de carácter no lucrativo, con sede en Washington DC, PSI

ha estado siempre a la cabeza de la cruzada contra el SIDA, con proyectos en casi 50 países. Para más información consultar el sitio Web: [www.psi.org](http://www.psi.org)

## PUBLICACIONES DEL CMI

**Consejo Mundial de Iglesias**  
P.O.Box 2100  
1211 Ginebra 2  
Suiza  
Tel: 41 227916111  
Fax: 41 227910361  
Correo-e: [publications@wcc-coe.org](mailto:publications@wcc-coe.org)

**Enfrentando el SIDA - El desafío y la respuesta de las iglesias.** Este documento del CMI es el fruto de dos años de intensas consultas de un grupo internacional de pastores, teólogos y especialistas en ética, científicos, médicos y enfermeros que viven con el SIDA y de personas

que trabajan con las víctimas de esta enfermedad. En capítulos sucesivos se exponen los hechos científicos y los contextos social, económico y cultural; las perspectivas teológicas; los problemas éticos y médico-éticos; los derechos humanos y las responsabilidades; y la atención pastoral de la iglesia como co-

munidad de curación. Segunda edición, ISBN: 2-8254-1213-9. Precio: US\$9.95, Sfr15.00, £6.50, más 20% de gastos de franqueo. Existe también en español y en francés. Para ejemplares en español dirigirse a: CLAI, Casilla 17-08-8522 Quito, Ecuador. Fax: (593-2) 256 8373

## PUBLICACIONES DE LA OMS

**Organización Mundial de la Salud**  
1211 Ginebra 27  
Suiza  
Fax: 41 227914167  
E-mail:[austinm@who.ch](mailto:austinm@who.ch)

**Uso de medicamentos esenciales.** Noveno Informe del Comité de Expertos de la OMS (incluida la lista modelo actualizada de medicamentos esenciales). Presenta y explica la undécima lista modelo de medicamentos esenciales publicada por la OMS como parte de sus esfuerzos para propagar los medicamentos modernos entre toda la población del mundo. Destinada a orientar la selección de medicamentos en los países que más

los necesitan y que carecen de recursos para adquirirlos. Technical Report Series No. 895/2000, V+61 páginas. ISBN 9241208953 Ordeno. 1100895. Disponible en la red: <http://w3.who.sea.org/rdocl>  
**Home-based Long-term Care Report** (Informe de los cuidados a largo plazo centrados en el hogar). En este informe de un grupo de estudio de la OMS de 2000 se reproducen las conclusiones y las recomendaciones

del grupo que había sido encargado de estudiar el recurso a los cuidados centrados en el hogar como estrategia para enfrentarse con el número cada vez mayor de personas que precisan cuidados de larga duración. Dirigido a los responsables de la política de salud, el informe tiene en cuenta las diversas necesidades demográficas. +43 páginas ISBN 92 4 120 8988 Rs280. Dirigirse a: <http://w3.who.sea.org/rdocl>

## OTRAS PUBLICACIONES

**R. Macintyre**  
Rutgers, New Brunswick  
New Jersey, EE.UU.

**Mortal Men: Living with asymptomatic HIV** (Hombres mortales: Viviendo con el VIH asintomático) por R. Macintyre. 'Mortal Men' es el relato de una investigación cualitativa efectuada entre hombres homosexuales con VIH/SIDA. Basado en diez entrevistas, el libro examina las relaciones de los entrevistados con sistemas y organismos de sanidad, prestando especial atención a los casos de larga supervivencia. Aunque los relatos están repletos de experiencias físicas, el libro se centra también en la gestión de los sistemas de inmunización y en las dificultades que implican las decisiones de

tratamiento. Macintyre, que ha sobrevivido bastante tiempo (su diagnóstico data de 1985) explica cómo se puede vivir con SIDA y expone su experiencia en una comunidad. Publicado en 1999, 256 págs. (encuadernado), \$26.00.

**Mental Health and HIV Infection** (La salud mental y la infección por VIH) Este libro ofrece un valioso resumen actualizado de lo que ya no puede denominarse un nuevo campo. Con él se ha tratado de repasar los principales problemas de la salud mental y los enfoques que más eficaces han

resultado para aliviar las perturbaciones emocionales. El libro incluye también consideraciones detalladas sobre los desórdenes mentales relacionados con el VIH y termina con un capítulo sobre psicoimmunología. Todos los autores han estado estrechamente relacionados con la labor de atención diaria a los enfermos de SIDA y algunas de sus ideas resultarán valiosas para los profesionales que trabajan con grupos de personas que luchan contra enfermedades crónicas que ponen en peligro sus vidas. Publicado en 1999, 241 págs., £7.99.

**Joe Catalan (Ed)**  
UCL Press  
Londres, Reino Unido

Este breve documento publicado en español, francés e inglés, resume algunos de los principales problemas que preocupan a las personas que sufren del racismo o que estudian sus efectos.

Con él se ayuda a descubrir lo que muchas veces pasa desapercibido excepto cuando hay violencia. También ayuda a situar el problema de las víctimas del racismo a

aquellas personas que no lo experimentan. En el contexto de la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre el Racismo y la Xenofobia de 2001, este documento sirve asimismo de excelente introducción a la cuestión.

*The International Council of Human Rights Policy*, PO Box 147, 1290 Versoix, Suiza  
ISBN 2-940259-09-7, 15 francos suizos (+3p&p)

**The Persistence and Mutation of Racism**  
(La persistencia y la mutación del racismo)

*Estimada señora:*

*He leído con interés el artículo de Erlinda Senturias "Consecuencias sanitarias de la violencia en contra de las mujeres" (Contact-164, marzo de 1999) y pienso que es doloroso que las mujeres tengan que soportar ese prejuicio.*

*Con la pandemia del SIDA ya amenazante para la población actual del mundo, y a menos que cambien radicalmente las actitudes, nos estamos dirigiendo al desastre.*

*Yo trabajo con varios grupos de mujeres que participan en actividades de autoayuda en África, y muchas de nosotras hemos experimentado de una forma u otra la violencia. No obstante, uno de nuestros primeros objetivos es luchar contra el VIH y el SIDA, especialmente entre las campesinas de este continente.*

*Mucho le agradeceríamos que pudiera enviarnos más publicaciones sobre la violencia en contra de las mujeres, publicaciones que podríamos compartir después en nuestros grupos.*

**Alice Saliki**

*P.O. Box 5069, Bamenda, NW Province, Camerún*

*Muchas gracias por su carta. Mucho nos alegra saber que Contact está alentando a las mujeres a defender lo que es justo. En este número hemos tratado, entre otras cosas, de destacar la necesidad de luchar contra los estigmas. Espero que usted y sus amigas lo encuentren interesante. Atentamente la saluda*

**Redactora**



## CARTAS

**Las consecuencias que tiene para la salud de las mujeres la violencia de que son objeto**

### Llamamiento de *Contact* a la Solidaridad



Sin Autor(a)

*Contact* está creciendo, enfrentándose con los retos de la regionalización y reforzando la red de trabajadores de la salud.

¿Pueden ustedes ayudarnos? Un donativo de sólo 10 dólares/8 libras esterlinas/460 rupias permitirá a un trabajador más de la salud recibir gratis nuestra revista.

Pueden ustedes enviar sus contribuciones al Fondo de Solidaridad de *Contact* (refiéranse también a *Contact*, por favor, en su carta de acompañamiento):

**1. Consejo Mundial de Iglesias**

*Para francos suizos:* Union de Banques Suisses (UBS), CH-1211, GINEBRA 2, Suiza.  
Cuenta No.: 240-695.149.00A

*Para dólares de los EE.UU.:* Union de Banques Suisses (UBS), CH-1211, GINEBRA 2, Suiza.  
Cuenta No.: 240-695.149.60X

**2. Christian Medical Association of India**

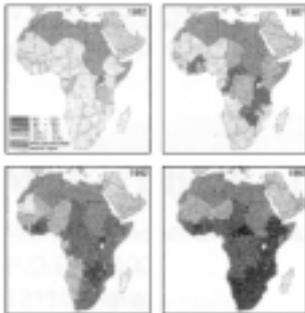
*Para dólares de los EE.UU.:* SB 4790 (a favor de "Christian Medical Association of India"), Syndicate Bank, Janakpuri, Nue-

va Delhi 110 058.

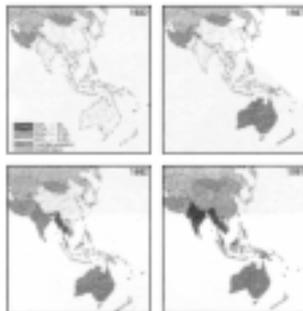
*Para rupias indias:* SB 17999, Indian Bank, A-3 Local Shopping Centre, Janakpuri, Nueva Delhi 110 058

## ANUNCIOS

Propagación del VIH/SIDA en el África subsahariana, de 1994 a 1999.



Propagación del VIH/SIDA en Asia, de 1994 a 1999.



### Segundo curso internacional sobre promoción del consumo racional de medicamentos en la comunidad de Entebbe (Uganda), 11 a 24 de noviembre de 2001

El curso, que se va a celebrar bajo los auspicios del Centro de Desarrollo y Salud Infantil de la Universidad de Makerere y del Departamento de Medicamentos Esenciales y Política de Medicamentos de la OMS, ha sido además organizado por la Universidad de Amsterdam con la colaboración de expertos.

A él asistirán miembros del personal de los ministerios de sanidad, universidades, organismos de desarrollo y organizaciones no gubernamentales y de otra índole, además de otras personas interesadas.

La matrícula, de 2.950 dólares, comprende la enseñanza, el material y el alojamiento (compartido) en hotel. También pueden reservarse habitaciones individuales abonando un suplemento de 20 dólares al día, que pagarán los participan-



ONUSIDA

tes. El precio para los participantes locales, sin alojamiento, desayuno ni cena, es de 1.500 dólares. El prospecto del curso y los formularios de inscripción pueden obtenerse consultando el sitio Web del EDM : [http://www.who.int/medicines/organization/par/second course](http://www.who.int/medicines/organization/par/second%20course). También pueden dirigirse a: Universidad de Amsterdam, Faculty of Social and Behavioural Sciences, PRDUC course, Dr. Ria Reis Oudezijds Achterburgwal, 185, 1012 DK Amsterdam, Países Bajos. Tel: +31-20 5254779. Fax: +31-20 5253010.

### Quinta Conferencia Internacional sobre atención a domicilio y comunitaria de las personas afectadas por el VIH/SIDA - 17 a 20 de diciembre de 2001.

El Insight Initiative Team, de Tailandia, está organizando la Quinta Conferencia Internacional sobre atención a domicilio y comunitaria de las personas afectadas por el VIH/SIDA, que tendrá lugar en Chiang Mai, Tailandia, del 17 al 20 de diciembre de 2001. El tema de la conferencia es "El poder de la humanidad", y su organización está a cargo de la Sociedad Tailandesa de la Cruz Roja, la Organización Mundial de la

Salud y el Real Gobierno de Tailandia. E-mail: [insight@hdnet.org](mailto:insight@hdnet.org).

### Duodécima Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ITS - 9 a 13 de diciembre de 2001

El objeto de esta conferencia, que se celebrará en Ouagadougou (Burkina Faso) es evaluar la lucha contra la epidemia de VIH/SIDA en África. El tema de la conferencia, que es "Las comunidades se comprometen", resulta sumamente importante teniendo en cuenta los grandes daños que está ocasionando el SIDA en la economía africana y su desintegración del marco social.

*Contact* trata diversos aspectos de la participación de las iglesias y las comunidades en el ámbito de la salud y se esfuerza por informar sobre iniciativas actuales, innovadoras y valientes de la promoción de la salud y la curación.

*Contact* es una publicación trimestral del Consejo Mundial de Iglesias (CMI) en español, francés, inglés y portugués. Resultado de una colaboración entre el propio Consejo Mundial (CMI), la Asociación Médica Cristiana de la India (CMAI), el Instituto Alemán para las Misiones Médicas de Tübingen (DIFAM) y la Secretaría de Coordinación Médica de los Países Bajos (MCS). Su tirada actual es de unos 15.000 ejemplares.

Los artículos pueden reproducirse libremente a condición de que se cite como fuente a: *Contact*, publicación del Consejo Mundial de Iglesias. En el primer número de cada año se publica, en las diferentes versiones en los distintos idiomas, la respectiva lista completa de los números anteriores de la revista.

Comité de Redacción: Christoph Benn, Christina de Vries, Elizabeth Moran, Patricia Nixon, Sonia Covarrubias y Reena Mathai-Luke. En relación con este número agradecemos la colabo-

ración de Miriam Reidy-Prost, Catherine Alty Jenny Roske. Jefa de redacción: Raena Mathai-Luke; diseño gráfico: Indira Mark; lista de lectores que reciben la revista: Indira Mark. Impreso por Impulsive Creations.

El costo medio de producción y envío de cada ejemplar de *Contact* es de US \$2.50, lo que representa un total de US \$10 por cuatro números. A los lectores que puedan permitírselo se les ruega encarecidamente que se suscriban a *Contact* para cubrir esos costos.

**Christian Medical Association of India, 2, A-3 Local Shopping Centre, Janakpuri, Nueva Delhi 110 058, India.** Tel: 91 11 559 9991/2/3, 552 1502. Fax: 91 11 5598150. Correo-e: [subscribe@cm.ai.org](mailto:subscribe@cm.ai.org)

*Contact* puede leerse también en el sitio Web del Consejo Mundial de Iglesias: <http://www.wcc-coe.org/wcc/news.contact.html>

La versión en español de *Contact* está siendo producida y distribuida por **Fundación Educación Popular en Salud (EPES)**, en colaboración con Colectivo Con-spirando.

Toda correspondencia puede ser dirigida a: **EPES, General Korner 38. El Bosque, Santiago, Chile.** Fono: (56-2) 5487617; Fax: (56-2) 5486021. Correo electrónico: [epes@entelchile.net](mailto:epes@entelchile.net)