



PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA
-PGR-

COMISION PRESIDENCIAL DEL SIDA
-COPRESIDA-



**IMPACTO SOCIAL,
ECONÓMICO Y
CULTURAL DEL
SIDA**

Por: Maestro Roberto Reyna Tejada

Ex-Vicerrector Docente de la UASD y Director de Cooperación Internacional e
Interinstitucional de la SEESCyT

Santo Domingo, República Dominicana
Septiembre 2003

GUIA DE EXPOSICIÓN

“El padecer una enfermedad implica, en sí misma, un sufrimiento físico, un deterioro orgánico pero además en el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) el mayor dolor que soportará el paciente no será físico sino por el contrario será netamente social”. **MedSpain. Revista digital En Salud**

I.- ¿QUÉ SABEMOS SOBRE EL SIDA?

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causa el SIDA, se identificó por primera vez en 1983, aunque la enfermedad del SIDA había sido detectada en el año de 1980. Desde entonces, el VIH se ha propagado por todo el mundo provocando una de las epidemias más graves de la era moderna.

1.1.- ¿Qué sabe usted sobre el SIDA? (Jornada Interactiva)

II.- UN TESTIMONIO PERSONAL: “Mi Encuentro con el SIDA”

- **NY. Un viaje para muchos sueños.
Octavio...Berto...Haydee...Violeta...Roberto...**
- **¿Quién es Berto?**
- **¿Cuál es su situación hoy?**
- **¿Quién puede ser el de mañana?**

III.- LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL SIDA:

“Se cumplen ahora dos decenios desde que la epidemia de SIDA apareciera por primera vez, y aunque podemos señalar algunas zonas del mundo donde el SIDA se ha abordado de forma eficaz, el impacto mundial de la enfermedad es cada vez más profundo”.

“En los países más afectados, el SIDA está invirtiendo por sí solo los avances de desarrollo conseguidos durante diversos decenios... Los efectos del SIDA han repercutido en todos los sectores de la sociedad, desde la salud hasta la agricultura, la educación y el sector privado, y están socavando las economías por la pérdida de los recursos y contribuciones vitales de toda una generación”.

Declaración Conjunta de Peter Piot, Director Ejecutivo, ONUSIDA y James Wolfensohn, Presidente, Banco Mundial en julio de 2000

La transmisión del virus HIV es posible a través de productos sanguíneos, drogadicción intravenosa, vía transplacentaria y relaciones sexuales. Cada una de estas vías tiene una expresión causal o de efecto de carácter social, económico o cultural.

3.1.- Razones justificativas del análisis de impacto social del SIDA

Algunas de las razones que justifican analizar el impacto social del SIDA son:

- 🦠 Reconocimiento de los grupos de mayor riesgo de infectarse
- 🦠 Importancia de conocer los países con mayor incidencia de SIDA
- 🦠 Disminuir el Turismo Sexual hacia países con alta incidencia de SIDA
- 🦠 Evaluación de los altísimos costos que implica el mantener con vida a un paciente con SIDA, tanto económica como humanamente
- 🦠 Realizar análisis prospectivos sobre las tendencias del SIDA y sus repercusiones futuras sobre la población mundial.

3.2.- EL IMPACTO DEL SIDA

SOBRE EL TEJIDO SOCIAL: Toca cualquier puerta pero en una sociedad desigual.

Las relaciones sexuales son; sin lugar a dudas, la forma de contagio más difundida en todo el mundo (75%) y por lo tanto dado el carácter natural de dichas relaciones convierten al SIDA en una de las pandemias más peligrosas que haya padecido la humanidad.

De ser una enfermedad inicialmente limitada a hombres homosexuales se ha convertido actualmente, gracias al comportamiento bisexual, en una

enfermedad de heterosexuales; es decir, de relaciones hombre con mujer, y también se ha cambiado el grupo de mayor susceptibilidad al contagio siendo hoy en día las mujeres prostitutas el grupo de mayor riesgo.

Bastará mostrar que en Tailandia 45% y en Nairobi 85% de las prostitutas son positivas para el virus HIV.

Debido a la gran capacidad del virus HIV de generar mecanismos de resistencia es que actualmente no existe ni tratamiento ni vacuna disponibles en el mercado.

El 76% de los pacientes con SIDA han muerto luego de 3 años de iniciados los síntomas y, probablemente, morirán más pronto debido a la toxicidad de los medicamentos que deben consumir.

Bastará que alguien se entere que una persona se encuentra infectada con SIDA para que, al igual que la mecha de una dinamita provoque una reacción en cadena, y los comentarios se diseminen incontrolablemente.

Así el paciente con SIDA debe sufrir los siguientes castigos sociales:

🚫 **La segregación:** Comienza a perder a sus amigos, se alejan de él sus compañeros de trabajo e incluso los familiares.

* *Los familiares del enfermo con SIDA sufren también la discriminación.*

Sirva de ejemplo: El caso del dueño de una taberna, quien era padre de un paciente infectado por el virus HIV, una vez que su clientela se enteró del hecho disminuyó notoriamente la asistencia a su local.

🚫 **La sociedad desprecia y juzga** a personas homosexuales y prostitutas, sin tomar en cuenta los valores y sentimientos que ellas puedan tener.

🚫 **Los enfermos de SIDA son aislados** y rechazados por el personal médico, de laboratorio y las enfermeras en los Hospitales; nadie quiere acercárseles.

- ⚡ **El paciente con SIDA es despedido de su trabajo** sin importar su capacidad o antigüedad.
- ⚡ **Los niños infectados deben escapar de escuela en escuela**, bajo nombres falsos, para poder acceder a la educación.
- ⚡ Nadie quiere tener un vecino en la puerta de al lado con SIDA y así **son obligados a salir de sus departamentos** en los edificios multifamiliares.
- ⚡ **Si son extranjeros los obligan a volver a su país de origen**; sin importar que su familia, su trabajo o bienes ya son de los países donde residen.
- ⚡ **En una palabra el paciente con SIDA perdió su privacidad y el derecho a constituir una familia.**

El verdadero peso que debe soportar sobre sus hombros el paciente con SIDA es ser el blanco de un castigo social que injustamente se le impone y frente al cual no tiene ninguna manera de defenderse. Y a esto le agregamos el hecho de que los costos de la enfermedad empeoran sus condiciones sociales y lo conducen a niveles superiores de empobrecimiento.

El enfermarse es triste pero resulta llevadero si se cuenta con la solidaridad y el apoyo de otros seres humanos que comprendan y apoyen el momento difícil que vivimos.

El infierno o el Apocalipsis social es el mayor daño que se puede realizar a un ser humano, uno no escoge sus enfermedades, nadie intencionalmente se infecta. Entonces por qué juzgar y sentenciar en vida a los que irremediamente tienen los días contados.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad que actualmente no tiene cura, el mayor riesgo de infección tienen las mujeres prostitutas y el pronóstico es malo a 3 años de vida.

Solo disponemos de la educación para hacerle frente. Cuanta más información tengamos a disponibilidad de la sociedad más posibilidad hay de disminuir su incidencia.

Ningún habitante de todo el planeta se encuentra a salvo de la infección por el virus HIV.

Por un instante imaginémonos que somos ese paciente con SIDA discriminado, humillado y despreciado que aislado en los hospitales espera el momento de su muerte. Como reaccionaríamos ante una sociedad que nos juzga y castiga por un daño que no hemos cometido.

La misericordia, el amor al prójimo, la solidaridad y la comprensión se necesitan más que nunca. En la actualidad son 42,000,000 de infectados en el mundo, debemos pensar lo que significa que esta cantidad de seres humanos reciban este castigo social injusto.

En el informe titulado "Los costos económicos del SIDA a largo plazo", el Banco Mundial, establece que el impacto social del SIDA es mucho más grave porque las estimaciones económicas no calculaban el efecto que tiene la enfermedad en la educación y en la familia.

Por ejemplo, no tomaba en cuenta que cuando el padre muere, los niños de esa familia tienen menos posibilidades de terminar los estudios.

"En este caso es probable que deban dejar el colegio, de modo que la patología debilita las capacidades de una generación para transmitir sus conocimientos a la siguiente", explicó Shanta Deverajan, uno de los autores del trabajo.

3.3.- Impacto Educativo del Sida: El caso africano.

Se ha demostrado que el impacto en educación que ha tenido el SIDA en África ha sido devastador ya que no sólo ha afectado a los alumnos sino a generaciones enteras de maestros lo cual dificulta la sostenibilidad de la escuela y plantea la imposibilidad de reemplazarlos en el tiempo que se requiere, lo cual está dejando a la escuela no sólo si alumnos sino también sin maestros.

La epidemia del SIDA plantea un número de desafíos específicos al sector de la educación y amenaza en especial su capacidad de proporcionar una educación de calidad para todos. En los países más afectados, la epidemia del SIDA está asolando literalmente el sector de la educación.

Según las estimaciones sobre el año 1999, 860.000 niños que vivían en el África subsahariana perdieron a sus docentes fallecidos a causa del SIDA.

Las consecuencias directas de la epidemia son múltiples. Las altas tasas de morbilidad y mortalidad del personal docente y directivo han afectado gravemente la oferta y la calidad de los servicios educativos, tanto en la educación formal como en la informal. Hay indicios que demuestran que los países más afectados en África sufrirán una pérdida media de docentes de al menos el 2% de 2000 a 2010. El cuerpo docente se está reduciendo casi tan rápido como se está formando a nuevo personal.

Muchas escuelas tienen que hacer frente a unos costes operativos elevados debido al absentismo de los docentes y sus tratamientos, lo cual amenaza la propia supervivencia de las escuelas. Según algunos estudios, cada docente infectado se ausenta del trabajo un total de seis meses antes de que una enfermedad oportunista relacionada con el SIDA le cause la muerte o le obligue a retirarse.

En cuanto al alumnado, se observa una recrudescencia de los abandonos escolares, traumatismos y discriminaciones.

Muchos huérfanos por culpa del SIDA se ven obligados a abandonar la escuela para empezar a ganarse la vida.

Existen pocas informaciones y datos acerca del impacto de la epidemia del VIH sobre el sector de la educación. Sin embargo, según un estudio del Programa de la ONU para el Desarrollo (PNUD), es probable que la tasa de contaminación por el VIH sea al menos tan alta, e incluso más alta, entre el personal del sector de la educación que en el resto de la población adulta.

En los países con alta prevalencia (con unas tasas de contaminación por el VIH del 15-25% de la población adulta), la mortalidad reduce de manera alarmante las capacidades humanas e institucionales. La situación es peor en las zonas urbanas donde la tasa de contaminación por el VIH es mucho más elevada que en las zonas rurales. En Francistown, en Botswana, se ha observado una tasa de infección por el VIH cercana al 50%.

(ARTICULOS)

Cuando el SIDA se convierte en la causa principal de fallecimiento para los docentes

Los logros educativos, que tantos esfuerzos costaron, se ven poco a poco aniquilados. Se privilegian otros sectores en detrimento de la educación para hacer frente a otros aspectos de la crisis del SIDA, lo cual significa que el sector de la educación no tiene los medios de contratar ni de capacitar a docentes, ni tampoco de sustituir a aquellos que han fallecido.

En la República Centroafricana, el VIH/SIDA se ha convertido en la principal causa de mortalidad para los docentes. ONUSIDA prevé que de aquí a 2005 entre el 25 y el 50% de todos los docentes habrá fallecido de SIDA.

Entre 1996 y 1998, el número de docentes fallecidos era prácticamente equivalente al número de docentes que se habían jubilado. Cerca del 85% de estos fallecimientos se debe al SIDA. Estos fallecimientos causan el cierre de muchos centros escolares por falta de personal docente. En Mozambique, el Ministerio de Educación estima en varios miles los docentes que morirán de SIDA en los próximos diez años. También prevé aumentar las contrataciones en un 30% para sustituir a los docentes que habrán desaparecido entonces.

La epidemia del SIDA reducirá por lo tanto la eficacia del sistema educativo y ocasionará un incremento de los gastos de educación. La mayor parte de estos importes estará destinada a las pensiones de las familias víctimas del SIDA, mientras que el resto servirá para financiar la formación de nuevos docentes.

En Costa de Marfil, en 1996-97 y 1997-98, el 64% y el 70% respectivamente de los fallecimientos de docentes por causas conocidas estaban relacionados con el VIH/SIDA. En Malawi, de unos 2,8 millones de alumnos de primaria, 52.000 perdieron a un maestro o maestra a causa del SIDA en 1997. De aquí a 2005 alrededor del 40% del personal educativo en las zonas urbanas habrá fallecido de SIDA.

En Swazilandia, el gobierno calcula que habrá que formar 2,21 veces más docentes a causa de la mortalidad y la morbilidad debidas al SIDA si se quiere mantener los servicios al nivel de 19979.

En Zambia, las escuelas están asoladas por la epidemia del VIH/SIDA. Según los datos del Ministerio de Salud.

IMPACTO DEL VIH/SIDA EN LOS SISTEMAS DE EDUCACIÓN EN ÁFRICA

País	Número total de alumnos que habrían perdido a un/a de maestro/a a causa del SIDA en 1999	Número total de alumnos de Primaria
Sudáfrica	100.000	8.000.000
Kenya	95.000	5.600.000
Zimbabwe	86.000	2.400.000
Zambia	56.000	1.700.000
Malawi	52.000	2.800.000
Etiopía	51.000	4.300.000
Costa de Marfil	23.000	1.700.000
Botswana	14.000	350.000
Namibia	9.500	350.000
Burkina Faso	7.400	700.000
Lesotho	6.200	360.000
Congo	3.900	450.000
Swazilandia	3.600	210.000

Fuente: UNICEF, El Progreso de las Naciones, Nueva York, 2000

1 ONUSIDA, OMS, La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2001

2 UNICEF, El Progreso de las Naciones 2000, Nueva York, 2000

3 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, "The HIV Epidemic and the Education Sector in sub-Saharan Africa", 1999

4 IRIN, "HIV/AIDS: Leading Cause of Death for Teachers", 1/09/2001

5 PANA, "L'impact du SIDA sur le secteur de l'éducation au Mozambique", 23/09/2001

6 ONUSIDA et al., "Le VIH/SIDA et le corps des enseignants : santé et personnel enseignant. Bulletin N°3. 1998. Projet: Impact du VIH/SIDA sur le système éducatif ivoirien et suivi des objectifs de l'éducation primaire pour tous.

7 UNICEF, El Progreso de las Naciones 2000, Nueva York, 2000 *Delphine Sangran* *Internacional de la Educación ONUSIDA/B. Neeleman*

3.4.- La Orfandad un drama social en el subdesarrollo

Es previsible que la cifra de niños africanos que habían perdido a su madre o ambos padres por causa de la epidemia para finales de 2000 -12,1 millones- pase a ser más del doble en el próximo decenio. Esos huérfanos son particularmente vulnerables a la epidemia, así como al empobrecimiento y la precariedad que produce.

A medida que nacen más niños VIH-positivos en los países más afectados, las tasas de mortalidad de niños pequeños también aumentan. Se calcula que en las Bahamas un 60% de las defunciones de niños menores de cinco años son debidas al SIDA, mientras que en Zimbabwe esa cifra es del 70%.

3.5.- SIDA y su impacto sobre el desempleo: Lo legal y lo real en la relación empleo y SIDA

3.6.- Las vías de contagio del SIDA y su entramado social

- ⚡ Las Relaciones Heterosexuales y Homosexuales no protegidas
- ⚡ La drogadicción
- ⚡ La transfusión sanguínea

3.7.- El Impacto del SIDA sobre la familia y su rol como institución social

3.8.- La esperanza de vida y el SIDA

El desarrollo y la estabilidad de los países están amenazados: En los países más afectados, se están empezando a producir descensos importantes en la esperanza de vida, los más acusados en África Subsahariana, donde cuatro países -Botswana, Malawi, Mozambique y Swazilandia- han pasado a tener una esperanza de vida de menos de 40 años.

Si no hubiese aparecido el VIH/SIDA, la esperanza de vida promedio en África Subsahariana sería de aproximadamente 62 años, pero con la presencia del SIDA es de 47 años.

En Sudáfrica, se estima que la esperanza de vida promedio es de tan solo 47 años, en lugar de 66 años en ausencia del factor SIDA. Y en Haití, ha descendido a 53 años (cuando sin el SIDA era de 59 años).

El acceso desigual al tratamiento financieramente asequible y a los servicios de salud adecuados es uno de los principales factores responsables de las tasas de supervivencia drásticamente diferentes entre las personas que viven con el VIH/SIDA en países y comunidades ricas y pobres.

3.9.- El aislamiento social del enfermo y el sufrimiento humano

IV.- LA DIMENSIÓN ECONÓMICA DEL SIDA:

4.1.- A quiénes afecta y cómo impacta sobre la economía de los pueblos: Análisis comparado con respecto a RD.

Las consecuencias económicas del SIDA se han subestimado y la enfermedad tiene suficiente fuerza como para destruir la economía de un país en pocas generaciones. Esta es la conclusión de un informe publicado en julio pasado por el Banco Mundial.

Sólo basta observar que 42 millones de personas en todo el mundo están infectadas con VIH -la mayoría de ellas en los países subdesarrollados-

Grupo Generacional:

Aunque el SIDA no respeta grupo de edad específico y afecta desde recién nacidos hasta envejecientes se ha comprobado que tiene un patrón de comportamiento que ataca más a:

- 🚫 Un Sector específico de la PEA: 15-34 años
- 🚫 Predominio de un Género: Hombres
- 🚫 Ambos Sectores de la Economía: Público y Privado

4.2.- Algunos indicadores Demográficos sobre El SIDA y su impacto económico

*Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA
Diciembre de 2002*

Número de personas que viven con el VIH/SIDA	Número Personas infectadas por el VIH en 2002
Total: 42 millones Adultos: 38,6 millones Mujeres: 19,2 millones Niños menores de 15 años: 3,2 millones	Total: 5 millones Adultos: 4,2 millones Mujeres: 2 millones Niños menores de 15 años: 800.000

Muertes por SIDA en 2002
Total: 3,1 millones
Adultos: 2,5 millones
Mujeres: 1,2 millones
Niños menores de 15 años: 610.000

Número Personas infectadas por el VIH en 2002
Total: 5 millones
Adultos: 4,2 millones
Mujeres: 2 millones
Niños menores de 15 años: 800.000

Regiones	Casos acumulados de VIH	Nuevos casos 2002	Defunciones 2002
<i>América del Norte</i>	980,000	45,000	15,000
<i>Caribe</i>	440,000	60,000	42,000
<i>América Latina</i>	1'500,000	150,000	60,000
<i>Europa Occidental</i>	570,000	30,000	8,000
<i>África del Norte y Oriente Medio</i>	550,000	83,000	37,000
<i>África Subsahariana</i>	29'400,000	3'500,000	2'400,000
<i>Europa Oriental y Asia Central</i>	1'200,000	250,000	25,000
<i>Asia Oriental y Pacífico</i>	1'200,000	270,000	45,000
<i>Asia del Sur y Sudoriental</i>	6'000,000	700,000	440,000
<i>Australia y Nueva Zelanda</i>	15,000	500	<100
Total	42'000,000	5'000,000	3'100,000

4.3.- Relación entre Pobreza y SIDA

“Para el año 2005, América Latina y el Caribe deberán gastar en medicamentos alrededor de 550 millones de dólares para atender a las personas con VIH/SIDA”. Fondos que deberían estar orientados hacia la lucha por la superación de la pobreza.

En su mensaje anual del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, el Administrador del PNUD Mark Malloch Brown exhortó a que se redoblaran los esfuerzos para empezar a reducir la propagación del VIH/SIDA.

“Detener la propagación del VIH/SIDA es una de las metas de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio y no es exagerado decir que a menos que el mundo la cumpla, pocas son las posibilidades de cumplir las demás, en particular la meta suprema de reducir a la mitad la pobreza extrema para el año 2015”.

Como ya vimos el Resumen mundial de la epidemia de VIH/sida de diciembre de 2002 destaca que la incidencia de nuevas infecciones en África sigue aumentando, mientras que en Asia y Europa Oriental está creciendo rápidamente. De no tomarse medidas para la prevención y tratamiento en Asia, en el 2007 se sumarán 11 millones más de casos al total mundial.

Hasta ahora se pensaba que la epidemia podía disminuir en torno al 1% el Producto Bruto Interno (PBI) de los países africanos. En el informe titulado "Los costos económicos del SIDA a largo plazo", el Banco Mundial toma como modelo Sudáfrica, uno de los países más afectados por la enfermedad. En este sentido se establece que "Si no se hace nada para contener la epidemia, países como Sudáfrica o los que tienen una tasa de contaminación comparable, podrían ver su PIB disminuir un 50% en tres generaciones, uno 90 años".

Si no se hace algo para controlar la epidemia, el Banco Mundial teme que en pocas generaciones, el SIDA devaste las economías de los países más afectados.

El impacto del SIDA sobre los sectores de la población de menores ingresos y considerados pobres o muy pobres se hace más evidente cuando observamos lo costoso del tratamiento y las atenciones médicos-clínicas que requieren los pacientes del SIDA, en sociedades que como las nuestras presentan severas desigualdades socioeconómicas y acceso diferenciado a los servicios. Veamos.

4.4.- COSTO DEL TRATAMIENTO DEL SIDA

El acceso desigual al tratamiento tanto en los costos financieros como en los servicios de salud adecuados es uno de los principales factores responsables de las tasas de supervivencia drásticamente diferentes entre las personas que viven con el VIH/SIDA en países y comunidades ricas y pobres.

La presión pública y los compromisos con las empresas farmacéuticas auspiciados por las Naciones Unidas (a través de la Iniciativa para la Aceleración del Acceso), juntamente con la competencia con los fabricantes de medicamentos genéricos, han ayudado a conseguir rebajar los precios de los medicamentos antirretrovíricos.

Pero los precios siguen siendo demasiado elevados para los presupuestos del sector público en los países de bajos ingresos, donde además las infraestructuras sanitarias son demasiado frágiles para proporcionar tratamientos que alargan la vida a los millones de personas que los necesitan.

Aunque estos obstáculos no son insuperables y el gobierno del Brasil es un ejemplo, ya que con el apoyo de un poderoso movimiento social, ha demostrado que la utilización de medicamentos menos costosos puede ser un elemento importante de una respuesta satisfactoria.

Además del Brasil, países como la Argentina y el Uruguay también proporcionan gratuitamente medicamentos antirretrovíricos a los pacientes con el VIH/SIDA.

En África, varios gobiernos están emprendiendo programas para suministrar medicamentos similares a través de sus sistemas de salud pública, aunque por el momento en una escala reducida.

También son indispensables unos servicios de salud en funcionamiento y que sean accesibles financieramente.

Se necesita un importante apoyo internacional para ayudar a los países a alcanzar ese objetivo.

**(Análisis basado en dos estudios uno del Brasil del 1997
y otro de la República Dominicana del año 2001)**

El estudio Brasileño calcula que los costos totales del cuidado de pacientes con SIDA es de \$16,889 dólares por persona al año. De esta cantidad el 38.2% se utilizó en la compra de medicamentos (\$6,373 dólares) y el 61.8% (\$10,316 dólares) en gastos tales como pagos a doctores, enfermeras, personal, costos de hospitalización, análisis clínicos y otros.

Los resultados del estudio de referencia se acercan mucho al estimado de costos realizado por el Sistema de Salud Británico en 1996, que fue de \$17,731 dólares por persona.

En la Conferencia Mundial sobre el SIDA realizado en Kenia el director del programa mundial ONU-SIDA declaró que las dificultades en el acceso a los medicamentos se constituye hoy en el gran obstáculo para el freno a la expansión del SIDA.

Puesto que el estimado brasileño se realizó hace cinco años y el británico se llevó a cabo en 1996, quizá la primera pregunta que nos debemos hacer es: ¿será posible que el incremento de los gastos por concepto de medicamentos haya reducido los costos de hospitalización durante los últimos años?

Algunos estudios indican que se han mantenido los costos relativos a la esperanza de vida de los pacientes por un valor de aproximadamente \$119,000 dólares.

La adquisición de los medicamentos adecuados para el cuidado de los pacientes con SIDA, tales como Zidovudina, Didanosina, Lamivudina, Estavudina, Indinavir , Ritonavir, Saquinavir y Glanciclonavir se lleva a cabo por la Central de Medicamentos (CEME) y el costo neto por cada paciente con SIDA es alrededor de \$5,740 dólares al año.

El Ministerio de Salud del Brasil, a través del Programa Nacional para ETS/ SIDA, estima que en 1997 la adquisición mínima de medicinas ascenderá a un billón de dólares.

Hasta el momento, se ha autorizado la cantidad de \$85.5 millones de dólares para la compra de Zidovudina; \$70.6 millones de dólares para la compra de Didanosina;

\$76.7 millones de dólares para Lamivudina; y \$125.3 millones de dólares para inhibidores proteasas (Indinavir, Ritonavir y Saquinavir).

En Brasil, la ley exige que toda persona infectada con VIH goce de una atención médica completa y que tenga acceso a medicamentos. Por tanto, el estimado de **costos totales, a cumplir según la Ley para Sistema de Salud Brasileño, podría ascender a aproximadamente \$2.29 billones de dólares.**

Por su parte en la República Dominicana, se realizó el estudio titulado “SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE RESPUESTAS NACIONALES CONTRA EL SIDA: INDICADORES FINANCIEROS FLUJOS DE FINANCIAMIENTO Y GASTO EN VIH/SIDA. CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA REPÚBLICA DOMINICANA 1998-1999”.

Allí se plantea que los gastos para la prevención y el tratamiento de la enfermedad son compartidos por las entidades públicas, las familias afectadas y la cooperación internacional, y muestra en qué proporción esos gastos se destinan a distintas funciones de salud, tanto para desarrollar acciones de salud pública, con impacto colectivo, como de salud personal, cuyos beneficios derivan a los particulares.

Los resultados indican que durante 1998 se destinaron RD\$145.5 millones a combatir la epidemia, y que al año siguiente los gastos aumentaron en una tercera parte, para alcanzar un total de RD\$194.6 millones.

En ese total, los recursos públicos representaron un 39.5%; las fuentes privadas, 45.6% y la cooperación externa aportó el 14.9%.

Sobre una población de 8.2 millones de habitantes, el gasto nacional en respuesta al VIH/SIDA fue, durante 1999, de RD\$23.63 por habitante, lo cual debe contrastarse con la dimensión de la amenaza, que hasta el momento ha afectado al 2.2% de las personas entre 15 y 49 años de edad.

Ésa es una de las proporciones más elevadas del continente, considerando que para el mismo año, los afectados eran, en Brasil, 0.57%, en Argentina, 0.69%, en Honduras, 1.92% y en Belice, 2.01%.

Los gastos fueron orientados en mayor proporción (59.6%) a la atención de la salud personal (tratamiento, servicios auxiliares y bienes no duraderos); en

menor medida (28.7%), cubrieron funciones de salud pública y actividades preventivas. Cerca de un 11% se destinó a gastos administrativos, adquisición de equipo, capacitación, investigación y diálogo político”.

En el mismo estudio se establece en el cuadro 2 la estimación de la situación del VIH/SIDA

Estimaciones de la situación del VIH/SIDA en la República Dominicana, en los años 1998 y 2005

	1998	2005
(%) Adultos infectados con VIH	2.2	2.4
No. de adultos viviendo con VIH	112,020	141,630
No. de casos nuevos de SIDA	8,130	29,000
No. acumulado de muertes por SIDA desde el inicio de la epidemia	34,050	78,000

Fuente: División de Epidemiología de DIGECITSS, Estimaciones 1998-2005

Como producto de este estudio se ha estimado que el gasto nacional como respuesta para detener el avance de la epidemia el VIH/SIDA fue de RD\$194.6 millones para el año 1999, lo que representa un peso porcentual de 0.99 sobre el gasto nacional de salud.

Este monto correlacionado sobre una población de 8.2 millones, para el año de referencia, nos proporciona el gasto por habitante en VIH/SIDA de RD\$23.63.

Sin lugar a dudas esto representa un gran contraste si tenemos en cuenta la magnitud de la amenaza de la epidemia en el país la cual ha afectado al 2.2% de las personas adultas (15-44 años).

Ésta es una de las proporciones más elevadas de la región y con una participación del gasto nacional como respuesta al VIH/SIDA sobre el gasto nacional de salud menos significativa comparada con otros países con situaciones socioeconómicas semejantes

Por ejemplo, Nicaragua con 0.20% de la población adulta afectada y 0.9% del gasto nacional en VIH/SIDA del gasto nacional en salud; Guatemala 1.38% adultos infectados y con una relación de 1.7% del gasto nacional de salud destinado a VIH/SIDA, y Costa Rica con el 0.54% de la población adulta

afectada y con una proporción de 0.9% del gasto nacional en salud aplicado al VIH/SIDA.

La inversión en los años hincados fue baja y sigue siendo baja, en la actualidad se cuenta con una inversión superior a los 100 millones de pesos como parte del programa de reducción de la pobreza y préstamos internacionales en ejecución por 25 millones de dólares y una inversión presupuestaria ordinaria de la cartera de salud y **COPRESIDA** que explica por qué las tendencias actuales en el país parecen indicar una reducción y por lo tanto, contraria a lo que se había definido en las expectativas de hace 5 años.

La Distribución porcentual de las estimaciones del gasto en VIH/SIDA según fuentes de financiamiento en la República Dominicana para el año 1998, se prorratearon de la siguiente manera:

- a) 45% aportado por el sector privado (gastos de hogares);
- b) el sector público (SESPASS, IDSS y FFAA) contribuyó con el 40% del total del monto destinado para VIH/SIDA por las diversas fuentes de financiamiento para el año en cuestión, y,
- c) el restante 15% fue suministrado por las agencias del sector externo.

Pero la situación es aún más grave cuando consideramos el efecto sobre los hogares afectados (Ver Impacto Social).

Sólo en África, más de 12 millones de niños perdieron a sus padres a consecuencia de la pandemia. Para otros millones de hogares, el VIH/SIDA provoca una importante pérdida de ingresos, al afectar a los integrantes más productivos de la familia.

En América Latina, aunque no se ha llegado a los niveles de emergencia del continente africano, el número de nuevos casos se está incrementando aceleradamente. Sobre todo en América Central y El Caribe.

Un estudio de la Universidad de las Indias Occidentales pronostica que para el año 2005, el PIB caerá 6,4 por ciento en Jamaica y 4,2 por ciento en Trinidad y Tobago a consecuencia de la enfermedad.

El resultado: reducción en los ahorros y las inversiones e incremento del desempleo en sectores clave como la agricultura y la industria manufacturera.

Pero incluso antes de que el impacto de la pandemia se note en los indicadores nacionales, el VIH/SIDA ya representa una carga importante para las finanzas públicas, sobre todo en el sector salud. En algunos estados del Caribe, los pacientes con VIH/SIDA ocupan hasta un 25 por ciento de las camas hospitalarias.

4.5.- Realidad Económica y Social y los riesgos del SIDA en la República Dominicana.

Según un reporte de la USAID La República Dominicana en conjunto con su nación vecina, Haití, constituyen el 85 por ciento de los casos de VIH/SIDA en El Caribe. La predominancia general en El Caribe es del 2,3 por ciento, lo que la convierte en una de las zonas del mundo fuera de la región Subsahariana en África con los mayores índices de VIH/SIDA. Algunos de los factores que contribuyen a la rápida propagación de la epidemia en esta región incluyen la migración de la población, los niveles bajos de educación y la pobreza imperante.

Según el Programa Común de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (UNAIDS) la realidad de la Rep. Dom. a finales de 1999 era la siguiente:

- 🚫 130.000 adultos (el 2,8 por ciento de la población adulta) padecían de VIH/SIDA en la República Dominicana. (Según el Programa Nacional para el Control del VIH/SIDA en la República Dominicana a finales del año 2000, entre 150.000 y
- 🚫 170.000 personas vivían con VIH);
- 🚫 5.120 niños menores de 15 años estaban infectados con VIH;
- 🚫 4.900 adultos y niños fallecieron de SIDA en 1999; y
- 🚫 7.900 niños habían perdido a su madre o a ambos padres por causa del SIDA desde el comienzo de la epidemia.

A pesar de que la epidemia ha dado muestras de estabilizarse en los últimos 5 años, el VIH/SIDA continúa representando un peligro para los grupos con un alto riesgo de infección. Según datos obtenidos en 1999 por el Programa Nacional para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, el 54,6 por ciento de los casos de SIDA registrados se presentaron en la población entre los 15 y 34 años de edad.

UNAIDS calcula que más del 70 por ciento de las infecciones de VIH en la República Dominicana se transmite por contacto heterosexual; el 8,1 por

ciento entre hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres; y el 3,5 por ciento por el uso intravenoso de drogas. Con respecto al género los casos registrados entre hombres y mujeres era de 1,47 a 1.

Es importante destacar que se sospecha que los casos de transmisión por relaciones homosexuales o bisexuales no están siendo informados en su totalidad y que se han registrado más casos de transmisión heterosexual de los que en realidad hay.

También cabe destacar que:

- 🚫 Menos del 5 por ciento de los dominicanos VIH positivos saben que están infectados;
- 🚫 13 puestos de supervisión en diferentes partes del país observaron que más del 2 por ciento de las mujeres en estado de embarazo es VIH positivo;
- 🚫 Los índices de infección entre trabajadores sexuales comerciales fluctúan entre el 3,5 y el 9,5 por ciento;
- 🚫 El 4,3 por ciento de los pacientes que han contraído una infección de transmisión sexual tienen VIH/SIDA.

AVANZAMOS A PESAR DE QUE PERMANENCEN LOS PELIGROS

Según el informe de USAID al que venimos haciendo referencia en los últimos años la República Dominicana se ha convertido en un caso ejemplar en la región con respecto al VIH/SIDA. Veamos.

- 🚫 Las estrategias de control y prevención nacional contra el SIDA han conseguido reducir el número de parejas sexuales por persona y aumentar el uso de condones, con lo que se ha reducido los riesgos de infección de VIH

4.6.- TURISMO, MIGRACIÓN Y SIDA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA:

Uno de los peligros más graves en los riesgos de la propagación de la enfermedad del SIDA en la República Dominicana lo constituye el hecho de que factores importantes de su economía como las remesas de divisas y el

turismo serían dos áreas altamente vulnerables a la expansión de la pandemia del SIDA

Sólo basta observar la estructura de la procedencia de los turistas que vienen a RD y la forma abierta y asociada, en muchas ocasiones a las vías de propagación de la enfermedad antes analizadas. El sólo hecho de la difusión de las informaciones, sean estas falsas o reales tienen su impacto sobre el flujo migratorio turístico

El año pasado entraron al país por vía aérea **2 millones 294 mil 121 extranjeros**, unos 949 mil 780 pasajeros (**41.4%**) provenían de Estados Unidos y Canadá, mientras que **1,108,471 pasajeros provenían de los siguientes países europeos:**

TOTAL EUROPA	1,108,471
Alemania	333,559
Austria	12,988
Bélgica	26,840
España	138,281
Inglaterra	139,582
Italia	113,826
Francia	194,090
Finlandia	6,874
Portugal	22,424
Holanda	32,131
Suiza	40,007
Suecia	25,797
Otros	22,072

Por su parte, el Gobernador del Banco Central Lic. José E. Lois Malkun, en una disertación, ofrecida ante la Cámara Americana de Comercio de la República Dominicana a finales de mayo pasado, señalaba que “el sector externo durante el 2003 ha mejorado sensiblemente. Desde noviembre del 2002 el turismo comenzó a registrar una notable recuperación que se ha mantenido en los primeros cinco meses de este año -con aumentos en las llegadas de 36% en enero, 22% en febrero, 9% en marzo, 25% en abril y 19% en la primera quincena de mayo”.

Sigue diciendo Malkun “Esta mejoría en el turismo representa ingresos adicionales en divisas por unos US\$210 millones en lo que va del año. Al cierre del 2003, se espera un aumento de US\$323 millones en un escenario de ingresos de US\$3,059 millones, con un crecimiento del 11.8%. Esto, evidentemente, se debe traducir en una mayor oferta de divisas para la economía”.

Y señalaba Malkun que “con el SARS afectando los exóticos destinos del Lejano Oriente, el terrorismo islámico desalentando los flujos hacia el Medio Oriente y el Euro cotizándose a niveles récord frente al dólar, las perspectivas del turismo para el Caribe son muy halagüeñas”.

La pregunta que nos hacemos nosotros aquí es...

¿qué sucedería con este turismo si por negligencia o irresponsabilidad colectivas se desarrollara una expansión del SIDA en la RD? La respuesta es obvia.

En la nota informativa del Banco Mundial en la que se informaba sobre la aprobación de un préstamo por 155 millones de dólares para el Caribe y específicamente 25 millones para la RD, la Señora Orsalia Kalantzopoulos, Directora del Departamento del Caribe del Banco Mundial, establecía lo siguiente "Si no contamos ahora con la máxima voluntad política de los más altos niveles y el respaldo de la comunidad internacional, en el futuro será mucho más difícil y costoso vencer el VIH/SIDA en el Caribe".

A esto se agrega el hecho de que la existencia de la realidad de territorio de frontera con Haití, país que se encuentra a la cabeza de las estadísticas del SIDA en el Caribe y entre los principales porcentajes del mundo, convierten en un riesgo mayor al SIDA para la sostenibilidad estratégica del presente y el futuro de nuestro país.

Basta observar los datos que nos ofrece el estudio “20 años de la Epidemia del HIV/SIDA en el Caribe” , del Dr. B. Cámara

HIV/AIDS IN HAITI: 1981-2000

- **In 2000, HIV prevalence among pregnant women varied from 2% in les Nippes to 13% in the Nord-Ouest (Port de Paix).**
- **UNAIDS estimated that at the end of 2000, 3.25% of the total population in Haiti were living with HIV/AIDS**
- **At the end of 2000, an estimated 250,000 people living with HIV/AIDS**
- **During 2000, an estimated 30,000 new HIV infections took place**
- **300,000 people died of AIDS since its inception**
- **In 2000, an estimated 163,000 AIDS orphans were left behind by their dead parents**

TRADUCCION

HIV/SIDA EN HAITI

- En el 2000, HIV prevalece varia la incidencia en mujeres embarazadas en Nicles de un 2% a un 13%.
- Al final del 2000, un estimado de 250,000 personas viven con VIH.
- Durante el 2000, tomara un lugar un estimado de 30,000 casos nuevos de infecciones por VIH.
- 300,000 personas morirá de SIDA desde esta estadística.
- En el 2000, un estimado de 163,000 de huérfanos por SIDA fueron dejados atrás por sus padres fallecidos.

HIV/AIDS & Migration in the Caribbean: The Sugar Cane Workers in the Dominican Republic

- **HIV seroprevalence increased from 7% in 1991 to 15% in 1997 among Haitian emigrants living and working in the Bateyes (Sugar Cane Industry) in the Dominican Republic. This low socio-economic strata has no equal access to health care services, is vulnerable and practice unsafe sex.**

HIV/SIDA Y MIGRACION EN EL CARIBE: LOS TRABAJADORES DE CAÑA DE AZUCAR EN LA REP. DOM.

- HIV Seropositivo se incrementó de un 7% en 1991 a un 15% en el 1997 de un grupo de inmigrantes haitianos que vive en los bateyes de los cañaverales en Rep. Dom. El estado socioeconómico bajo que presentan no les permite tener acceso al los servicios de salud, siendo vulnerables y practicando sexo inseguro.

En este mismo estudio se establece que de los inmigrantes enfermos con SIDA en la ciudad de New York la distribución de procedencia era predominantemente del Caribe. Veamos:

AIDS IN THE CARIBBEAN DIASPORA: THE NEW YORK CITY CASE SCENARIO

- **AIDS IN NEW YORK CITY IMMIGRANTS: 2000-DISTRIBUTION BY REGION OF ORIGIN**
 - CARIBBEAN: 46%
 - LATIN AMERICA: 27%
 - E.EUROPE/SOVIET: 17%
 - FAR/NEAR EAST: 5%
 - AFRICA: 3%
 - OTHER: 2%
- **Source: Office of AIDS Surveillance NYC Department of Health. March 2000**

SIDA EN EL CARIBE

SIDA EN NY CIUDAD DE INMIGRANTES: 2000 - DISTRIBUCION POR REGION ORIGINARIA

Este mismo estudio nos confirma la relación entre los riesgos que corre nuestra economía en su dependencia del turismo y el posible impacto de la propagación del SIDA. Veamos

HIV/AIDS and Migration in the Caribbean: External Migration

- **Countries and territories with tourism dependent (tourist destination) economies are among the most affected by the HIV epidemic in terms of HIV seroprevalence and reported AIDS incidence: Bahamas, Barbados, Bermuda, the Dominican Republic, Turks and Caicos, Jamaica (Montego Bay and Kingston) St Martin and Tobago.**

MIGRACION EXTERNA

- Países y territorios turismo dependientes son el grupo que presenta una mayor afección de la economía por la epidemia de HIV en términos de HIV seropositivos en los datos reportados de SIDA en Bahamas, barbados, Bermuda, the Dominican Republic, Turcos y ...

No queremos finalizar esta parte de nuestra exposición sobre el impacto económico y social del SIDA sin reconocer los esfuerzos que en materia de lucha contra la pobreza y SIDA se vienen realizando y sobre lo que quisiéramos destacar lo consignado en *“La Estrategia para la Reducción de la Pobreza en la República Dominicana”*, en la que se establecen los siguientes compromisos en la lucha contra el SIDA

La tasa de infección por VIH SIDA se reduce al 1% en el año 2015 en comparación con la línea base 2000 (2.5%);”, para lo cual la Presidencia del Gabinete Social, a través de su Unidad Ejecutiva , orienta un proceso de reordenamiento del Sector de Desarrollo Social por lo que ejecuta un Programa de Asistencia y Prevención, a través del **COPRESIDA**, con el Proyecto “Programa de prevención ETS/SID en las escuelas y empresas” y se definen los compromisos presupuestarios durante el período 2003-2005, de la siguiente manera:

ANEXO II.

Estimaciones Presupuestarias (RD\$) para la ERP-RD por Vertientes, Sector y Componentes según año, 2003-2005

Código	BIENESTAR SOCIAL SALUD	2003	2004	2005	TOTAL
3.1.2.	Programa de prevención ETS/SIDA en las escuelas, empresas	109,558,420.0	105,360,000.0	91,417,360.0	306,335,780.0

4.7.- Impacto del SIDA sobre el sector privado de la economía:

Para el sector privado, las implicaciones del SIDA se notan tanto a nivel micro como macro. El impacto sobre la mano de obra se traduce en:

- ☒ Un aumento del absentismo laboral,
- ☒ Una alta rotación de personal
- ☒ Un descenso de la productividad.

A nivel macro de la economía, el SIDA afecta al entorno en el que operan las empresas, incluidos los mercados, inversiones, servicios y educación.

Una investigación en explotaciones agrícolas de Kenya reveló que la morbilidad y mortalidad han sustituido a la edad como principal causa de baja laboral de los empleados.

Según los informes de una empresa de dicho país, el SIDA fue la causa de 43 de las 50 defunciones registradas en 1998 entre su fuerza laboral.

La presión pública y los compromisos con las empresas farmacéuticas auspiciados por las Naciones Unidas (a través de la Iniciativa para la Aceleración del Acceso), juntamente con la competencia con los fabricantes de medicamentos genéricos, han ayudado a conseguir rebajar los precios de los medicamentos antirretrovíricos.

V.- TEMORES Y PREJUICIOS: La Ignorancia como fuente y la tradición como base del arraigo en las creencias.





V.- IMPACTO CULTURAL: CREENCIAS Y TABUES SOBRE EL SIDA

TEMORES Y PREJUICIOS han tenido a la ignorancia y la falta de información como fuentes y a la tradición y las costumbres como bases del arraigo en las creencias sobre el SIDA.

Bill Roedy, Presidente de MTV Networks International, Presidente del Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA y Embajador del

ONUSIDA, hace poco tiempo definía los criterios que deben pautar nuestras actitudes y creencias ante el SIDA:





“Durante los dos decenios en los que hemos vivido con esta epidemia, el mundo ha adquirido un gran número de enseñanzas. Hemos aprendido, evidentemente, que el VIH/SIDA plantea retos tan colosales como variados:

-  Debemos tener respeto por los derechos de las personas que viven con el VIH y compasión por todos aquellos que se enfrentan a las tragedias personales del VIH/SIDA”.
-  “Debemos estar preparados para luchar contra los temores y prejuicios que impiden que muchos de nosotros reconozcamos la epidemia y entremos en contacto con los afectados”.
-  “Debemos encontrar la determinación y la paciencia para identificar y poner en práctica cambios que ayuden a prevenir nuevas infecciones y mejorar las circunstancias de las personas ya infectadas”.
-  "El gran desafío es prevenir médicamente, es decir investigar para crear vacunas o tratamientos antirretrovirales, pero al mismo tiempo deben realizarse campañas para que los factores culturales, religiosos y afectivos no hagan aumentar la enfermedad",

Raquel Child, médico chilena.

Agence France-Presse - Noviembre 7, 2000

Según médicos y responsables del Programa de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA),

-  La pobreza, la falta de información,
-  El precio de los preservativos,
-  La clandestinidad de las relaciones homosexuales,
-  Las creencias religiosas o las condiciones de vida de algunas mujeres en ciertos países de América Latina. Hacen que la prevención sea una tarea imposible.

MITOS , TABUES Y CREENCIAS SOBRE EL SIDA
El SIDA nos obliga a hablar sobre sexo y cuestiona los viejos tabúes , mitos y creencias ...
Todavía , para muchos cualquiera que tenga SIDA es el hijo de alguien , la amiga de alguien, el otro diferente a mí.....
Todas las personas contaminadas desarrollarán las formas graves del mal. Eso no es real; algunos presentan manifestaciones menores, otros, síntomas secundarios o cuadros benignos, que por lo general no tienen desenlace fatal aterrador como en el principio de la epidemia.
El Sida es un tipo de cáncer. la enfermedad está situada en los límites del cáncer , lo que sucede es que le abre la puerta a una serie de tumores malignos.
Ser seropositivo significa tener SIDA. Ser seropositivo es estar afectado por el virus VIH , pero no padecer SIDA . La estadística dice que 60 de 100 personas desarrollan el SIDA en los siguientes 10 años desde la infección.
El test detector de SIDA es obligatorio. La prueba es aconsejable cuando hay conductas de riesgo , pero no es obligatoria por ley 23798.
Transmitiendo la información se controlaría la epidemia. No, porque existen actitudes sociales arraigadas , vinculadas a mitos, prejuicios que operan como obstáculos en el abordaje de la prevención.
Los infectados y enfermos son de riesgo. Hemos convertido el temor natural al contagio de una enfermedad en el terror al contacto con una persona . Ya no es el virus ; son el homosexual , la prostituta , el drogadicto los que nos espantan , los que no queremos que nos toquen , los que excluimos.
Bajar la carga viral es una curación. Es un paso que nos pone en mejores condiciones para poder defender el bienestar y la vida del infectado , pero no una curación.
El SIDA es una nueva enfermedad virósica. Los biólogos sospechan que es una invención antigua de la Naturaleza ; pertenece a los retrovirus, cuya información genética está contenida en una molécula de ARN y no de ADN.
El virus se transmite por la picadura de mosquitos. No existen pruebas de contagio por la picadura de los insectos , debido a que la cantidad de virus que podía ser inoculado de ese modo, está por debajo del umbral necesario para provocar la infección.
La saliva , las lágrimas y otros líquidos corporales transmiten el virus. A pesar de la presencia del virus en las lágrimas y la saliva , no hay pruebas de transmisión por esa vía ; tampoco en el caso de mordeduras.
Los animales domésticos pueden transmitir el virus. Los animales domésticos no son portadores del virus.
Mito de la fidelidad - pareja monogámica . Este mito actúa en contra de la prevención , negando la existencia de cualquier otra clase de vínculo sexual anterior. Una sola relación sexual , sin el cuidado adecuado

puede ocasionar contagio.
Subordinación sexual de la mujer. Todavía se le adjudica a la mujer un papel pasivo en la cuestión sexual y el uso del preservativo.
Pasividad frente a las profesiones vinculadas al manejo del cuerpo. Al ceder a la iniciativa del profesional que no toma las debidas precauciones, perdemos el control sobre inyectables , transfusiones y cualquier otra práctica médica o no . (peluquería , manicuría, depilación , etc).
La excepcionalidad de la enfermedad. Se desarrolla cierta omnipotencia como negación de la propia muerte y relacionada con la falta de auto -cuidado (esto le pasa a los otros).
Estigmatización - segregación del diferente . Si consideramos la enfermedad como propia de homosexuales , adictos, etc , al no reconocernos en esos grupos disminuimos los cuidados, suponiendo no estar en peligro.
Pérdida del propio cuerpo como objeto de atención y cuidado . Pensamos en nuestro cuerpo cuando se deteriora , atendemos el cuerpo enfermo . Prevenir esta situación porque sólo nosotros habitamos en él.
Dificultad para la recepción del mensaje preventivo . El escuchar y asimilar la prevención del SIDA es mucho más que cuestiones de higiene .Es necesario hablar el lenguaje propio de cada grupo socio-cultural , responder a sus motivaciones y respetar sus rechazos.

www.hivquiensoy.com.ar / Bahía Blanca - Buenos Aires - Argentina

En lo que respecta a la persistencia de las diferencias socio-culturales frente a una enfermedad marcada por los tabúes de la sexualidad quisiéramos cerrar esta conferencia haciendo referencia al incidente que se presentara en una de las jornadas especiales de las ONU, el 25 de junio del 2001, en la que un grupo de países islámicos se opuso a la participación en los debates, de una representante de la comunidad homosexual. Dicha sesión tuvo que ser suspendida durante dos horas y media.

Canadá, Noruega y Suecia habían presentado una moción para permitir la participación en una mesa redonda acerca del sida y los derechos humanos de Karyn Kaplan, miembro de la Comisión Internacional de Derechos Humanos de Gays y Lesbianas (IGLHRC, por sus siglas en inglés), una organización no gubernamental de defensa de la comunidad homosexual.

Pero, a nombre de los países musulmanes Egipto presentó una moción para intentar bloquear esta propuesta canadienses, produciéndose un fuerte intercambio de opiniones con los representantes de los países occidentales.

En el caso de Irán la homosexualidad es ilegal y puede ser castigada con la pena de muerte.

Hemos analizado el impacto social, económico y cultural del SIDA y sólo podemos terminar esta conferencia con una conclusión:

La responsabilidad de la erradicación total del SIDA y la preservación de las poblaciones de nuestras naciones es un compromiso de todos y todas las personas del mundo que comienza POR TI.

