

ALIANZA COMUNITARIA

SOLUCION

TB

Boletín Informativo

Visítenos en: www.soluciontb.org

Número 22 Diciembre 2010

En diciembre 1º se conmemora mundialmente la lucha en contra del VIH/SIDA, por lo que este mes compartimos artículos relacionados a este tema.

Bienvenidas y Bienvenidos a la edición de diciembre del boletín SOLUCION TB

La historia exitosa de este mes corresponde a Alberto, un participante de Voces e Imágenes de Baja California. Su historia nos ilustra una vez más cómo el ser humano se sobrepone a las adversidades, en este caso enfrentando TB y VIH. Un documento de la Organización Mundial de la Salud, resultado del esfuerzo conjunto de sus departamentos de VIH/SIDA y de Alto a la Tuberculosis publicaron recientemente una revisión de recomendaciones para la utilización de Terapia Preventiva con Isoniazida en personas VIH Positiva. La 'Guía para la Búsqueda Intencionada de TB y la Terapia Preventiva con Isoniazida en personas con VIH' nos ofrece claridad técnica respecto a el manejo de esta importante co-morbilidad. Las recomendaciones además de revisadas, se acompañan de opiniones técnicas sobre la calidad de la

evidencia que las soportan. Tres artículos técnicos más, hablan de la Discriminación y el VIH, de Seguridad sin Estigma y de cómo las acciones de ACMS contribuyen al control de la TB. Incluimos también una sugerencia de calendario para actividades de abogacía en su comunidad o región. Finalmente, compartimos la grata noticia de que el programa SOLUCION TB recibió una medalla de aniversario de la Comisión de Salud Fronteriza México Estados Unidos. SOLUCION TB de Project Concern International fue uno de varios programas y organizaciones reconocidos por la oficina de alcance de Baja California, de la Comisión y fue entregada por el Secretario de Salud estatal, Dr. José G. Bustamante. Esperamos que disfrute esta entrega mensual. Por favor comparta el boletín con sus colegas.



Este boletín es elaborado con el generoso apoyo de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID) a través del proyecto SOLUCION TB de Project Concern International. El contenido del boletín es responsabilidad de PCI y no representa la opinión de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Contenido

Seguridad sin Estigma -10 Medidas para el control eficaz de la infección por TB	3
Historia Exitosa de Baja California Huellas de fortaleza	6
¿Cómo benefician las actividades de ACMS al control de la TB?	7
El VIH es el factor de riesgo más fuerte para el desarrollo de la enfermedad de tuberculosis TB	8
SOLUCION TB de PCI recibe Medalla de Aniversario de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos	10
Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción	11
Oportunidades para realizar actividades de abogacía	16

“El programa SOLUCION TB es una iniciativa para mejorar la prevención y control de la TB en México desde el 2004. Es financiada por USAID y se lleva a cabo en colaboración con la Secretaría de Salud de México y de manera importante, el Programa Nacional de Tuberculosis. SOLUCION TB ha tenido diferentes fases en su implementación. A partir de octubre 2010 se lleva a cabo STB 4: SOLUCION TB co-morbilidades, que busca contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad por TB-VIH/SIDA y TB-Diabetes en los estados y jurisdicciones participantes. SOLUCION TB busca también contribuir al empoderamiento de las personas afectadas por TB y TB-comorbilidades al mismo tiempo mitigando el estigma y discriminación. Se busca promover un modelo de atención centrada en las personas afectadas y mejorar la participación de las comunidades”

Seguridad sin Estigma

10 Medidas esenciales para el control eficaz de la infección por tuberculosis

La transmisión de la tuberculosis es una realidad en nuestro país y región. El Programa SOLUCION TB trabaja en 5 jurisdicciones de Estados prioritarios del país incluidos: Baja California, Chihuahua, Tamaulipas, Nuevo León y Jalisco, en colaboración con la secretaria de Salud, el Programa Nacional de TB, CENSIIDA y programa Nacional de Diabetes a nivel nacional y local. Entre mejor conozcamos los mecanismos de transmisión, mejores medidas de prevención de infección podremos establecer. Esto es particularmente importante frente a la epidemia de VIH, la creciente presencia de la Diabetes Mellitus, y la aparición de TB resistente (MDR) y extremadamente resistente (XDR). Estas diez medidas esenciales pueden tomarse de inmediato para prevenir la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de salud y en la comunidad.

1. Incluir a las personas con TB y a la comunidad en las campañas de abogacía

- Es necesario que las personas con TB conozcan que tienen derecho a un diagnóstico y tratamiento rápidos.
- Deben saber que la tuberculosis puede transmitirse por medio de la tos y que es necesario tomar medidas para prevenir la infección, tanto dentro de la comunidad como en los centros de salud. Se requiere que todas las personas con tos se tapen la boca al toser.
- El personal de salud a veces puede usar dispositivos de protección

respiratoria personal o pedir a las personas con TB que usen un tapabocas para proteger a otros.

- La seguridad sin estigma debe ser la meta, para esto, incluir a las personas con TB en la elaboración de planes de control, nos ayuda a ser sensibles y no hacer acciones que parezcan discriminación y que son necesarias para la prevención de infección.

2. Elaborar un plan para el control de infecciones

- Todos los establecimientos de salud deberían tener un plan de control de infecciones y una persona o equipo en

el establecimiento que se encargue de este tema.

- En el plan se señalan los lugares de alto riesgo para la transmisión de tuberculosis y se suministra información sobre la enfermedad y las tasas de infección por el VIH en la comunidad o región.
- El plan proporciona recomendaciones para controlar la infección en áreas específicas del establecimiento, incluido el laboratorio, que debe tener sus propios procedimientos de seguridad especializados y normados.

3. Garantizar la obtención de muestras de esputo sin riesgos

- La obtención y el análisis de muestras de esputo son una parte esencial del diagnóstico de la tuberculosis, pero la obtención de muestras podría ser peligrosa para los trabajadores de salud y otras personas.
- El personal de salud debe explicar que es aconsejable obtener las muestras de esputo si es necesario, en lugares con ventilación adecuada; lugares

especialmente diseñados para esto; o afuera (si es factible).

4. Promover la 'etiqueta' y buenos modales al toser

- En cada establecimiento debe haber un póster sobre el control de infecciones y las buenas maneras que deben emplear las personas que tienen tos.
- Se debe dar instrucciones a las personas para que, cuando tosan, se cubran la boca y la nariz con el antebrazo, las manos, un pañuelo, un trapo limpio, un pañuelo de papel o un tapabocas de papel.
- Todos y todas somos responsables de la seguridad y debemos colaborar para ayudar a las personas con tos a cumplir esta práctica.

5. Agilizar el estudio y la atención de los sintomáticos respiratorios y proteger a personas vulnerables de la infección.

- Se debe hacer un examen preliminar a todas las personas que lleguen con



tos crónica (es decir, tos de más de dos o tres semanas de duración), fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos o hemoptisis o que hayan tenido contacto con una persona con tuberculosis.

- El personal de salud debe explicar a todas las personas que la búsqueda de 'sintomáticos respiratorios' forma parte de la atención de buena calidad.
- Las personas con VIH deben saber que podrían reunir los requisitos para recibir tratamiento preventivo con isoniazida y que tienen derecho al diagnóstico y el tratamiento rápidos de la tuberculosis.
- Las personas con Diabetes deben saber que pueden tener mayor riesgo de infección por TB debido a que su

enfermedad puede afectar su sistema inmune.

- Las personas en centros de detención, asilos, centros de rehabilitación y otros lugares que congregan a muchas personas de manera cotidiana, deben conocer la necesidad del estudio de TB en personas con tos crónica.
- Las personas con sospecha de TB deben ser atendidas con mayor celeridad para realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento con rapidez. Siempre que sea factible, deben promoverse modelos de tratamiento comunitario.
- Las personas con tuberculosis multidrogorresistente comprobada o presunta deben separarse de otras personas esperando en la sala

general y de casos de sintomáticos respiratorios.

6. Procurar el diagnóstico y el inicio rápidos del tratamiento

- Las personas que se sospeche que tengan tuberculosis deben pasar al frente de la fila para todos los servicios y ser examinados de inmediato para determinar si tienen tuberculosis.
- Las muestras de esputo deben obtenerse lejos de otras personas. Las muestras se envían a un laboratorio con garantía de calidad para la baciloscopia y el cultivo (cuando sea posible).
- Debe existir seguimiento de sintomáticos respiratorios a quienes la baciloscopia les dé negativa, para que sean sometidos a procedimientos adicionales (por ejemplo, radiografía de tórax y remisión a otros servicios); nuevos estudios posteriores, o a un tratamiento cuanto antes.
- El TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) para la tuberculosis se inicia de inmediato tras el diagnóstico y se elabora un plan para garantizar el cumplimiento del tratamiento.
- Todas las personas con VIH en quienes se descarte TB deberían iniciar el tratamiento preventivo con isoniazida.

7. Mejorar la ventilación de las salas

- Los lugares de espera de personas que acuden a consulta deben estar abiertos y bien ventilados.

- Hay que dejar las ventanas y las puertas abiertas cuando sea posible a fin de aprovechar al máximo las corrientes de aire para ventilar las salas.
- Con ventiladores sencillos colocados en lugares apropiados se puede facilitar la ventilación, de manera que ayuden y no re-circulen el riesgo. En los lugares donde el clima lo permita, se recomienda contar con ambientes al aire libre con techo para proteger a las personas del sol y la lluvia.
- Quienes acuden a consulta no deben esperar que los atiendan en corredores estrechos y mal ventilados.
- Los hospitales donde se atiende a personas con tuberculosis multidrogorresistente deben tener salas o habitaciones separadas para los ellos/as, preferiblemente con buena ventilación.
- Al construir o remodelar edificios se debe tener en cuenta el control de la infección tuberculosa como componente esencial de los planos del edificio.

8. Proteger al personal de salud

- El personal de salud debe conocer los síntomas de la tuberculosis y someterse a un examen médico que incluya pruebas para detectar la tuberculosis y el VIH al menos una vez al año.
- Se recomienda a todos los trabajadores de salud que se realicen pruebas de detección de VIH. A

quienes tengan VIH, se les debe dar la oportunidad de reducir al mínimo su exposición a personas con tuberculosis, por ejemplo, ofreciéndoles funciones diferentes.

- Como a otras personas, los y las trabajadores de salud con VIH que estén en condiciones de recibir tratamiento preventivo con isoniazida, deben recibirla.
- El personal de salud que trabaje en entornos de alto riesgo de transmisión de tuberculosis (por ejemplo, salas de broncoscopia), se le debe proveer de dispositivos apropiados de protección respiratoria personal.

9. Capacitar

- Debe asegurarse la enseñanza de métodos para evitar la infección por tuberculosis en la capacitación general para el control de las infecciones en los hospitales y los establecimientos sanitarios (por ejemplo, lavarse las manos y otros métodos para controlar las infecciones respiratorias y transmitidas por la sangre).
- En los lugares donde no se ofrezca una capacitación de ese tipo se deberían enseñar métodos para evitar la infección de TB transmitida por el aire.
- Las prácticas de control de infecciones requieren un enfoque de sistemas, y el personal de salud de todos los niveles debe recibir capacitación y participar en la mejora de su propia seguridad y la de las personas que acuden a consulta.

10. Monitorear las prácticas de control de infecciones

- La supervisión de las prácticas de control de infecciones debe ser revisado en visitas supervisión e incluir un recorrido del establecimiento para verificar que se estén tomando medidas y se tengan los suministros necesarios para esta tarea.
- Como mínimo, los establecimientos deben tener un plan de control de infecciones.
- El revisar anualmente el # de los casos de tuberculosis en el personal de salud puede suministrar información útil sobre la transmisión de tuberculosis en los establecimientos. La vigilancia de la tuberculosis y utilización de TAES en el personal de salud es otro medio de evaluación.
- Otras medidas in situ consisten en examinar la historia clínica de una muestra de personas con tuberculosis, observando el tiempo transcurrido desde la admisión hasta la sospecha de tuberculosis, desde la sospecha de tuberculosis hasta la orden de obtener una muestra de esputo para el frotis de BAAR, desde que se dio la orden hasta que se obtuvo la muestra de esputo, y desde que se obtuvo la muestra hasta que se conoció el resultado, se inició el tratamiento para TB y se conversó con las personas para enseñarles sobre el control de la infección, la seguridad y el estigma.



Preparado por el Subgrupo de Control de Infecciones del Grupo de Trabajo Mundial sobre Tuberculosis y VIH en colaboración con el Departamento de VIH/SIDA y el Departamento Alto a la Tuberculosis de la OMS.

Véase más información en www.who.int/tb/en/,
www.who.int/topics/hiv_aids/en/
www.stoptb.org/wg/tb_hiv/tbics.asp.

Revisado/sintetizado por el equipo del proyecto SOLUCION TB Expansión, implementado por Project Concern International en colaboración con la Secretaría de Salud y financiado por USAID. www.soluciontb.org

Historia Exitosa de Baja California

Huellas de fortaleza

“Las cicatrices nos recuerdan algún mal rato en nuestras vidas, pero también representan una lección aprendida y (el hecho que) que siempre existe la luz de la esperanza”

La historia de Alberto es una lección de vida, es la historia de fortaleza ante diversos obstáculos de salud de los que a su corta vida ha tenido que sobrevivir, lo difícil inicia al enfrentarse a su diagnóstico de VIH, que no fue una excepción en la dificultad que representó superar todas las etapas antes de aceptar el diagnóstico y entender que vivir con VIH requería modificar aspectos de su vida. Esto le llevó a pasar momentos de angustia y desesperación, llegando a considerar incluso la puerta falsa de ahogar su sufrimiento terminando con su vida, pero algo dentro de él se resistía, poco a poco fue formando una especie de fuerza interna que le susurraba y después le gritaba que debía seguir adelante, que existía una luz al final de ese oscuro momento.

Reintegrándose a su vida, ahora con VIH, tuvo que enfrentar a un nuevo reto: la enfermedad de la tuberculosis ganglionar, la que por ser una manifestación no muy común se dificulta detectarla rápidamente, empezó con unas pequeñas bolitas en el cuello que podrían también ser señales de infección, pero éstas empezaron a crecer mucho teniendo que someterse a una cirugía para extirparlas, quedándole

como secuela dos grandes cicatrices en el cuello, las que al principio le parecían tan enormes y visibles que trataba de ocultarlas siempre, ya con el tiempo, ahora ha logrado aceptar sus cicatrices como parte de su ser, las mismas que frente al espejo le recuerdan todo lo que tuvo que pasar; los momentos de soledad y la desesperanza, pero a la vez son memoria de la fortaleza que tuvo para vencer todo eso, se dio cuenta de la gran fuerza interior que tiene y de que existe una luz de esperanza para seguir adelante.

Ahora, ya totalmente curada su Tuberculosis, está de nuevo integrado a su trabajo y hasta el amor tocó a su puerta, pues afortunadamente con una pareja a su lado que lo apoya, sabe que tiene la fuerza para vencer todos los obstáculos que se le presenten.

Para Alberto, participar en una parte del 'Proyecto de Voces e Imágenes de la TB' que fue implementado gracias al apoyo de USAID desde Febrero a Agosto del 2010, le ha permitido tomar conciencia de la importancia de estar informados respecto a la TB, y darse cuenta de la oportunidad de ayudar y motivar a otras personas y

acompañarles en la enfermedad, así como compartir su experiencia, lo que ha tomado como motivación y misión de vida.

Con los trabajos que realiza en el grupo de 'Voces e Imágenes de la TB', siempre inspira a sus compañeros a no dejarse vencer por obstáculos, animándolos a seguir y a estar unidos compartiendo y aprendiendo unos de otros, también le gusta participar en espacios donde puede dar su testimonio, pues dice "si yo pude con estas dos enfermedades cualquiera de ustedes también puede contra una enfermedad o un problema", agradece el apoyo que recibió por parte de su familia y centro de salud (CAPASITS), así como de SOLUCION TB y el 'Proyecto de Voces e Imágenes' para poder encontrar el apoyo y la motivación para salir adelante, así como los espacios para compartir con otras personas su lección de vida.

Todos tenemos cicatrices visibles o no, en nuestro cuerpo o en el alma, que como dice Alberto "nos recuerdan algún mal rato", y también nos recuerdan alguna o varias lecciones aprendidas durante nuestra vida y que existe una luz de esperanza, siempre.

Para mayor información sobre el programa de SOLUCION TB en Baja California, contacte a Liliana Andrade, coordinadora del mismo, en: arliliana@hotmail.com

¿Cómo benefician las actividades de ACMS al control de la TB?



Las actividades de ACMS son un medio para lograr algo, no un fin en sí mismas. Dichas actividades buscan abordar barreras claves para acceso a servicios de TB y adherencia a tratamiento y por lo tanto apoyan el alcance de metas y objetivos de los programas nacionales de TB.

La ACMS cada vez es más reconocida como un componente estratégico del control de la TB. Existe una necesidad urgente para planeación de ACMS conforme los gerentes y responsables de TB se dan cuenta que las ambiciosas metas del control de la TB en comunidad

no van a alcanzarse sin la priorización de actividades de este tipo. El Plan Mundial para Detener la TB 2006-2015, y la estrategia STOP TB (Alto a la TB) lanzada por la OMS en el 2006, posiciona a la ACMS como un importante componente de los programas de control de TB, que debe ser ampliamente promovida para su uso. También se delinearán actividades fundamentales que llevarán al grupo de trabajo en ACMS en un período de 10 años, a asegurar una aplicación estratégica y ampliada de ACMS.

Las actividades ACMS crean un mayor compromiso social y apoyan los cambios de conducta necesarios para asegurar acceso a tratamiento para todas y todos, en especial poblaciones de bajos recursos, vulnerables o de difícil acceso.

Por ejemplo, las actividades de abogacía que contribuyen a los objetivos del control de la TB pueden incluir capacitar a líderes religiosos y políticos, o influir en medios masivos a través de la disseminación de 'paquetes informativos' y capacitación para periodistas, para estimular la mayor distribución de recursos enfocados al control de la TB.

Las actividades de comunicación pueden incluir transmisión de información certera y contrarrestar mitos sobre la TB; o educar y exhortar a las personas con TB y sus familias a tener una mayor participación en el cuidado y apoyo; y también, apoyar abordajes comunitarios que faciliten el término de tratamiento para las personas afectadas por TB (PATB).

Los eventos de movilización social y participación comunitaria pueden elevar el conocimiento e información sobre la TB, promover la búsqueda de servicios de detección, inspirar el diálogo y elevar la preocupación y ocupación comunitaria hacia el tema de control de la TB. Cualquier estrategia de ACMS tiene que enfocarse en cambios individuales y sociales para responder a 4 importantes retos de control de TB: 1) movilizar el compromiso político y mayores recursos para TB; 2) mejorar la detección de casos y adherencia a tratamiento, 3) combatir estigma, y 4) empoderar a las personas afectadas por TB y sus comunidades.

Traducido y editado de: http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/ACSM_KAP%20GUIDE.pdf



El VIH es el factor de riesgo más fuerte para el desarrollo de la enfermedad de tuberculosis (TB) en las personas que tienen una infección latente causada por la micobacteria tuberculosis. El riesgo de desarrollar TB es entre 20 y 37 veces mayor en quienes tienen VIH que en quienes no lo tienen. La TB es responsable de más de una cuarta parte de las muertes que ocurren en personas con VIH. Relativamente, más mujeres que hombres fueron detectados con TB en países con prevalencia de VIH mayor al 1%.

En respuesta a esta doble epidemia de VIH y TB, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado 12 actividades de colaboración como parte de la prevención, cuidados y tratamientos esenciales de VIH y TB. Éstas incluyen intervenciones que reducen la morbilidad y mortalidad de TB en personas que viven con VIH, como: la provisión de terapia anti-retroviral y las 4 'ies' para TB/VIH (Búsqueda intensiva o intencionada de casos (BIC); terapia preventiva con isoniazida (TPI); control de infección; e integración¹ y colaboración de programas).

De enero 25 al 27 del 2010, la OMS llevó a cabo una reunión mundial sobre políticas de prevención y control, para revisar la evidencia respecto a la BIC y la TPI, para re-conceptualizar la Política de Prevención de TB, elaborada en 1998 por ONUSIDA. Se identificaron preguntas clave y se realizó

una revisión exhaustiva de la evidencia científica disponible para desarrollar una serie de recomendaciones. La evidencia fue evaluada usando un criterio GRADE que se traduce como 'Valoración y Evaluación de Recomendaciones, Mediciones y Desarrollo' (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation). La calidad de la evidencia fue categorizada como **alta**: cuando es poco probable que investigaciones futuras tengan impacto en la confiabilidad y en el efecto de dicha recomendación; **moderada**: cuando es probable que futuras investigaciones tengan algún impacto en la confianza que se tiene en el efecto de la recomendación; y **baja**: cuando es muy probable que futuras investigaciones tengan un impacto sobre el efecto de la recomendación y es probable que se reconsidere el efecto estimado. También se solicitaron reportes de personas viviendo con VIH y

las comunidades afectadas, respecto a las preguntas claves y el resumen de la evidencia.

Las recomendaciones finales toman en cuenta la calidad de la evidencia, el costo, la factibilidad, y valores y preferencias de los y las revisoras.

Las recomendaciones se clasificaron en: recomendación fuerte, cuando el comité de lineamientos tuvo la confianza que el efecto deseado de la adherencia a la recomendación era mayor que el posible efecto no deseado, y como condicional (débil) cuando el efecto deseado de la adherencia a alguna recomendación es probablemente mayor que sus beneficios, pero el panel no tuvo la suficiente evidencia de este costo-beneficio.

Estas nuevas recomendaciones y lineamientos incluyen el uso de un algoritmo simplificado que se basa en 4

síntomas básicos para identificar a las personas que son candidatas para TPI o para mayores pruebas diagnósticas de TB y otras condiciones clínicas. Las radiografías de tórax ya no se consideran mandatorias en la investigación de TB, para iniciar TPI. A diferencia de la política elaborada en 1988, los nuevos lineamientos recomiendan fuertemente, el llevar a cabo al menos 6 meses de TPI para niños/as y adultos entre quienes se incluyen mujeres embarazadas, personas viviendo con VIH, y quienes reciben terapia anti-retroviral, y en quienes han ya completado con éxito un tratamiento completo de TB. La TPI por 36 meses es una recomendación condicional en lugares de alta transmisión de TB entre personas que viven con VIH. Los lineamientos revisados también enfatizan que un PPD no es un requisito para iniciar TPI en personas con VIH. Sin embargo, en los lugares donde sea factible esta prueba, el PPD puede identificar a quienes más se beneficiarían por la TPI.

¹Nota de edición: La 4 'I' de este abordaje TB/VIH es agregada en México, como aporte del Programa Nacional de TB de la SSA.

Los lineamientos también enfatizan que **la TPI es un componente básico de la prevención y cuidados de VIH**, y debe ser la principal responsabilidad de los programas de VIH/SIDA y de sus proveedores de servicios de salud.

Recomendaciones Clave:

Las personas adultas y adolescentes que viven con VIH deben ser estudiadas para TB con un algoritmo clínico, y quienes no reporten ninguno de los síntomas de: tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoraciones nocturnas, es poco probable que tengan TB activa y debe por lo tanto ofrecérseles la TPI.

Esta es una fuerte recomendación². Existe evidencia de calidad moderada.

Adultos y adolescentes viviendo con VIH que son estudiados para TB con el algoritmo clínico y que reportan alguno de estos síntomas: tos actual, fiebre, pérdida de peso, o sudoraciones nocturnas, pueden tener TB activa y deben ser evaluados para TB y otras enfermedades.

Esta es una fuerte recomendación. Existe evidencia de calidad moderada.

Las personas adultas y adolescentes que viven con VIH y que desconocen su

resultado de PPD o que éste es positivo, y en quienes es poco probable que exista TB activa, deben recibir al menos 6 meses de TPI como parte de un paquete integral de cuidados en VIH. La TPI debe darse a estas personas independientemente de su estado de inmuno-supresión, y también a quienes toman TAR (terapia anti-retroviral), quienes han sido antes tratados por TB, y mujeres embarazadas.

Esta es una fuerte recomendación. Existe evidencia de calidad moderada.

Personas adultas y adolescentes que viven con VIH y que desconocen su resultado de PPD o éste es positivo, en quienes es poco probable que tengan TB activa, deben recibir al menos 36 meses de TPI como parte de un paquete integral de cuidados en VIH. La TPI debe darse a estas personas independientemente de su estado de inmuno-supresión, y también a quienes tomen TAR (terapia anti-retroviral), a quienes han sido antes tratados por TB, y mujeres embarazadas.

Esta es una recomendación condicionada. Existe evidencia de calidad moderada.

El PPD NO es un requerimiento para iniciar TPI en personas viviendo con VIH.

Esta es una fuerte recomendación. Existe evidencia de alta calidad.

² Una recomendación fuerte es aquella para la cual el panel considera que los efectos deseables de adherirse a dicha recomendación, son mayores que los efectos no deseados. Las consideraciones para su implementación deben incluir el contexto y epidemiología local de TB y VIH. Una recomendación condicional es aquella sobre la cual el panel concluyó que el efecto deseable de adherirse a la recomendación probablemente es mayor que los efectos no deseados, pero los datos para apoyar dicha recomendación son escasos. Por lo tanto: la recomendación sólo se aplica a un grupo, población o contexto específico; o la evidencia futura puede demostrar que existe mayor riesgo que beneficios, o que los beneficios no justifican el costo de implementar la recomendación, en todos los lugares.

Las personas que viven con VIH y tienen un PPD positivo, se benefician más de la TPI; el PPD puede usarse, cuando sea factible, para identificar a estas personas.

Esta es una fuerte recomendación. Existe evidencia de alta calidad.

Dar TPI a las personas con VIH, no eleva el riesgo de desarrollar TB resistente a Isoniazida (INH). Por lo tanto, las preocupaciones respecto al desarrollo de Resistencia a INH, no deben ser una barrera para proveer TPI.

Esta es una recomendación fuerte. Existe evidencia de calidad moderada.

Los niños y niñas que viven con VIH y no se reporta baja ganancia de peso, fiebre o tos actual, es poco probable que tengan TB activa.

Esta es una recomendación fuerte. Existe evidencia de baja calidad.

Las niñas y niños con VIH que tienen algunos de estos síntomas: pobre ganancia de peso³, fiebre, tos actual, o historia de contacto con alguien con TB; pueden tener TB y deben ser evaluados para encontrarla o encontrar otras enfermedades. Si la evaluación demuestra que no existe TB, debe ofrecerse a estos niños la TPI, independientemente de su edad.

Esta es una recomendación fuerte. Existe evidencia de baja calidad.

³ Pobre ganancia de peso se define como: pérdida de peso, o muy bajo peso (peso por edad menor a 3Z), o bajo peso (peso por edad menor de 2Z), o pérdida de peso confirmada (mayor a 5%) desde la visita anterior, o curva de crecimiento aplanada.

Niñas y niños con VIH que tienen más de 12 meses de edad, y en quienes es poco probable que tengan TB activa en base a una revisión de síntomas, y que además, no reportan contacto con casos de TB, deben recibir 6 meses de TPI (10mg/kg/día) como parte de un paquete integral de cuidados para VIH.

Esta es una recomendación fuerte. Existe evidencia de calidad moderada.

En niños y niñas que tienen menos de 12 meses de edad, sólo aquellos que han tenido contacto con un caso de TB y han sido evaluados para TB (usando pruebas e investigaciones) deben recibir 6 meses de TPI, si las investigaciones no encuentran evidencia de enfermedad por TB.

Esta es una recomendación fuerte. Existe evidencia de baja calidad.

Todos los niños y niñas con VIH que han completado de manera exitosa tratamiento para la enfermedad de TB, deben recibir INH por 6 meses adicionales.

Esta es una recomendación condicionada, y existe evidencia de baja calidad.

Tomado y traducido de la: "Guía para la Búsqueda Intencionada de TB, y la Terapia Preventiva con Isoniazida en personas con VIH, en contextos de recursos limitados" del Departamento de VIH y el departamento Alto a la TB de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud 2011; ISBN 978 92 4 150070 8

El documento completo en inglés se encuentra en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241500708_eng.pdf

SOLUCION TB de Project Concern International recibe Medalla de Aniversario de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.

Dentro del marco de actividades del Día Mundial de la lucha contra el SIDA, el programa SOLUCION TB fue una de las organizaciones y programas reconocidos por la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. La selección la hizo la oficina de Baja California y fue entregada por el Secretario de Salud, Dr. José G. Bustamante, en las instalaciones del Colegio de la Frontera Norte.

La medalla fue elaborada por el décimo aniversario de la comisión y representa “el acuerdo binacional entre los Estados Unidos y México, firmado el 14 de julio por Estados Unidos y por México, el 24 del julio del 2000. Una década más tarde, la BHC (por sus siglas en inglés) continúa uniendo a los dos países y a sus diez estados fronterizos para continuar con nuestra misión de proporcionar liderazgo internacional para mejorar la salud y calidad de vida a lo largo de la frontera entre Estados Unidos y México. Esta moneda simboliza los esfuerzos de numerosos individuos, comunidades, organizaciones, centros de investigación, sector privado y público en general de ambos lados de la frontera, cuyo trabajo arduo, dedicación y compromiso han continuado construyendo y solidificando las fundaciones para la BHC y su trabajo a lo largo y ancho de la frontera. Esta moneda es nuestra muestra de agradecimiento”

SOLUCION TB (STB), un programa implementado por Project Concern International, en colaboración con Medicina Social Comunitaria A.C., y financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID) inició en el 2004 en Baja California, como un proyecto innovador de apoyo a la Secretaría de Salud. El programa



STB se expandió a 12 entidades adicionales a finales del 2006. Desde el 2010, STB se concentra en contribuir al manejo de TB y co-morbilidades (TB-VIH/SIDA y TB-Diabetes) dada la importancia epidemiológica y social de estas enfermedades y los retos que dichas asociaciones representan para la salud pública del país.

SOLUCION TB agradece el reconocimiento y lo comparte con el liderazgo y el personal de salud del Programa Nacional de Tuberculosis, Programa de Adulto y Adulto Mayor, CENSIDA y sus representantes estatales y jurisdiccionales en: Baja California, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas, Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Jalisco, así como a los socios pasados en: Sonora, Michoacán, Zacatecas, Chiapas y Coahuila. El reconocimiento representa también los esfuerzos de las personas con TB, VIH y Diabetes que han colaborado con STB a través de los años y quienes continúan luchando cada día para que la salud en México y Estados Unidos sea accesible para todas las personas.

Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción*

Por: Peter Aggleton, Richard Parker y Miriam Maluwa

Introducción

El VIH y el SIDA son capaces de extraer lo mejor de las personas. Pero también pueden poner en evidencia lo peor. Hacen emerger lo mejor cuando las personas se unen de forma solidaria para combatir la marginación y para ofrecer apoyo y cuidados a aquellos afectados por la epidemia.

Ponen en evidencia lo peor cuando estos últimos resultan estigmatizados, condenados al ostracismo y maltratados profundamente por las personas que aman, por su familia y por sus comunidades. Tales acciones, no pocas veces, conducen a la discriminación y a la violación de los derechos humanos (véase, por ejemplo, Daniel y Parker, 1993; Altman, 1994).

La Declaración de la Comisión a partir de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA,

2001, puso claramente de manifiesto que el ejercicio de los derechos humanos constituye un elemento esencial en la respuesta global al VIH/SIDA. La protección y la promoción de los derechos humanos reducen la vulnerabilidad a la epidemia.

Puede también prevenir el estigma y la discriminación consecuente contra las personas que viven o están en riesgo frente al VIH/SIDA. Las autoridades nacionales han sido convocadas por la Declaración de UNGASS con el objetivo de desarrollar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social, así como para construir y desarrollar los marcos legales y políticos necesarios para proteger los derechos y la dignidad de las personas que están afectadas y que viven con VIH/SIDA.

De manera más reciente el estigma y la discriminación, así como su interrelación con los derechos humanos, han sido identificados como el tema de base

de la Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003. Sin embargo, antes de poder responder de manera efectiva a estos fenómenos debemos primeramente comprender qué significan. Sus orígenes son complejos, de ahí que encararlos de manera efectiva reclame de reflexiones cuidadosas y profundas, y no de respuestas reactivas o repentinas.

Estigma

El estigma asociado al VIH y al SIDA tiene su anclaje en numerosas fuentes. Comprender las mismas resulta esencial para poder desarrollar respuestas efectivas. La epidemia ha puesto en juego temores y ansiedades de profundo arraigo, tales como el temor a los gérmenes y a la enfermedad, el temor a la muerte, las múltiples ansiedades relacionadas con la sexualidad, entre otros¹.

Existen, además, semejanzas importantes entre el estigma y la discriminación por VIH/SIDA, y algunas de las reacciones sociales negativas detonadas a partir de enfermedades como la lepra, la tuberculosis y el cáncer²

A un nivel superficial, la escasa comprensión, los mitos sobre la transmisión, la asociación inicial de la infección con grupos socialmente marginados (como las trabajadoras sexuales y los varones homosexuales activos), la falta de disponibilidad de

tratamientos, la imagen de incurabilidad transmitida por los medios de difusión, y el temor al contagio y a la muerte, se encuentran entre los numerosos elementos asociados al estigma por VIH/SIDA. Sin embargo, en la base de todos ellos subyacen otros factores que contribuyen a la devaluación de las personas consideradas como infectadas, o en riesgo de infectarse.

Considero que las verdaderas raíces del estigma asociado al VIH/SIDA descansan profundamente en las estructuras genéricas (de género), económicas, raciales y sexuales, que pueden ser encontradas en cada sociedad.

No constituye una coincidencia el hecho de que los numerosos estigmas asociados al VIH/SIDA se encuentren relacionados con las divisiones e inequidades de género - como queda expresado en la creencia de que tan solo las "malas" mujeres se infectan -; a las divisiones raciales y étnicas - como en la creencia de que el SIDA constituye una enfermedad africana (u occidental) -; a las diferencias en el estatus económico - expresado en la consideración de que son las personas pobres (o ricas) quienes se infectan y enferman de SIDA -; y a las relaciones y divisiones sexuales - como en la creencia de que tan solo las trabajadoras sexuales, las personas "promiscuas" y los homosexuales, son los que pueden infectarse con el virus (Figura 1).

Figura 1: Origen del Estigma por VIH/SIDA

El SIDA es una "enfermedad de ricos"	El SIDA es una "enfermedad de mujeres"	El SIDA es una "enfermedad africana"	El SIDA es una "plaga gay"
El SIDA es una "enfermedad de pobres"	El SIDA es "causado por varones"	El SIDA es una "enfermedad de los occidentales"	El SIDA es "causado por prostitutas"
↑	↑	↑	↑
ESTIGMA POR VIH/SIDA			
↑	↑	↑	↑
RELACIONES Y DIVISIONES ECONÓMICAS	RELACIONES Y DIVISIONES DE GÉNERO	RELACIONES Y DIVISIONES RACIALES	RELACIONES Y DIVISIONES SEXUALES

Comprender la interrelación entre el estigma por VIH/SIDA y estas fuerzas más profundas, resulta vital si queremos desarrollar respuestas efectivas. El estigma asociado al VIH/SIDA no es algo que reside solamente en las mentes de las personas. Por el contrario, constituye un producto social con profundas raíces en la sociedad. Enfrentar el estigma, y la discriminación a que da lugar, exige por tanto de sólidas medidas, esto es, de intervenciones que vayan más allá de las expresiones superficiales para profundizar en las estructuras y causas radicales subyacentes.

Discriminación

El estigma resulta perjudicial en sí mismo, puesto que puede conllevar a sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento, y también porque la expresión de ideas

prejuiciadas puede conducir a las personas a hacer cosas, u omitir otras, que terminan dañando, rechazando o negando los derechos de los otros.

En este sentido, el personal de un hospital o prisión, por ejemplo, puede intentar negar servicios médicos a una persona que vive con VIH/SIDA. O los empleadores pudieran intentar despedir a trabajadores sobre la base del hecho de estar infectados con VIH.

Tales actos constituyen lo que entendemos como discriminación. Expuesta de manera sucinta, la discriminación se expresa cuando se realiza una distinción contra una persona, y ello se traduce en un trato injusto sobre la base de su pertenencia (o la creencia de que pertenece) a un grupo particular. La discriminación, obviamente, puede expresarse en diferentes niveles: a

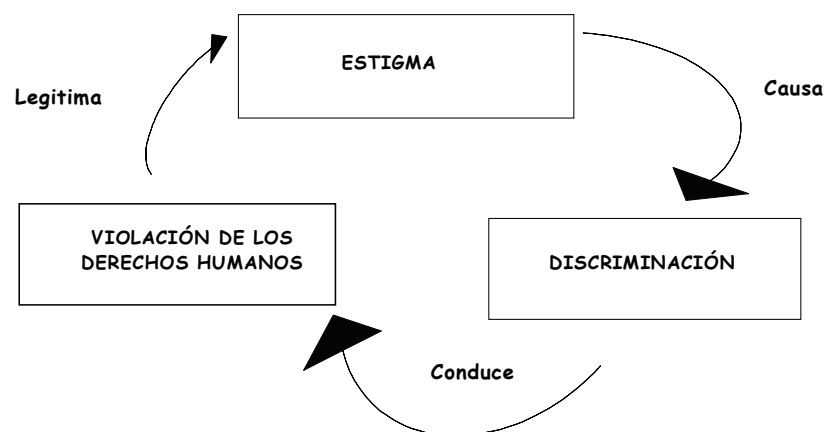
nivel del individuo, por ejemplo, o a nivel de la comunidad o de la sociedad como un todo. A nivel mundial, han existido numerosas instancias de expresión de la discriminación por VIH/SIDA. Incontables personas que viven con el virus (o que se cree que están infectados) han sido segregadas y marginadas en escuelas y hospitales; rechazados en empleos; denegados sus derechos de casarse y de conformar relaciones duraderas; requeridos a someterse a exámenes de VIH a partir de la realización de viajes, o incluso como requisito para retornar a su país de origen; negado su acceso a tratamiento con medicamentos; y atacados, o incluso asesinados, debido a su estatus como seropositivos³

Como resultado de esta discriminación, se violan los derechos de las personas que viven con el virus y la enfermedad (también resultan violados frecuentemente los derechos de sus familias), tan solo por el

hecho de saberse o presumirse que tienen VIH/SIDA. Esta violación de los derechos multiplica el impacto negativo de la epidemia a todos los niveles.

A nivel individual, por ejemplo, aumentan la ansiedad y el estrés - factores que en sí mismos contribuyen a empeorar el estado de salud. A nivel comunitario, familias y grupos enteros se avergüenzan, encubren su asociación con la epidemia, y retiran su participación de respuestas sociales más positivas. Y a nivel de la sociedad como un todo, la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y el abuso de los derechos humanos, refuerzan la creencia equivocada de que resulta aceptable que estas personas sean culpadas y condenadas al aislamiento y al silencio. Un círculo vicioso se produce entre el estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos. Esto puede ser representado en un diagrama como sigue a continuación (Figura 2).

Figura 2: El "círculo vicioso" del estigma, la discriminación y la violación de los derechos





El derecho a la no discriminación constituye un derecho humano fundamental fundado en los principios básicos de justicia, los cuales son permanentes y universales.

Los derechos humanos son inherentes a los individuos justamente por ser humanos, y se aplican a todas las personas sin excepción. Los derechos humanos básicos prohíben la discriminación por concepto de raza, color de la piel, sexo, lengua, religión, opinión política u otra, origen nacional o social, estatus económico, de nacimiento, o cualquier otro estatus social.

Las resoluciones de la Comisión sobre los Derechos Humanos de las Naciones Unidas⁴, han establecido de forma

inequívoca que 'el término "u otros estatus" en las consideraciones sobre la no discriminación dentro de los textos internacionales sobre los derechos humanos, debe ser interpretado como inclusivo del estado de salud, incluyendo el VIH/SIDA'. Estas resoluciones han confirmado, por otra parte, que la 'discriminación a partir de la infección por VIH/SIDA, real o presumida, queda prohibida a partir de los derechos humanos básicos existentes.' La discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA, o de aquellos que se cree están infectados, constituye por lo tanto una clara violación de los derechos humanos.

¿Por qué es esto importante, y por qué la asociación entre estigma, discriminación y

derechos humanos debe ser comprendida y reconocida de forma más clara? Existen varias razones para ello. Primeramente, porque vivir libre de discriminación constituye un derecho humano. Ya existe un marco para la responsabilidad de acción, lo que significa que no es necesario construir uno similar dentro del contexto del VIH/SIDA. Independientemente de si son o no abiertamente reconocidos, los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y velar por el cumplimiento de los derechos humanos.

Con relación a la discriminación, por ejemplo, la obligación de respetar requiere de Estados que no discriminen directa o indirectamente en cuestiones legales, políticas o prácticas. La obligación de proteger exige de los Estados la toma de medidas que eviten la discriminación por parte de instituciones y organizaciones⁵; y la obligación de hacer cumplir requiere que sean adoptadas medidas legislativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y otras, que aseguren que se están desarrollando estrategias, políticas y programas para enfrentar la discriminación y para asegurar que aquellos quienes la sufren sean adecuadamente indemnizados.

En segundo lugar, un marco de derechos humanos permite el acceso a mecanismos procesales, institucionales y de supervisión para hacer cumplir los derechos de las personas que viven con VIH y SIDA, y para luchar en contra de la discriminación. Debido a que la discriminación por

VIH/SIDA conlleva a que se cometan violaciones legales, las personas que discriminan pueden ser hechas responsables por la ley y proporcionarse entonces una indemnización, allí donde se considere apropiado. Existen mecanismos importantes desde el punto de vista procesal, institucional y de monitoreo a nivel nacional, regional e internacional. A nivel nacional, estos incluyen el sistema judicial (cortes legales), las Comisiones Nacionales de Derechos Humanos, los Ombudsmen, las Comisiones de Ley y otros tribunales administrativos.

Ello no significa que un foco de discriminación conducirá inevitablemente a mejorar la situación. No queda claro en la conciencia de la gente el hecho de que la discriminación es ilegal. Los servicios legales normalmente no son accesibles, ni económica ni geográficamente, a muchas de las comunidades más vulnerables. Y de hecho pueden existir grandes dificultades en la obtención de compensaciones por concepto de violación de derechos. Sin embargo, una cosa sí es absolutamente cierta: un foco de discriminación provee de una entrada oportuna para responsabilizar a aquellos cuyas acciones conducen a la discriminación y a la violación de los derechos humanos.

Más allá del uso de la ley

Existen otros procesos sociales que se pueden encaminar hacia el enfrentamiento del estigma y la discriminación por VIH/

SIDA. Algunos de ellos tienen sus orígenes en el poder de individuos y comunidades para resistir y luchar contra la inequidad y la opresión.

A través de la historia del VIH/SIDA, se han dado numerosos ejemplos de lucha exitosa de la comunidad - fundamentalmente a través de la educación y el desafío de estereotipos y creencias discriminantes -, en contra de la discriminación y las violaciones de los derechos humanos; y, más recientemente, con miras a ampliar el acceso al tratamiento.

De manera importante, el activismo de personas que viven con VIH/SIDA, operacionalizado a través del Principio GIPA, muestra cómo en ciertas circunstancias la estigmatización y la discriminación pueden estimular respuestas positivas de solidaridad e inclusión.

A nivel mundial, pueden apreciarse numerosos ejemplos de este proceso. Algunos de los casos más exitosos se han producido cuando los esfuerzos se han dirigido de manera simultánea hacia la promoción de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, y hacia la potenciación del poder de comunidades oprimidas para luchar y tomar las riendas de sus vidas.

En ningún espacio puede ser más evidente este proceso que con relación al acceso a tratamiento con antiretrovirales⁶.

De la comprensión a la respuesta

En aras de enfrentar exitosamente la estigmatización y la discriminación por VIH/SIDA, debemos primero comprender en que consisten estos fenómenos, y cual es su origen. Contrario a la creencia popular, el estigma y la discriminación no son “cosas” o “eventos aislados”, sino procesos sociales conectados con fuerzas profundamente poderosas enclavadas dentro de las estructuras de la sociedad. Abordarlas exitosamente, por lo tanto, requiere (i) de esfuerzos para reducir sus diversas formas de expresión junto con (ii) la acción para encarar sus causas fundamentales. ¿Pero dónde debemos actuar, y qué debemos hacer?

Se requiere de acciones en cada uno de los campos identificados como claves en la Declaración UNGASS de la Comisión sobre VIH/SIDA. Éstos incluyen la educación, el área laboral, los aspectos legales relacionados con la herencia, los servicios sociales y sanitarios, la prevención, el tratamiento y el apoyo, la información y la protección legal.

Acciones concretas que se pueden desarrollar a nivel individual incluyen: la difusión pública de información para ayudar a las personas a entender el carácter injusto del estigma y de la discriminación; educación de calidad dentro y fuera de los espacios escolares para difundir evidencias y para modificar



actitudes individuales; y entrenamiento para trabajadores de la salud y otros, en contextos donde la estigmatización y la discriminación se han identificado como existentes.

A nivel comunitario, se precisa de la potenciación del liderazgo y del poder de convocatoria por parte de políticos, líderes informales, personalidades del deporte, estrellas de cine y otros. Esto, junto con el activismo continuado por parte de las personas que viven con, y están afectados por, el VIH/SIDA, hará mucho para desafiar las percepciones, creencias y opiniones discriminantes acerca de la epidemia y de aquellos a quienes afecta.

Pero la acción más allá de los niveles

individuales y comunitarios es también esencial si se pretende que los logros sean sostenidos. En particular, se necesita de una amplia acción societal para abordar las inequidades de género, raciales y sexuales, así como los estereotipos a partir de los cuales se nutren el estigma y la discriminación por VIH/SIDA.

Específicamente, los esfuerzos deben dirigirse hacia la lucha contra los prejuicios e ignorancias, y para proteger los derechos humanos de aquellos grupos vulnerables tales como las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres y otras minorías discriminadas.

La protección legal para las personas que viven con VIH y SIDA constituye una

forma esencial de enfrentar y, de tal modo, atenuar las inequidades y la exclusión sociales que se encuentran en el núcleo de la estigmatización y de la discriminación por VIH/SIDA. Esta protección debe ser promovida conjuntamente con aquellos mecanismos apropiados de divulgación y fortalecimiento. Resulta central para la efectividad de esta labor, el apoyo de los centros de ayuda legal y/o de los servicios jurídicos de la comunidad que abordan casos de discriminación y violación de derechos humanos.

Consolidar estos servicios dentro de las organizaciones de servicio para SIDA existentes, o en las organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA, puede ser una forma de promover la confianza entre aquellos que han experimentado la discriminación, especialmente allí donde tales organizaciones son ya valoradas y respetadas por la comunidad.

Estos propios servicios legales pueden también ayudar a desarrollar la capacidad de estas organizaciones sanitarias para trabajar dentro de un marco de derechos humanos.

Finalmente, se necesita tomar medidas concretas para asegurar una amplia accesibilidad a los servicios y a tratamiento medicamentoso. Ayudar a las personas a comprender que es posible vivir de manera satisfactoria con VIH/SIDA, y reconocer que los avances en términos de tratamiento prometen esperanzas reales para el futuro, constituye un paso importante en la reducción de los temores y ansiedades existentes alrededor de la epidemia.

Ampliar la accesibilidad a tratamiento con medicamentos también puede ayudar a reducir la estigmatización y la discriminación a medida que el temor de la comunidad disminuye.



Referencias

- ¹ Patton, C. (1985) *Sex and Germs: The politics of AIDS*. Boston, South End Press.
- ² Sontag, S. (1988) *AIDS and its Metaphors*. Harmondsworth, Allen Lane
- ³ Véase M. Maluwa, P Aggleton and R. Parker (2002, in press) *HIV/AIDS Stigma, Discrimination and Human Rights – A Critical Overview*. Health and Human Rights, para una discusión integral de estas cuestiones.
- ⁴ Comisión sobre los Derechos Humanos, Resoluciones 1999/49 y 2001/51
- ⁵ Por ejemplo, la adopción de leyes que aseguren la equidad en el acceso a cuidados y servicios de salud proveídos por terceras partes, que controlen el marketing de medicamentos y equipos médicos, y que aseguren que

los practicantes médicos, o cualquier otro profesional de la salud, conocen apropiadamente los códigos estándares de conducta en cuanto a educación, destrezas y ética.
⁶ Véase, por ejemplo: www.hri.ca/partners/alp/tac/

*Algunas de las ideas desarrolladas en el presente trabajo ya han sido expresadas en otros espacios, como por ejemplo: "Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción" (ABIA, Río de Janeiro, 2002); "Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual y una Agenda para la Acción" (Washington, DC, Horizons Project, 2002); "Estigma, Discriminación y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe" (Washington, DC, Banco de Desarrollo Inter-Americano, 2002, in press); y "Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la

Acción." *Ciencias Sociales y Medicina* (R. Parker y P. Aggleton, 2002, in press).

Las copias del documento de la Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003 titulado "Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual y Bases para la Acción" (Ginebra, UNAIDS, 2002), se encuentran disponibles en inglés, francés y español en Dirección/Gerencia de Información, UNAIDS, Av. Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza.

Es posible encontrar una copia del documento en inglés en la siguiente dirección electrónica:
www.unaids.org/publications/documents/human/JC781-ConceptFramew-E.pdf

De los autores/a del artículo

Peter Aggleton, Profesor en Educación y Director de la Unidad de Investigaciones Thomas Coram, Instituto de Educación, Universidad de Londres.
Richard Parker, Presidente, Departamento de Ciencias Sociomédicas, Escuela Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia; Profesor de Medicina Social, Instituto de Medicina Social, Universidad Estatal de Río de Janeiro; y Presidente y Director de ABIA (Asociación Brasileira Interdisciplinaria sobre SIDA).
Miriam Maluwa, Consultora en Leyes y Derechos Humanos, Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, Ginebra, Suiza.
E-mail: Peter Aggleton: peter.aggleton@btinternet.com
Traducción (versión de Inglés a Español): Lic. Loraine Ledón Llanes.

Oportunidades para realizar actividades de abogacía

Es importante elegir el momento, la presentación y la secuencia de actividades y esfuerzos de abogacía. Si se sabe aprovechar la fecha o el suceso en torno a los cuales se puede elaborar una noticia, será más fácil atraer la atención del público y a si crear mayor conciencia del problema de la tuberculosis. Empiece por elaborar un calendario de fechas (de importancia estatal, nacional e internacional) y planifique sus estrategias de promoción en función de las mismas. Puede hacerlas coincidir con conferencias sobre el tema, foros o congresos, la presentación de datos sobre tuberculosis o de informes nuevos o de resultados de investigación, o una presentación o foro sobre las galerías de Voces e Imágenes en tuberculosis.

Ejemplos:

FECHA	CELEBRACIÓN	POSIBLE RELACIÓN
8 de marzo	Día Internacional de la Mujer	La Tuberculosis mata a más mujeres que todas las causas de mortalidad materna combinadas. Resalte el efecto de la TB en la vida de las mujeres (con TB, que cuidan a personas con TB, vulnerables por cuestión de pobreza, o como proveedoras de servicios de salud.
24 de marzo	Día Mundial de la Lucha contra la TB	Aproveche aquí para trabajar con otro sector y unirlo a su causa. La tuberculosis existe y es curable. La estrategia TAES funciona. Todos y todas podemos hacer algo para detener a la tuberculosis.

FECHA	CELEBRACIÓN	POSIBLE RELACIÓN
7 de abril	Día Mundial de la Salud	La tuberculosis es la única enfermedad prevenible que provoca defunciones de jóvenes y adultos en los países en desarrollo. Resalte la lucha de la TB como una prioridad necesaria en las agendas de salud pública. Resalte el hecho de que es una enfermedad infecciosa para la cual existe tratamiento efectivo desde hace más de 50 años.
30 de abril	Día de las y los Niños	Resalte la situación de TB pediátrica en su región. Si está bien, para que se siga conservando así y si la situación no es buena, haga llamados concretos a la acción.

FECHA	CELEBRACIÓN	POSIBLE RELACIÓN
10 de mayo	Día de las Madres	La celebración del día de las madres sirve para resaltar el rol de las madres en el cuidado de salud de sus familias cuando alguno de sus miembros o ella misma, está afectada por la TB.
3er domingo de junio	Día del Padre	La TB afecta aún más hombres que mujeres. Identifique la relación entre la masculinidad y los riesgos de TB.
14 de noviembre	Día de la Diabetes	La Diabetes es la 1ª causa de muerte en México y otros países. Las personas con Diabetes son más vulnerables a la TB y a sus complicaciones.
1º de diciembre	Día Mundial del SIDA	El SIDA es una de las principales causas de muerte en personas con TB. Resalte en este día la importancia de colaborar para combatir ambas enfermedades.

FECHA	CELEBRACIÓN	POSIBLE RELACIÓN
5 de diciembre	Día internacional del voluntariado	Resalte el rol que los y las trabajadoras de salud juegan en la lucha contra la TB. Resalte el trabajo que las comunidades activas tienen o pueden tener en un México libre de Tuberculosis.
10 de diciembre	Aniversario de la declaración universal de los derechos humanos	El derecho a la salud es un importante tema en la lucha contra la TB. El tratamiento y diagnóstico son gratuitos, y debemos considerar la salud y una vida libre de TB como un derecho humano. Mencione la amenaza de la tuberculosis en poblaciones vulnerables, personas privadas de su libertad, migrantes y refugiados. Utilice y promueva la carta de los derechos y responsabilidades en el control de la tuberculosis.