

XXV

TECMUN Jr.

Organización Mundial de
la Salud Histórica

“Cuando pones la proa visionaria hacia una estrella y tiendes el ala hacia tal excelsitud inasible, llevas en ti el resorte misterioso de un ideal. Custódiala; si la dejas apagar no se reenciende jamás. Y si ella muere en ti quedarás inerte; frío. Solo vives por esa partícula de ensueño que se sobrepone a lo real y que te hace sentir vivo”.

José Ingenieros, *El hombre mediocre*, Buenos

Aires, 1913.

Delegados, embajadores, jueces, ministros, fiscales y compañeros:

Dentro del cosmos de la modernidad, entre las corrientes de la paz y el conflicto, yacen miles de hombres como tú y como yo, hambrientos de cambio, deleitados con la ficción irrisoria de un mañana distinto. Nuestra realidad es fruto de los sueños de los visionarios de antaño y nuestros ideales son las líquidas y abstractas partículas que cristalizarán la realidad de los hombres del futuro. No es hasta que reflexionamos acerca de la naturaleza de este proceso de transición que valoramos las verdaderas implicaciones de nuestras acciones.

No somos más que individuos aislados entre la masa social, sin embargo, no es esta individualidad lo que genera el cambio, por el contrario, las ideas son la fuerza motriz que marca la senda de las revoluciones; son las ideas aquellas que impulsan la materialización del cambio. No obstante, si demeritásemos el valor de la potencia personal, nos encontraríamos con la nada, pues, no existe revolución que haya sido emprendida sin conciencia individual. Es esta suma de unidades lo que empodera la raza humana y nos aproxima a la evolución perpetua.

TECMUN es el crisol que funde las perspectivas personales en una gran razón colectiva. Es aquella entidad viva que congrega a visionarios aislados en una red de sueños, esperanzas y acciones. Hago un llamado categórico hacia todos ustedes, exigiéndoles que jamás dejen morir sus ideales, pues la decadencia del deseo contrae el desgarramiento del cambio, que conducirá a la muerte de nuestro espíritu y, al cabo, a la muerte perpetua e irreversible de nosotros mismos.

Delegados, nosotros hacemos la diferencia. Vivamos con unidad, conciencia e ideales.

Kevin Zamora González

Secretario General

XXV TECMUN Jr.

Delegados, embajadores, jueces, ministros, fiscales y compañeros:

El lenguaje en México, el tejer redes complejas de ideas, debería ser lugar tanto de acuerdo como de disenso. En un país inundado por el silencio, ¿qué prosigue? Es sencillo: el silencio puede ser chispa y llama. Cuando el eco que este provoca se hace tan intenso que nos ahoga, reaccionamos. A lo largo de la historia, hemos formado un círculo de víctimas y victimarios en México. Desgraciadamente, México suele ser la víctima. Mi México el vencido, al que le duele, el que llora y sangra, pero ni así responde. ¿Es esta razón para desistir de intentar cambiarlo? No. ¿Es esta razón para volverse victimario? Tampoco. Esas son dos grandes lecciones.

Recientemente, tras una serie de cambios estructurales, después de hacer y deshacer durante años, de tirar todo y empezar desde cero, podemos decir que el mexicano es mejor deshaciendo que haciendo. Empero, esto no es algo intrínsecamente malo —en el desorden también hay un orden y un nuevo desorden nos debería guiar a un mejor orden. Esa es la gran peculiaridad de México, o de menos, la que he observado: incluso cuando todo va mal, cuando se está cayendo el país (literal o metafóricamente), intentamos ordenarlo. Vamos, nos organizamos, ayudamos y todo regresa a la normalidad. Sin embargo, este fenómeno no es necesariamente bueno debido a otra gran característica: los mexicanos tendemos a olvidar. Cuando contamos con minutos de paz, no pensamos, ni nos cuestionamos cómo fue que los obtuvimos. Somos hedonistas al por mayor —preferimos simplemente disfrutar del placer que nos brinda el bienestar. Eso no es incorrecto, no importa regocijarte ante algo. El problema reside en solo vivir el momento, sin reflexionar antes el pasado o el futuro. Por eso te propongo, tú que estás ahí (idealmente escuchando, leyendo) usar el lenguaje, tu discurso, como espacio de disenso. Cuestionate tu entorno, el porqué de las cosas. Sí, busca el orden dentro de nuestro sublime desorden. Participa. Lee. Sé. Modifica tu actitud conforme a lo que vayas descubriendo. No obstante, si no lo harás, da espacio a los que sí, porque los que ya nos cansamos de los ciclos en México, de la injusticia, de que todo y nada pase somos más. Ya basta de que el silencio en México duela, hay que regresarle su voz a las víctimas. Tú, yo, nosotros que sí podemos hablar: unámonos en la otredad. Ese dolor que alguien más siente, hazlo tuyo y habla por él, sé por él y lucha por él. *Bajo la lluvia / que me quema la piel / s e r é. En el agua herida: / n o s o t r o s / s e r e m o s.*

Daniela Rivera Guerrero
Subsecretaria de las Agencias Especializadas y Organismos Regionales
XXV TECMUN Jr.

Delegados,

Primero que nada, les quiero agradecer por haber elegido estar aquí el día de hoy. Les quiero agradecer por haber decidido no resignarse, por no convertirse en espectadores de la vida, por querer mejorar el mundo y por querer mejorarse como personas. Sé que es muy fácil sentarse al escuchar todo lo que sucede internacionalmente y no hacer nada pero, aunque parezca algo menor, por el simple hecho de estar aquí el día de hoy ya están haciendo algo por el mundo. Créanme que ya están haciendo un cambio.

Les quiero pedir que sin importar la experiencia que tengan, expresen todas sus ideas, todo lo que se les venga a la mente, quiero que sepan que todas son opiniones son importantes para el debate, para la mesa y para todas las demás personas que se encuentran en esta sala el día de hoy. No lo hagan por ganar un premio, háganlo porque en verdad tienen fe en ustedes y la humanidad. Estos siguientes tres días no serán fáciles, pero si aprenden a disfrutarlo les aseguro que valdrán totalmente la pena y que será una de las mejores experiencias.

Rebeca Lledias Martínez

Presidenta de la Organización Mundial de la Salud Histórica

XXV TECMUN Jr.

Antecedentes de la Organización Mundial de la Salud Histórica

La Organización Mundial de la Salud es un organismo especializado de la ONU, fundado con la entrada en vigor de su constitución el 7 de abril de 1948. Cuenta con 6 oficinas regionales y una sede en Ginebra para 194 países miembros; su órgano de gobernanza es la Asamblea Mundial de la Salud. Su meta es lograr el máximo nivel de salud en todo el mundo mediante investigaciones, apoyo técnico, monitores y evaluaciones de tendencias y situaciones de salud para ultimadamente alcanzar asistencia sanitaria universal. Entre las prioridades de la organización, se encuentra atender problemas de salud mental, discapacidades, lesiones causadas por violencia, asegurar que las naciones tengan la capacidad y recursos de enfrentar amenazas a la salud pública, acceso a medicamentos y reducir brechas de desigualdad en salubridad dentro y entre países.

Tópico A

Medidas para reducir la tasa de muertes causadas por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el nuevo milenio (1997)

¿Qué es el VIH?

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario, atacando y debilitando su funcionamiento. Conforme el virus destruye el sistema inmunitario, el paciente gradualmente se vuelve inmunodeficiente; esta condición se alcanza cuando el sistema no puede luchar contra enfermedades e infecciones. La inmunodeficiencia trae consigo mayor facilidad de contraer diversas infecciones, enfermedades y algunos tipos de cáncer. La fase más avanzada de la infección por VIH es conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se caracteriza por la manifestación de diversos tipos de cáncer o situaciones médicas graves. El SIDA tarda en manifestarse entre 2 y 15 años dependiendo de la situación de la persona infectada.

Modos de transmisión

Hace unos años, cuando la pandemia comenzó, se tenía la creencia que para ser contagiado con VIH bastaba sólo con estar en contacto con una persona infectada; sin embargo, tras realizar diversos estudios se llegó a la conclusión que no bastaba con eso para convertirse en una persona VIH positivo. El virus se transmite mediante transfusiones sanguíneas y con hemoderivados de sangre contaminada, al tener relaciones sexuales sin protección con un portador y las madres pueden contagiar a sus hijos por medio de la lactancia o ellas al ser portadoras del virus durante el embarazo. El padecer alguna otra infección de transmisión sexual (ITS), el uso intencional o accidental de agujas o jeringuillas infectadas y la práctica de relaciones sexuales sin protección (heterosexuales y/o homosexuales) con una persona aún no infectada constituyen factores de riesgo que incrementan las posibilidades de ser contagiado con el virus del inmunodeficiencia humana. Ya que se creía que la enfermedad se podía transmitir por apretones de manos, abrazos, besos o compartir cosas, las personas VIH positivas eran segregadas y discriminadas por la sociedad.

Durante la epidemia que comenzó en 1981, existieron casos de familias portadoras las cuales perdieron sus casas porque eran quemadas por atacantes. A pesar que ya se sabe que no se puede ser contagiado tan fácilmente, la mayoría de la población infectada sigue

siendo discriminada y segregada. Personas infectadas con VIH, o ya con SIDA, no asistían a centros médicos a recibir tratamientos ni atención por los estigmas sociales presentes; en algunos centros de salud estas personas recibían una atención deficiente y faltas de respeto debido a su condición. A través de 1981 se realizaron marchas y demostraciones artísticas en diversos países para defender los derechos y promover el respeto a personas VIH positivas, dichas marchas eran paradas por cuerpos policiales, con violencia, y participantes eran detenidos.

El grupo que vivía con mayor grado de discriminación eran los homosexuales. A inicios de la década de los ochenta, eran severamente discriminados. Ya que al inicio de la epidemia se creía que la enfermedad se presentaba únicamente en homosexuales se le llamó GRID, por sus siglas en inglés *Gay Related Immune Deficiency Syndrome*. Homosexuales eran asesinados, estuvieran infectados o no, por el simple hecho de su orientación sexual y porque se pensaba que simplemente con eso bastaba para transmitir el virus de la inmunodeficiencia adquirida.

Síntomas

Los síntomas de la infección varían según la persona, en la mayoría de los casos, el portador ignora que tiene el virus hasta llegar a fases avanzadas. En las primeras semanas del contagio se pueden presentar signos de tipo gripal, fiebre, dolor de garganta y erupciones. Con el debilitamiento del sistema inmunitario se pueden presentar otros síntomas como pérdida de peso, inflamación de los ganglios linfáticos y diarrea. Si no se ha recibido tratamiento existe la posibilidad de contraer una enfermedad grave como meningitis, tuberculosis y linfomas.

El método de diagnóstico más rápido son las pruebas serológicas, dichas pruebas detectan la presencia de anticuerpos en la sangre la igual que su ausencia. Con esta prueba se puede determinar con exactitud la infección por VIH. Ya que la mayoría de las personas producen defensas contra el virus en 28 días, es preferible hacer la prueba después de este período de tiempo para tener un resultado certero.

¿Cómo empezó?

A inicios de los años ochenta, el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) se percató de un repentino aumento de la petición de un fármaco poco usual y que era utilizado para tratar una extraña neumonía, el cual, solamente afectaba a personas con las defensas muy bajas. Dichos pacientes, presentaban características similares. Eran casi todos varones homosexuales y algunos de los cuales también presentaban algún tipo de cáncer; todos ellos presentaban un número de linfocitos CD4 muy bajo. Desde ese momento se comenzó a hablar de la “Inmunodeficiencia relacionada con Homosexuales” y después, del “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” (SIDA). Comenzaron a divulgarse distintas teorías sobre la verdadera causa de este síndrome, de las cuales destacan las de dos investigadores que afirman haber descubierto la causa, un virus, cuyas teorías fueron publicadas con un año de diferencia. Se trataba de un virus que afectaba al sistema inmune, haciendo que bajaran las defensas del organismo; de ahí, se le bautizó VIH. Uno de estos investigadores era Luc Montagnier (investigador del Instituto Pasteur, En Francia) y el otro era Robert Gallo (norteamericano, quien trabajó en el laboratorio de biología Celular de tumores, del Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU.). Gracias a estas investigaciones, en 1984 se hizo oficial a nivel mundial que el VIH era la causa del SIDA; y se eliminó la idea del virus *HTLV III*. No solamente el número de muertes causadas por el SIDA desde su detección en 1981 aumentó, también, en vez de afectar solamente a Homosexuales, Heroínómanos y Hemofílicos, también comenzó a afectar a todo tipo de personas de los 5 continentes.

A pesar de esto, en el ámbito de la virología, es necesario aislar el virus y fotografiarlo para comprobar su existencia, por lo que en 1987, un grupo de científicos se negó a aceptar que el VIH era el verdadero causante del SIDA, exigiéndoles a Luc Montagnier y a Robert Gallo que comprobaran con una fotografía del virus aislado para comprobar su existencia.

La crisis de los años ochenta

En 1981, en el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) de Atlanta se comenzaron a presentar diversos casos de neumonía y de sarcoma de Kaposi (un tipo de cáncer de piel); el Centro dió a conocer que cinco casos de neumonía se encontraban en hombres homosexuales sexualmente activos. En Haití, casos parecidos atacan a la

población. Se comienzan a asociar dichos síntomas con sangre infectada y hemoderivados; se llega a la conclusión que la enfermedad se debe a un agente infeccioso y debido a lo que trae consigo, en 1982, se le llama SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). En ese mismo año, se hizo público que en África también se encontraban casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Más tarde se supo que a mediados de la década de los cincuenta, en África ecuatorial, hubo casos severos de sarcoma de Kaposi, combinado con meningitis y neumonías mortales. Ya se conoce con certeza que la infección se transmite a través del uso de drogas endovenosas, agujas contaminadas, transfusiones sanguíneas y contacto sexual homosexual. Sin embargo, ya que mujeres, sin otros factores de riesgo, y hombres heterosexuales comenzaron a mostrar casos, se supo que también se podía contagiar por relaciones sexuales heterosexuales. Fue descubierto que la infección puede ser transmitida también a de una madre a su bebé; puede ser transmitido por medio de la leche materna y mientras una mujer infectada se encuentra en el proceso de gestación.

Durante años existió la controversia sobre cuál era realmente el virus que causaba la enfermedad. Finalmente, se decidió cuál era el virus causante y se le llamó Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para finales de 1984, existían 7,699 casos y 3, 665 muertes (Avert, 2017) por SIDA en Estados Unidos. El SIDA es considerado como una pandemia, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS) junto con la Organización Mundial de la Salud llevaron a cabo la primera Conferencia Internacional sobre el SIDA en Atlanta, EE.UU. en 1985; son reportados a la OMS 38, 401 casos en 85 países.

La infección por VIH y el SIDA ha sido la única enfermedad en ser discutida en una sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas en octubre de 1987. Se habló sobre el nivel tan grave que a la que esta enfermedad ha llegado y sobre sus repercusiones en la sociedad y en la dinámica mundial. Jonathan Mann, administrador de la Organización Mundial de la Salud, dió una síntesis de lo que ha sido y representando la epidemia hasta ese día y las medidas tomadas. Su discurso se enfocó en la protección de los Derechos Humanos de las personas enfermas y cómo estos derechos representan el bienestar público. Estableció que pruebas médicas obligatorias son necesarias para prevenir que más personas se infecten y para que la población infectada que desconoce su condición entre en conciencia sobre esto y pueda recibir atención médica y tratamientos en una etapa oportuna. En 1986, Mann lanza

el Programa Internacionales sobre SIDA. El 27 de octubre de 1987 la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 43/15, estableció el 1 de diciembre como el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA.

Al notar que “la pandemia de SIDA plantea problema sanitario internacional de un alcance excepcional y una urgencia sin precedentes” (OMS,1987), la OMS decide tomar medidas más fuertes y lanza el Programa Especial sobre el SIDA; un plan de estrategias para la prevención y lucha contra el SIDA. Los objetivos del programa son prevenir la transmisión del VIH y reducir la mortalidad por infecciones por VIH. Para 1987, la Organización Mundial de la Salud colaboraría con 50 estados miembros darle mayor atención y apoyar a los programas nacionales de la lucha contra la enfermedad. Se reclutará mayor personal para el programa para acelerar las actividades mundiales intensivas. Para poder llevar a cabo este programa de manera adecuada y satisfactoria, se necesita un presupuesto de 37, 12 millones de dólares; el 73% de este dinero, destinado para apoyar los programas nacionales. El programa estaba planeado para ser llevado a cabo a través de 1987 a 1995.

Ya que del 75 al 85% de las infecciones en adultos (Global Programme on AIDS, 1996) se deben a relaciones sexuales, tanto homosexuales como heterosexuales, la Organización Mundial de la Salud, junto con los gobiernos de los estados miembros comenzaron a promover el uso de condones, la abstinencia y las relaciones sexuales donde la penetración no esté involucrada. En 1988 en África eran vendidos menos de un millón de condones, hace tan solo tres años, 1994, fueron vendidos 110 millones de condones solamente de una firma farmacéutica. Los condones femeninos fueron aparecieron en el mercado en 1992, tras notar su efectividad, la OMS decidió analizarlos. Por lo tanto en 1993, la Organización Mundial de la Salud realizó pruebas clínicas aleatorias en trabajadoras sexuales de cuatro regiones de Tailandia. El resultado mostró que este tipo de preservativos es efectivo tanto para prevenir embarazos no deseados como para prevenir infecciones de transmisión sexual. Para 1995, la OMS continuaba realizando estudios y comenzó su promoción entre las naciones. El último reporte de la Organización Mundial de la Salud, muestra que 7.7 millones de personas alrededor del mundo han estado infectados de VIH desde inicios de 1980 hasta el año pasado, 1996 (Global Programme on AIDS, 1996).

Tratamientos

No existe cura alguna para el virus del VIH, sin embargo, existen los antirretrovíricos que sirven para controlar la replicación del virus en el organismo y favorecer el fortalecimiento del sistema inmunitario. Evitando así que las pacientes VIH positivos sean tan susceptibles a obtener infecciones. En marzo de 1987, la zidovudina, también conocido como AZT, es el primer medicamento antirretroviral aprobado para tratar a personas infectadas con el virus del VIH y con SIDA. Este medicamento reduce la transmisión del virus a otras personas; vendido con el nombre comercial de Retrovir.

En sus inicios, la zidovudina era utilizado para tratar el cáncer pero, al mostrar ineficacia se dejó de usar. Años después, científicos del Instituto Nacional de Cáncer (NCI) comenzaron a trabajar y a experimentar con este fármaco para volverlo un tratamiento factible contra el SIDA. Se comenzó a administrar a los pacientes en una dosis de 400 mg cada cuatro horas a lo largo de toda su vida. Tras observar que muchos pacientes presentaban efectos adversos como, anemia, altos niveles de toxicidad en la sangre y daños en el hígado, la dosis fue reducida.

Tampoco existe vacuna alguna contra el VIH, desde que la infección se inició a manifestar (1981) científicos de todas las naciones han estado en busca de una vacuna. Actualmente, más de 21 vacunas han sido desarrolladas y probadas pero ninguna con los resultados queridos. No se ha podido desarrollar una vacuna contra el virus de la inmunodeficiencia adquirida ya que la biología del virus lo hace evolucionar rápidamente y dicha evolución varía según la persona y que no se cuenta con modelos animales lo suficientemente parecido a los humanos como para poder ver de manera certera como reacciona la vacuna. Sin embargo, unas vacunas han probado ser efectivas para hacer más lento el proceso de la enfermedad.

¿Qué se enfrenta ahora?

A pesar de todos los esfuerzos internacionales y medidas ya tomadas para acabar o controlar la infección por VIH, el número de personas infectadas sigue aumentando. El año pasado se reportaron 7.7 millones de personas infectadas desde el inicio de la epidemia en 1981. Lamentablemente no toda la población VIH positiva cuenta con la atención médica necesaria,

ni recibe tratamientos de antirretrovíricos para su condición; parte de esto se debe a que no todos los países cuentan con atención contra el SIDA y VIH en su servicio de salud pública. Aunado a esto, ya que las personas infectadas siguen siendo discriminadas, no buscan ayuda temiendo a una respuesta social negativa. Si se quiere reducir la tasa de mortalidad causada por la infección de VIH en el nuevo milenio, se deben de buscar estrategias efectivas para evitar que el número de contagios aumente, encontrar una manera de hacer que la salud y la calidad de vida de las personas enfermas sea mayor, implementar medidas preventivas en las situaciones más vulnerables y acabar con los estigmas sociales.

Referencias

1. Botinas, L. (2017). La versión oficial del Sida se basa en un fraude científico del Dr. Robert Gallo. Recuperado el 16 de julio de 2017, de *Discovery DSalud*. Web. <<https://www.dsalud.com/reportaje/la-version-oficial-del-sida-se-basa-en-un-fraude-cientifico-del-dr-robert-gallo/>>
2. Organización Mundial de la Salud. (2016). VIH/SIDA. Recuperado el 15 de julio de 2017, de *OMS*. Web. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>>
3. Organización Mundial de la Salud. (2010). World Health Statistics. Recuperado el 15 de julio de 2017, de *OMS*. Web. <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf >
4. Avert. (2017). History of HIV and AIDS overview. Recuperado el 16 de julio de 2017, de *Avert*. Web. <https://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview#footnote26_1inoh8a>
5. Evatt, B. (2009). La trágica historia del SIDA en la población con hemofilia, 1982-1984. Recuperado el 16 de julio de 2017, de *Federación Mundial de Hemofilia*. Web. <<http://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1270.pdf>>
6. U.S. Food and Drug Administration. (2014). HIV/AIDS historical timeline 1981-1990. Recuperado el 17 de julio de 2017, de *FAD*. Web. <<https://www.fda.gov/forpatients/illness/hivaids/history/ucm151074.htm>>
7. Avizora. (2001). SIDA: Historia y cronología. Recuperado el 16 de julio de 2017, de *Avizora*. Web. <http://www.avizora.com/temasquequeman/sida/0002_sida_historia_cronologia.htm>
8. Organización Mundial de la Salud. (2016). 10 datos sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 15 de julio de 2017, de *OMS*. Web. <<http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>>
9. ONUSIDA. (2016). Acción acelerada para acabar con el SIDA. Recuperado el 17 de julio de 2017, de *OMS*. Web.

<http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf>

10. The Global Fund. (2017). VIH y SIDA. Recuperado el 15 de julio de 2017, de *The Global Fund*. Web.<<https://www.theglobalfund.org/es/hiv aids/>>

11. Organización Mundial de la Salud. (1997). El programa especial sobre el SIDA. Recuperado el 19 de julio de 2017, de *Iris*. Web.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61420/1/WHO_SPA_GEN_87.1_spa.pdf>

12. Organización Mundial de la Salud.(2002). Global Programme on AIDS . Recuperado el 19 de julio de 2017 de *OMS*. Web.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65955/1/WHO_ASD_97.1.pdf>

Glosario

A

Antirretrovírico: Medicamento empleado para dificultar la replicación de los retrovirus.

Efectos adversos: Problema médico inesperado que sucede durante el tratamiento con un medicamento u otra terapia.

E

Endovenoso: Que está o se coloca en el interior de una vena.

Epidemia: Enfermedad propagada durante un tiempo por un país, afectando simultáneamente a un gran número de personas.

Estigma: Señal que constituye y provoca rechazo social.

F

Fármaco: Sustancia administrada interior o exteriormente de un organismo que sirve el propósito de prevenir, curar una enfermedad o corregir secuelas de la misma.

H

Hemoderivados: Sustancia derivada de la sangre.

I

Infección de transmisión sexual: Infección que transmiten de una persona a otra a través del contactosexual.

Inmunodeficiencia: Estado patológico del organismo, caracterizado por la disminución en las funciones de linfocitos, productos de su biosíntesis o alguna de sus actividades específicas.

M

Meningitis: Inflamación de las meninges, membranas de naturaleza conjuntiva que envuelven el encéfalo y la médula espinal.

P

Pandemia: Enfermedad epidémica extendida entre muchos países o casi todos los individuos en una misma región o localidad.

R

Retrovirus: Tipo de virus que contiene ARN en lugar de ADN como material genético. Usa una enzima llamada transcriptasa inversa para convertirse en parte del ADN de las células anfitrionas.

S

Segregación: Acción de separar a una persona o grupos de persona por motivos sociales, políticos y culturales.

T

Toxicidad: Medida en que algo es venenoso o dañino.

V

Virología: Estudio de los virus.

Preguntas Guía

1. ¿Cuáles son las medidas adoptadas por su país para tratar con el contagio del VIH?
2. ¿Sus ciudadanos VIH positivos son segregados o discriminados de algún manera por la sociedad y/o el gobierno?
3. ¿Su delegación cuenta con programas de prevención y tratamiento del contagio de VIH dentro de su salud pública?

Tópico B

Medidas para erradicar la lepra, promover la detección temprana y eliminar los estigmas sociales (1997)

Por: Rebeca Lledias Medina y Adriana Lucía Carrillo Padilla

¿Qué es la lepra?

La lepra es una enfermedad infecciosa causada por un bacilo llamado *Mycobacterium leprae*, que afecta la piel y nervios del paciente. De no ser tratada, puede causar pérdida de sensación, parálisis o infecciones adicionales, que pueden llegar a ser graves y poner en alto riesgo la vida de las personas que tienen la enfermedad. Entre las complicaciones por la lepra se encuentran, el daño permanente en los nervios de los dedos, manos y pies, que pueden llegar a la pérdida de dichas partes; lesiones graves en la piel. Al no tener sensibilidad en algún miembro del cuerpo, se extienden de manera alarmante las posibilidades que los pacientes se corte, quemem hieran de manera inconsciente debido a que no llegan a sentir dolor. La lepra también puede llegar a atacar los recubrimientos nasales y ojos de la población que la padecen. Si los recubrimientos nasales se ven dañados por la enfermedad, se presenta congestión nasal permanente y sangrados nasales frecuentes; en caso de dañar los ojos, puede causar glaucoma, infecciones y en algunos casos ceguera.

Existen dos formas comunes de la lepra, la tuberculoide y la lepromatosa. La primera, tuberculoide, se caracteriza por manchas que en las primeras fases son extremadamente dolorosas, y al progresar se pierde la sensibilidad en ellas. La segunda es considerada más grave y más contagiosa, pues produce grandes nódulos en la piel llamados lepromas, que pueden ocasionar deformaciones en el cuerpo del afectado. La lepra lepromatosa en hombres, puede llegar a reducir la producción de testosterona y los espermatozoides, causando así, disfunción eréctil y esterilidad.

Modos de transmisión

A pesar de las creencias frecuentes, la enfermedad no es altamente contagiosa. Sin embargo, la manera más común y sencilla de transmisión ocurre si se está en un espacio común con alguien enfermo por periodos prolongados de tiempo, y esto es recurrente, en los que gotículas nasales u orales fueron esparcidas e inspiradas. Años atrás se le atribuía el contagio de la lepra al simple contacto o convivencia con una persona enferma, al igual que por simplemente compartir artículos comunes y por tocar o ser tocado por alguien con lepra. De aquí, que la población leprosa era aislada de la sociedad.

Se cree que la bacteria en sí proviene de la tierra, específicamente del contacto con animales. Debido a que los armadillos ha presentado características de la enfermedad, la más parecida a la que ataca a los humanos, se les ha atribuido la lepra. También, por dichas similitudes, se han realizado diversos estudios y se han probado medicamentos en estos animales. Sin embargo, no todos aquellos humanos que han sido expuestos al *Mycobacterium leprae* desarrollan la enfermedad ya que su sistema inmunológico pudo combatir la infección exitosamente.

Síntomas

La lepra no es una enfermedad que avance rápidamente, generalmente se empiezan a mostrar síntomas al menos un año después de ser infectado con *Mycobacterium leprae*. Sin embargo, en la mayoría de los casos los síntomas tardan de 5 a 7 años en desarrollarse. Los síntomas y tiempo en el que se aparecen, varían según el tipo de lepra que presenten. Debilidad muscular, protuberancias en la piel que pueden llegar a causar desfiguraciones, llagas y lesiones que no curan a través de los meses y entumecimientos en la piel causados por daños a los nervios, son algunos de los síntomas más comunes que presentan los pacientes leprosos. Es altamente recomendable asistir a un profesional de la salud si se tiene alguno de los síntomas, para recibir atención y hacer los estudios y procedimientos necesarios para si se está lidiando con un caso de lepra; si se encuentra en una fase temprana, se facilita su tratamiento y la calidad de vida del paciente no se vería fuertemente afectada por la recién detectada condición.

La lepra no es altamente contagiosa, no se puede obtener la enfermedad por tocar a una persona infectada. La mayoría de las personas que tienen contacto con la bacteria no desarrollan lepra. Los niños, al igual que la población con enfermedades que debilitan y atacan al sistema inmunitario son más vulnerables a obtener lepra. Para diagnosticar si un paciente tiene lepra, se debe de tomar una muestra de piel para determinar si la bacteria *Mycobacterium leprae* se encuentra presente en el organismo.

Tratamientos

Desde el descubrimiento del antibiótico dapsona en 1950, fue utilizado como principal tratamiento contra la lepra. La dapsona se encuentra en la lista de medicamentos esenciales

de la Organización Mundial de la Salud, publicada en 1977. Su uso no curaba la enfermedad inmediatamente; el régimen debía ser constante y tomaba varios años lograr ver un resultado. Además de los efectos adversos que llegaron a presentar algunos pacientes que fueron suministrados este antibiótico. Alrededor de los inicios de la década de los sesenta , el *Mycobacterium leprae* comenzó a desarrollar resistencia contra este antibiótico, instigando mayores investigaciones a encontrar una cura.

En la década de los setenta , después de múltiples pruebas, se logró una combinación efectiva de tres antibióticos para el tratamiento de la lepra; rifampicina clofazimina y dapsona. Similarmente al uso aislado de la dapsona en el pasado, este nuevo tratamiento continúa tomando un tiempo prolongado en eliminar al agente patógeno del paciente.

En cuanto a las consecuencias físicas de la lepra, se encuentran las deformaciones en la piel del afectado. Existen cirugías cuyo propósito es restaurar la sensibilidad o función de una parte del cuerpo, así como tratarla estética y cosméticamente en caso de ser posible. En ciertos casos la amputación, drenaje de un absceso y descompresión de nervios llegan a ser necesarios para salvar la vida del paciente.

Historia de la enfermedad

La lepra ha sido una infección padecida por humanos desde tiempos de las civilizaciones antiguas. Durante dicho tiempo y hasta el descubrimiento de la bacteria causante, se creía que la lepra era hereditaria, un castigo de Dios o una maldición. Debido a estas creencias, que han sido transmitidas a través de las generaciones, los pacientes leprosos eran aislados, humillados y estigmatizados. Incluso cuando el Dr. Armauer Hansen descubrió la *Mycobacterium leprae* (1873), descartando la posibilidad de que fuese penitencia por un pecado, los afectados continuaban siendo tratados inhumanamente, como ajenos a la sociedad. Su curación se llevaba a cabo en hospitales separados, o en colonias excluidas llamadas leprosarios. Gracias al descubrimiento realizado por el Dr. Armauer Hansen, a la lepra también se le llama enfermedad de Hansen.

La primera aparición que tiene la lepra en los textos antiguos es bajo el nombre de *kilasa*, en el texto sagrado del hinduismo, *Átharva-veda*. Este libro data del año 2000 a.C. y

describe a la lepra como la aparición de manchas blancas en la piel de las personas. Presenta la enfermedad como una condición incurable, contagiosa, vergonzosa y que da origen a múltiples mutilaciones de miembros físicos de las personas que lo padecen. Las personas con estas raras manchas eran aislados de la sociedad, tratados como esclavos o incluso asesinados por tener esta condición la cual se desconocía.

Hasta 1941, la lepra era tratada con aceite de chaulmoogra (familia de árboles de mediano tamaño), de dudosa eficacia y directamente inyectado en los pacientes. No fue hasta principios del siglo XX cuando se comenzó a intentar buscar una cura efectiva y menos dolorosa. En 1921, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos estableció el Centro de la Enfermedad de Hansen de Gillis W. Long en Carville, Louisiana, posteriormente llamado solo Carville, dedicado a la investigación de una cura, funcionando también como un leproscario en donde los pacientes no tenían permitido dejar la facilidad.

Las píldoras de dapsona fueron desarrolladas por el Dr. R.G. Cochrane en Carville, convirtiéndose en el revolucionario nuevo tratamiento contra la lepra antes de que la bacteria desarrollada inmunidad a dicho antibiótico.

Para 1960, el Dr. Paul W. Brand inició un centro de rehabilitación e investigación enfocado en las deformidades causadas por la infección leprosa, en Carville. Los estudios que se llevaban a cabo en este lugar intentaban compilar toda la información posible acerca de la biomecánica en las malformaciones de manos y pies de pacientes leprosos. Se comenzaron a desarrollar técnicas para la prevención de amputaciones en las extremidades. La metodología usada para cirugías de reconstrucción y curación continúa siendo utilizada.

En 1972, un proyecto liderado por el Profesor Enno Freerksen y financiado por la Orden Militar Soberana de Malta en colaboración con el gobierno maltés y la Asociación Alemana de Lepra comenzó. Su propósito era la erradicación de la enfermedad en Malta, e incluía alrededor de 300 pacientes en los que se llevarían a cabo las pruebas necesarias. De estas investigaciones se logró la combinación de tres antibióticos, rifampicina, clofazimina y dapsona, que hasta ahora han probado ser viables como una cura para la lepra.

Efectos de la lepra en la sociedad

Debido a que la enfermedad puede causar desfiguros físicos desde tiempos históricos, los pacientes leproso han sido estigmatizados y segregados. La lepra no era temida porque fuese mortal, sino porque dejaba a la víctima vivir completamente sola. La sociedad antigua consideraba que los leproso estaban recibiendo un castigo divino, o una maldición.

En la Edad Media, las persona con lepra eran obligados a usar unas tablas en las manos, brazos y piernas, llamadas tablillas de San Lázaro. Estas tablillas producían sonido al momento en el que la persona se movía, alertando a la demás población que una persona leprosa se acercaba. En algunos casos, la población enferma era obligada a portar con ellos una campana cada que salían de sus casas, y hacerla sonar en las calles cada que una persona se cruzaba por donde caminaban.

Tras el descubrimiento de la bacteria, comenzó una segregación más potente, no porque se les creyera pecadores, sino porque se temía un posible contagio. El desarrollo de medicamentos efectivos contra la lepra cambió el paradigma en cuanto a cómo debían ser tratados los pacientes, y se consideró innecesaria la segregación en múltiples países. Sin embargo, países donde existían los leproso enfrentaron dificultades para cambiar las políticas que permitían dichos centros, aunado al reto de reintegrar a pacientes leproso a la sociedad.

Para 1945, se sabía bien que la mayoría de los humanos tenían inmunidad natural al *Mycobacterium leprae*, y que era mínimamente contagiosa. No obstante, la creencia de que el aislamiento era la única manera efectiva para erradicar la lepra seguía vigente para muchos y en diversos países y sociedades .

Otra posición en cuanto al aislamiento consistía en aislar solamente a los pacientes que podrían presentar riesgo de contagio a otros, pero los estándares mediante los cuales se decidía si debían ser aislados temporalmente eran cuestionables. En repetidas ocasiones, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) hicieron clara su posición en contra del aislamiento como medida preventiva o tratamiento de la lepra, y recomendaron que los pacientes leproso fueran tratados de la misma manera en que se trataba a pacientes de otras enfermedades contagiosas.

La lepra en la actualidad (1980)

Aunque actualmente ya no se llevan a cabo este tipo de prácticas, el estigma alrededor de la enfermedad prevalece debido a la falta de información, creencias anticuadas o miedo infundido en la sociedad. En la mayoría de los países, la discriminación y segregación a las personas con lepra se ha reducido notable y satisfactoriamente; sin embargo, el trato inferior y aislamiento social todavía es una realidad en la vida de algunos pacientes leprosos alrededor del mundo. En 1930, en Japón, se abrió un sanatorio especializado en el tratamiento de la lepra; este sanatorio, Nagashaima Aiseien, se encuentra en una isla apartada de Japón. Actualmente, el sanatorio sigue trabajando, y según los testimonios de algunos pacientes que han sido declarados libres de la enfermedad y que se les ha permitido seguir con su vida normal, declaran que la vida dentro del sanatorio es una tragedia para ellos. Se les tiene en cuarentena completamente, no se les permite ver a otras personas, y su identidad pasa a ser su número de pacientes. A pesar que el año pasado, 1996, fue abolida en Japón la ley de prevención de la lepra, la cual que aislaba a los pacientes leprosos de la sociedad. Desafortunadamente, las personas leprosas siguen siendo enviados a ese lugar, a pesar de los tratos que reciben, por miedo a ser contagiados o porque no saben como se debe de lidiar con al enfermedad. Para 1995, el sanatorio contaba con 685 pacientes. En el estado de Maharashtra, en la India, no se les permite tener licencia de conducir a las personas con lepra. En Hawaii, en la isla de Molokai en el año 1865 se estableció la península de Kalaupapa como un lugar donde todos los leprosos serían exiliados y tratados; se les trataba como si hubieran cometido un crimen y no se les permitía tener contacto con personas fuera de la isla y tampoco se les permite salir. Se seguían enviando pacientes a la Península, sin embargo, en 1980, Kalaupapa fue declarado como un parque nacional de Estados Unidos. Actualmente no se sabe que sucederá una vez que el último paciente muera. Es necesario erradicar los estigmas sociales relacionados con la lepra para que los pacientes reciban mejores tratamientos y que la detección temprana sea una realidad en todas las naciones; y eventualmente que la lepra no represente un problema de salud pública.

En 1970, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) comenzó a realizar un estudio sobre la lepra, su contagio, evolución y control en Guadalupe, un archipiélago de Francia en las Antillas. El estudio está programado para finalizar en 1983 y ser realizado en una población exacta de 350,000 habitantes. Un informe lanzado en 1979, mostró que de

cada 100, 00 habitantes, el 36.8% eran leprosos (PAHO, 1987). En 1986, se inició un estudio en China que finalizó este año que indica que durante estos años, se presentaron 1028 casos de lepra en niños. A pesar que es una cifra alta, la tasa de leprosidad en China se redujo a la mitad durante ese lapso de 11 años.

Referencias

1. Family Doctor. (2014). Lepra. Recuperado el 26 de julio de 2017, de *American Academy of Family Physicians*. Web. <<https://es.familydoctor.org/condicion/lepra/>>
2. Organización Mundial de la Salud. (2017). Lepra. Recuperado el 26 de julio de 2017, de *Organización Mundial de la Salud*. Web. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>>
3. Medlineplus. (2017). Lepra. Recuperado el 26 de julio de 2017, de *Medlineplus*. Web. <<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001347.htm>>
4. Lepra. (2017). Leprosy. Recuperado el 27 de julio de 2017, de *Institute of Fundraising*. Web. <<https://www.lepra.org.uk/lepra-and-leprosy>>
5. Departamento de Salud. (2017) Lepra (enfermedad de Hansen). Recuperado el 27 de julio de 2017, de *New York State*. Web. <https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/leprosy/fact_sheet.htm>
6. Emedicinehealth. (2017). Leprosy. Recuperado el 27 de julio de 2017, de *WebMD Inc*. Web. <http://www.emedicinehealth.com/leprosy/page7_em.htm>
7. American Leprosy Missions. (2017). Leprosy History. Recuperado el 26 de julio de 2017, de *American Leprosy Missions*. Web. <<http://www.leprosy.org/leprosy-history/>>
8. Researchgate. (2008). History of leprosy in Malta. Recuperado el 28 de julio de 2017, de *Research Gate*. Web. <https://www.researchgate.net/publication/281241715_History_of_leprosy_in_Malta>
9. The Leprosy Mission Trust India. (2017). Issues Faced by People Affected by Leprosy. Recuperado el 26 de julio de 2017, de *The Leprosy Mission India*. Web. <<http://tlmindia.org/about-leprosy-in-india/stigma-discrimination/>>
10. Organización Panamericana de la Salud. (1985). Epidemiología de la Lepra en Guadalupe de 1970 a 1983. Recuperado el 28 de julio de 2017, de *Organización Panamericana de la Salud*. Web. <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v98n6p535.pdf>>

11. Leprosy Information Services. (2017). Nagahima-Aiseien History Museum. Recuperado el 3 de agosto de 2017, de *Leprosy Information Services*. Web.

<<https://www.leprosy-information.org/organization/nagahima-aiseien-history-museum>>

12. Oakaokalani. A. (2010). A Wholesome Horror: The Stigmas of Leprosy in 19th Century Hawaii. Recuperado el 3 de agosto de 2017, de *Disability Studies Quarterly*. Web.

<<http://dsq-sds.org/article/view/1270/1300>>

Glosario

A

Abolición: Suspensión o anulación de una ley o una costumbre mediante una disposición legal.

Absceso: Acumulación de pus, interna o externa, en un tejido orgánico.

Agente patógeno: elemento o medio que origina y desarrolla enfermedades.

Antibiótico: Sustancia capaz de impedir el desarrollo o crecimiento de ciertos microorganismos, especialmente bacterias, o de causarle la muerte.

B

Bacilo: Bacteria de forma cilíndrica alargada.

D

Deformidad: Desproporción o irregularidad en la forma de una parte del organismo.

Drenaje: Técnica médica utilizada para facilitar la salida de los líquidos y derrames patológicos de una herida, un absceso o trauma interno.

E

Estigma: Señal que constituye y provoca rechazo social.

Hinduismo: Religión politeísta originaria de la India.

G

Glaucoma: Enfermedad del ojo caracterizada por un aumento de la presión dentro del globo ocular que causa un daño progresivo en la retina y a veces pérdida de la visión.

Gotículas: Partícula redondeada que se desprende de un líquido.

N

Nódulo: Cualquier estructura anatómica más o menos redondeada con unas dimensiones muy variables.

P

Parálisis: Pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de una o más partes del cuerpo.

Pecado: Pensamiento, palabra o acción que, en una determinada religión, se considera que va contra la voluntad de Dios o los preceptos de esa religión.

Protuberancia: Elevación o bulto redondeado que sobresale de una superficie.

Preguntas Guía

1. ¿Qué medidas toma su delegación para el tratamiento y prevención de la lepra?
2. ¿De qué manera son tratados los pacientes de lepra en la sociedad de su delegación?
3. ¿Su delegación contribuye con avances hacia una cura para la lepra?